

ASUHAN KEBIDANAN PADA PEREMPUAN DAN ANAK DALAM KONDISI RENTAN

by Rena Cipta Mandiri

Submission date: 28-Sep-2022 02:46PM (UTC-0400)

Submission ID: 1911441195

File name: full_askeb_perempuan.pdf (1.6M)

Word count: 38365

Character count: 254326

Asuhan Kebidanan pada

Perempuan & Anak dalam Kondisi Rentan

UNTUK MAHASISWA KESEHATAN



**Hanny Puspita Ariani, Setiawandari, Tetty Rihardini,
Efi Kristiana, Ratna Sari Dewi, Mareta B. Bakoil,
Sofa Qurrata A'yun, Eka Deviany Widyawaty,
Marni Br Karo, Yusri Dwi Lestari**

**ASUHAN KEBIDANAN PADA
PEREMPUAN DAN ANAK DENGAN
KONDISI RENTAN UNTUK
MAHASISWA KEBIDANAN**

Penulis:

Hanny Puspita Ariani, Setiawandari, Tetty Rihardini,
Efi Kristiana, Ratna Sari Dewi, Mareta B. Bakoil,
Sofa Qurrata A'yun, Eka Deviany Widyawaty,
Marni Br Karo, Yusri Dwi Lestari

Editor:

Ernawati, Elis Fatmawati



RENA CIPTA MANDIRI

i | Asuhan Kebidanan pada Perempuan

UU No. 19/2002 tentang Hak Cipta
Lingkup Hak Cipta

Pasal 2:

1. Hak Cipta merupakan hak eksklusif bagi Pencipta atau Pemegang Hak Cipta untuk mengumumkan atau memperbanyak ciptaannya, yang timbul secara otomatis setelah suatu ciptaan dilahirkan tanpa mengurangi pembatasan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Kelenturan Pidana

Pasal 72:

1. Barang siapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam pasal 2 ayat (1) atau pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp. 1.000.000,- (satu juta rupiah); atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp. 5.000.000.000,- (lima milyar rupiah)
2. Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp. 500.000.000,- (lima ratus juta rupiah).

Asuhan Kebidanan

PADA PEREMPUAN DAN ANAK DENGAN KONDISI RENTAN UNTUK MAHASISWA KEBIDANAN

Copyright © CV. Rena Cipta Mandiri, 2022

Penulis : Hanny Puspita Ariani, Setiawandari, Tetty Rihardini,
Efi Kristiana, Ratna Sari Dewi, Mareta B. Bakoil, Sofa Qurrata A'yun,
Eka Deviany Widyawaty, Marni Br Karo, Yusri Dwi Lestari

Editor : Ernawati, Elis Fatmawati



Diterbitkan Oleh :

Penerbit Rena Cipta Mandiri

Anggota IKAPI 322/JTI/2021

Kedungkandang, Malang

e-mail : renacipta49@gmail.com

Referensi | Non Fiksi | R/D

vii + 182 hlm.; 15,5 x 23 cm

ISBN: 978-623-98674-2-3

Cetakan ke-1 Tahun 2022

Dilarang mereproduksi atau memperbanyak seluruh atau
sebagian dari buku ini dalam bentuk atau cara
apa pun tanpa izin dari penerbit.

© Hak cipta dilindungi oleh Undang-Undang No. 28 Tahun 2014

All Right Reserved

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Kuasa karena hanya atas perkenanNya sehingga buku dengan judul "Asuhan Kebidanan pada Perempuan dan Anak dengan Kondisi Rentan untuk Mahasiswa Kebidanan" dapat diselesaikan dengan baik. Penulis menyadari penyelesaian buku ini juga tidak terlepas dari bantuan dan dukungan berbagai pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, untuk itu penulis ucapkan limpah terima kasih. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari semua pembaca guna menjadi acuan agar penulis bisa menjadi lebih baik lagi di masa mendatang.

Semoga *book chapter* ini akan bisa menambah wawasan para pembaca dan bisa bermanfaat untuk perkembangan dan peningkatan ilmu pengetahuan.

Malang, 12 Agustus 2022

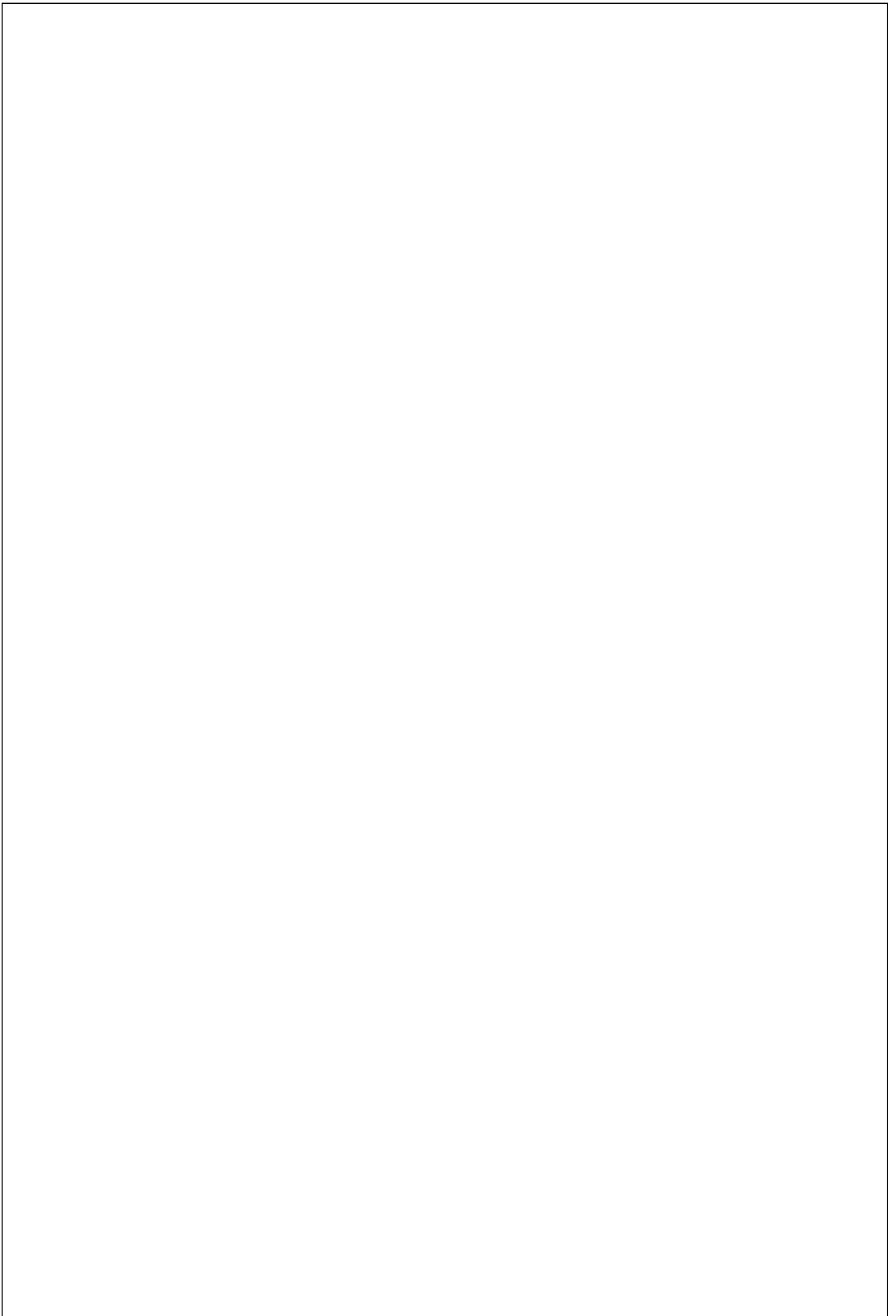
Penulis

DAFTAR ISI

Sampul Dalam	i
Kata Pengantar	iv
Daftar Isi	v
BAB 1 : Konsep perempuan dan anak dengan kondisi rentan (<i>vulnerable women and child</i>).....	1
<i>Daftar Pustaka</i>	9
BAB 2 : Kebutuhan Khusus pada Permasalahan Fisik Terutama pada Disabilitas	20
A. Asuhan Kebidanan pada Perempuan dan Anak Permasalahan Fisik Terutama pada Disabilitas	11
B. Asuhan pada Perempuan dan Anak Kondisi Rentan (Disabilitas)	13
C. Asuhan pada Penyandang Disabilitas Fisik.....	35
D. Asuhan pada Penyandang Disabilitas Intelektuan dan/ Mental	40
E. Asuhan pada Penyandang Disabilitas Sensorik	42
<i>Glosarium</i>	47
<i>Daftar Pustaka</i>	50
BAB 3 : Konsep Kebutuhan Khusus pada Permasalah Psikologis .	51
A. Pendahuluan.....	51
B. Kebutuhan Khusus pada Permasalahan Psikologi	51
<i>Glosarium</i>	62
<i>Daftar Pustaka</i>	63
BAB 4 : Konsep Kebutuhan Khusus pada Permasalahan Geografi	65
<i>Glosarium</i>	70
<i>Daftar Pustaka</i>	71

BAB 5	: Konsep Kebutuhan Khusus pada Permasalahan Ekonomi	73
	A. Pendahuluan.....	73
	B. Konsep Kebutuhan Khusus pada Permasalahan Ekonomi	74
	<i>Glosarium</i>	81
	<i>Daftar Pustaka</i>	82
BAB 6	: Konsep Kebutuhan Khusus pada Permasalahan Sosial	83
	A. Pendahuluan.....	83
	B. Konsep kebutuhan khusus pada permasalahan sosial	83
	<i>Glosarium</i>	91
	<i>Daftar Pustaka</i>	92
BAB 7	: Konsep Kebutuhan Khusus pada Permasalahan Budaya..	93
	A. Pemilihan Jenis Kelamin Anak	93
	B. <i>Vaginal Birth After Caesarean</i>	97
	C. Persiapan Persalinan dan Kelahiran pada Kebutuhan Khusus	98
	<i>Daftar Pustaka</i>	105
BAB 8	: Asuhan Berkelanjutan (<i>Continuity Of Care</i>) Pada Ibu Berkebutuhan Khusus	107
	A. Pendahuluan	107
	B. Definisi psikologi dalam kehamilan.....	108
	C. Depresi saat Kehamilan	108
	D. Pengaruh Psikologis pada Kehamilan	109
	E. Perubahan dan Adaptasi Psikologi pada Kehamilan..	110
	F. Macam-macam Gangguan Psikologi pada Masa Kehamilan	110
	G. Pengelolaan Gangguan Psikologi	119
	H. Konseling dan Komunikasi Terapeutik pada Masa Kehamilan.....	122
	I. Cara mengatasi Kondisi Perubahan Psikologis pada Ibu Hamil	123
	J. Intervensi yang dapat dilakukan.....	123

<i>Daftar Pustaka</i>	125
BAB 9 : Konsep Permasalahan Budaya	127
A. Pendahuluan	127
B. Aspek Sosial dan Budaya	129
<i>Daftar Pustaka</i>	143
BAB 10 : Konsep Masalah Sosial.....	145
A. Patologi Sosial dan Masalah Ilmu Sosial.....	145
B. Perilaku Sosial Menyimpang	145
C. Pekerja Seks Komersial.....	146
D. <i>Surrogate Mother</i>	161
<i>Daftar Pustaka</i>	173
BIOGRAFI PENULIS	175



Bab 1

Kelompok rentan adalah kelompok masyarakat yang mudah terpapar pada kondisi kesehatan yang rendah, yang termasuk ke dalam kelompok ini antara lain : kelompok minoritas, masyarakat yang tidak memiliki asuransi kesehatan, kelompok masyarakat pengidap HIV / AIDS, anak – anak, lansia, masyarakat miskin, dan para gelandangan. Menurut UU 39 tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia dalam pasal 5 disebutkan Setiap orang yang termasuk kelompok masyarakat yang rentan berhak memperoleh perlakuan dan perlindungan lebih berkenaan dengan kekhususannya. Karena banyak kelompok yang terpinggirkan sering tidak mempercayai sistem layanan kesehatan dan memiliki keengganan untuk menghubungi tenaga kesehatan. Status sosial ekonomi rendah (Perbedaan dalam pendapatan dan pencapaian pendidikan dikaitkan dengan harapan hidup yang lebih pendek, status kesehatan yang lebih buruk; Kurangnya asuransi kesehatan; dan perbedaan ras / etnis) adalah salah satu penyebab terbesar dari status kesehatan yang buruk sebagian besar populasi rentan.

Tenaga kesehatan berbasis masyarakat adalah petugas kesehatan garis depan publik yang lebih dipercaya oleh anggota komunitas yang mereka layani. Peran tenaga kesehatan dalam mempromosikan perilaku sehat dan informasi kesehatan kepada populasi rentan yang sering kali menghadapi ketidaksetaraan di bidang kesehatan menjadi perhatian utama saat ini. Intervensi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tampaknya efektif jika dibandingkan dengan alternatif lain dan juga hemat biaya untuk beberapa kondisi kesehatan tertentu, terutama pada masyarakat minoritas berpenghasilan rendah, termarginalkan, dan berisiko tinggi (Pradana dkk., 2020).

Adapun kebutuhan khusus yang sering terjadi pada perempuan dan anak rentan yang berhubungan dalam pemberian asuhan kebidanan adalah :

1. Kebutuhan khusus pada permasalahan fisik terutama pada disabilitas
2. Kebutuhan khusus pada permasalahan psikologis
3. Kebutuhan khusus pada permasalahan geografi

4. Kebutuhan khusus pada permasalahan ekonomi
5. Kebutuhan khusus pada permasalahan social
6. Kebutuhan khusus pada permasalahan budaya
7. Permasalahan budaya
8. Permasalah sosial

Kategori kelompok rentan adalah sebagai berikut:

1. Perempuan

Selama ini perempuan dikategorikan sebagai kelompok rentan. Berbagai sumber menyatakan bahwa sampai saat ini perempuan sering mengalami ketidakadilan dalam berbagai bidang. Ketidakadilan tersebut seringkali tidak terlihat namun sangat dirasakan dalam situasi masyarakat yang sangat bercorak patriarki. Dalam hak atas kesehatan, selama ini hak perempuan hanya dikaitkan pada persoalan reproduktif semata, padahal hak atas kesehatan perempuan harus dilihat secara menyeluruh. Perempuan berhak untuk mendapatkan kesempatan bebas dari kematian pada saat melahirkan, dan hak tersebut harus diupayakan oleh negara. Negara juga berkewajiban menjamin diperolehnya pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan Keluarga Berencana (KB), kehamilan, persalinan, dan pascapersalinan. Di negara berkembang, perempuan terus berjuang mengadvokasi masalah reproduksi dan kemiskinan. Kontrol kesuburan melalui implan kontrasepsi yang dipaksakan dan kebijakan satu anak menimbulkan tantangan etika.

Kebijakan sedikit anak menimbulkan banyaknya praktik aborsi, yang pada gilirannya kemudian justru merugikan perempuan. Aborsi yang tidak aman dikarenakan aborsi sangat ditentang masyarakat, sehingga perempuan yang ingin mencegah kehamilan atau korban perkosaan mendatangi klinik-klinik yang tidak mendapat izin praktik (ilegal) yang membahayakan hidup mereka. Di Indonesia, pil aman atau "emergency pil after morning" 38 dilarang penjualannya secara bebas dengan alasan norma atau etik, sehingga tidak sedikit perempuan yang juga menjadi korban praktik aborsi tidak aman.

2. Anak dan Remaja

Pasal 28 B ayat 2 UUD RI 1945 menyebutkan bahwa setiap anak berhak atas keberlangsungan hidup, tumbuh dan berkembang serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi. Hak setiap anak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan juga tercantum dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Baik Konvensi Hak-hak Anak sebagaimana telah diratifikasi oleh Pemerintah RI melalui Keputusan Presiden Nomor 36 Tahun 1990 maupun Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak, mendefinisikan bahwa anak adalah setiap orang yang berusia sampai dengan 18 tahun, termasuk yang masih dalam kandungan. Sedangkan, menurut Undang-Undang ini, remaja adalah setiap orang dengan kelompok usia dari 10 tahun sampai dengan 18 tahun. Anak-anak dalam rentang usia tersebut menghadapi tantangan kesehatan tertentu selama pertumbuhan dan perkembangan fisik dan mental. Keadaan ini membuat anak menjadi rentan terhadap kekurangan gizi, penyakit menular dan ketika mulai memasuki usia remaja mereka rentan terhadap masalah kesehatan seksual, reproduksi dan mental.

Anak dan remaja merupakan potensi sumber daya insani bagi pembangunan nasional. Sejalan dengan Pasal 46 Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Undang Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak disebutkan bahwa: "Negara, Pemerintah, Pemerintah Daerah, Keluarga dan Orang Tua wajib mengusahakan agar Anak yang lahir terhindar dari penyakit yang mengancam kelangsungan hidup dan/atau menimbulkan kecacatan." Oleh karenanya pembinaan dan pengembangan sebagai upaya memelihara dan meningkatkan kesejahteraan kesehatan pada anak dan remaja perlu dilakukan semenjak dini secara optimal. Hal ini dikarenakan sebagian besar kematian anak-anak dapat dikaitkan dengan beberapa penyebab utama pada penyakit akut, seperti infeksi pernapasan, diare, campak, malaria dan malnutrisi.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes) Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak menyebutkan bahwa setiap anak berhak atas kelangsungan hidup,

tumbuh dan berkembang serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi, sehingga perlu dilakukan upaya kesehatan anak secara menyeluruh dan berkesinambungan. Upaya kesehatan bagi anak dan remaja diarahkan pada peningkatan kesehatan selama masa dalam kandungan, masa bayi, masa balita, usia prasekolah dan usia sekolah.

Pemerintah wajib memberikan dan menjamin ketersediaan akses setiap anak dan remaja terhadap informasi, edukasi dan fasilitas pelayanan kesehatan dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan mereka. Upaya promotif dan preventif dapat dilakukan melalui pemberian komunikasi, informasi, contohnya mengenai asupan gizi seimbang, perilaku hidup bersih dan sehat, penyalahgunaan zat adiktif, pendidikan kesehatan seksual dan reproduksi sejak dini, pendidikan kesehatan remaja, penyakit menular termasuk HIV/AIDS, pendidikan kesehatan jiwa, pencegahan malnutrisi, malaria serta penyakit akibat nyamuk lainnya dan lain sebagainya sesuai dengan tumbuh kembang dan kebutuhan setiap anak. Kemudian upaya kuratif dan rehabilitatif yang wajib dijamin ketersediaannya oleh pemerintah, antara lain melalui peningkatan penyediaan layanan air minum dan sanitasi kepada masyarakat, pemberian imunisasi dan vitamin bagi anak, penanganan dan pengobatan penyakit, pelayanan konseling, rujukan dan klinis medis serta upaya lainnya hingga dapat kembali produktif. Prinsip non-diskriminatif dalam pemenuhan hak atas kesehatan anak menjadikan anak laki-laki dan anak perempuan mempunyai akses yang sama dalam memperoleh fasilitas kesehatan.

Kesetaraan akses ini misalnya dalam hal akses nutrisi yang sama, lingkungan yang aman, serta bebas dari kekerasan fisik dan mental. Hal ini sangat penting untuk mengadopsi langkah/upaya yang tepat agar dapat mencegah terjadinya hal yang membahayakan bagi kesehatan anak. Oleh karena itu, penting untuk melihat bagaimana upaya pemerintah dalam memenuhi dan melindungi hak atas kesehatan anak dan remaja, terutama dalam hal penikmatan standar kesehatan tertinggi. Rentang usia pada anak dan remaja memiliki tantangan kesehatan tertentu selama pertumbuhan dan perkembangan fisik dan mentalnya, baik rentan

terhadap penyakit akut dan penyakit menular maupun rentan pada masalah kesehatan seksual dan mental.

3. Disabilitas

Menurut UU nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas ("UU Penyandang Disabilitas"), pada Pasal 1, penyandang disabilitas didefinisikan sebagai: Setiap orang yang mengalami keterbatasan fisik, intelektual, mental dan/atau sensorik dalam jangka waktu lama yang dalam berinteraksi dengan lingkungan dapat mengalami hambatan dan kesulitan untuk berpartisipasi secara penuh dan efektif dengan warga negara lainnya berdasarkan kesamaan hak. Pada dasarnya, setiap orang memiliki hambatan, namun yang membedakan dengan disabilitas adalah penyandang disabilitas membutuhkan bantuan untuk mengurangi hambatan tersebut. Sebagai contoh, seorang non-disabilitas akan mudah melakukan kegiatan sehari-harinya dari bangun tidur sampai tidur lagi. Namun bagi penyandang disabilitas tertentu, dari bangun sampai tidur memerlukan bantuan dari orang lain. Dalam hal ini, negara wajib memberikan layanan yang memadai bagi penyandang disabilitas untuk dapat hidup dan berpartisipasi di tengah kehidupan masyarakat.

Dalam isu kesehatan, penyandang disabilitas masih banyak mengalami diskriminasi. Hal ini disebabkan anggapan bahwa disabilitas adalah "penyakit." Imbasnya, penyandang disabilitas kerap mengalami diskriminasi dalam memperoleh pendidikan, pekerjaan, bahkan perlakuan diskriminatif di bidang hukum dan perdata (terkait dengan akses memperoleh keadilan/ access to justice). Selain itu, layanan kesehatan juga belum memperhitungkan kondisi apakah layanan tersebut mudah diakses bagi penyandang disabilitas atau tidak. Perlu pemahaman luas bahwa disabilitas bukanlah penyakit. Jika seseorang menjadi disabilitas karena sakit tertentu, maka yang harus dilihat dan disembuhkan adalah penyakitnya bukan disabilitasnya. Misal, seseorang yang mengalami stroke, *Spinal Muscular Athrophy (SMA)*, disabilitas laring, dan lain-lain, menjadi disabilitas karena penyakit tersebut.

4. Lansia

Meskipun dalam seluruh instrumen pokok HAM, baik nasional maupun internasional, tidak dijelaskan secara eksplisit mengenai pelarangan diskriminasi atas dasar usia (ageism), namun praktik-praktik ageism sangatlah bertentangan dengan prinsip-prinsip dasar HAM. Dokumen internasional terbaru yang melarang diskriminasi atas dasar usia adalah Madrid International Plan of Action on Ageing (2002) yang menyatakan bahwa promosi dan perlindungan HAM dan kebebasan dasar, termasuk hak atas pembangunan, adalah penting bagi penciptaan masyarakat yang terbuka bagi semua usia dimana para lansia dapat berpartisipasi secara penuh atas dasar kesetaraan dan tanpa diskriminasi. Memerangi diskriminasi atas dasar usia adalah penting bagi keberlangsungan penghormatan hak-hak para lansia. Promosi dan perlindungan HAM dan kebebasan dasar penting bagi seluruh lapisan masyarakat dari semua usia.

5. Masyarakat adat

Masyarakat adat termasuk kelompok yang rentan dalam masyarakat dan di dalam negara secara umum. Ada dua penyebab mengapa demikian. Pertama, tingkat ketergantungan masyarakat adat terhadap alam masih sangat tinggi, adanya perubahan sedikit saja yang terjadi akan berdampak besar terhadap kelangsungan hidup mereka. Kedua, permasalahan masyarakat adat merupakan permasalahan yang relatif tidak dikenal oleh masyarakat luas karena berada di daerah yang jauh, dan hanya daerah tertentu saja yang memiliki masyarakat adat.

Selama ini masyarakat adat dan hak-haknya belum sepenuhnya diakui oleh negara, hal ini dikarenakan inkonsistensi beberapa perundangan, belum adanya undang-undang khusus mengenai masyarakat adat yang menjamin pengakuan, perlindungan dan pemenuhan hak masyarakat adat secara komprehensif dan rendahnya kemauan politik dari pemerintahpemerintah daerah. Dalam pemenuhan hak kesehatan terdapat beberapa persoalan

dalam masyarakat adat, misalnya mengenai layanan kesehatan belum sepenuhnya menjangkau wilayah adat terpencil. Selain itu persoalan lain adalah terkait dengan persalinan, kualitas tenaga kesehatan, tingginya dukun bayi yang belum terlatih, kualitas lingkungan hidup yang buruk sehingga mengurangi ketersediaan air bersih dan memperburuk kondisi sanitasi, serta distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata.

Berbagai kondisi yang dihadapi oleh masyarakat adat memperlihatkan adanya tantangan serius terkait penyediaan fasilitas dan tenaga kesehatan. Untuk pemenuhan gizi, mereka cenderung memiliki kekayaan keanekaragaman jenis makanan. Sistem kesehatan tradisional (nonmedis) tersedia disebagian besar masyarakat adat. Sistem ini juga turut membantu mengisi kekosongan layanan medis modern, namun di sisi lain masih terdapat risiko yang dihadapi berkenaan kerancuan antara konsep sehat dan sakit, dan kebiasaankebiasaan lain yang berisiko. Pada dasarnya hak kesehatan masyarakat adat masih belum memadai, perlu dilakukan hal-hal konkret demi meningkatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat adat seperti:

- a. Mendekatkan fasilitas kesehatan pada masyarakat sehingga mengurangi beban pengeluaran transportasi dan mempersingkat waktu tempuh menuju fasilitas kesehatan. Usaha ini perlu didukung oleh infrastruktur serta tenaga kesehatan/tenaga sukarela yang cukup. Strategi ini dinilai sangat bermanfaat dalam pemerataan akses pada layanan kesehatan dan sekaligus dapat menurunkan permasalahan penyakit menular dan tidak menular.
- b. Sinergi antara institusi kesehatan lokal/layanan berbasis komunitas dengan medis modern/layanan berbasis rumah sakit.
- c. Kerjasama pihak pemerintah dan swasta dalam menyediakan layanan kesehatan.

- d. Mengoptimalkan peran tokoh penting di dalam masyarakat adat, sebagai media komunikasi dan sharing informasi mengenai kesehatan baik kesehatan modern dan kesehatan budaya lokal.

DAFTAR PUSTAKA

- Dona Schneider dan David E Lilienfeld (ed), *Public Health: The Development of a Discipline* (Rutgers University Press).
38Merujuk pada WHO Emergency Pil After morning adalah metode kontrasepsi yang dapat digunakan untuk mencegah kehamilan setelah berhubungan seksual. (<https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/emergency-contraception>, diakses pada 24 Februari 2021).
- Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (n 55).
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights dan World Health Organization (n 22), 14
- Pradana, A. A., Casman, C., & Nur'aini, N. (2020). Pengaruh kebijakan social distancing pada wabah COVID-19 terhadap kelompok rentan di Indonesia. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI*, 9(2), 61-67.
- UN Economic and Social Council CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12, Para.22) (n 1).
- United Nations, "Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing," Second World Assembly on Ageing, Madrid, Spain (2002).

10 | Kondisi Rentan untuk Mahasiswa Kebidanan

Bab 2

ASUHAN KEBIDANAN PADA PEREMPUAN DAN ANAK KONDISI DISABILITAS

F. Asuhan Kebidanan pada Perempuan dan Anak Permasalahan Fisik Terutama pada Disabilitas

Hak Kesehatan Reproduksi dan Seksual (HKRS) merupakan bagian dari hak asasi manusia, yaitu hak yang dimiliki semua manusia tanpa terkecuali¹⁷ sejak ia dilahirkan, termasuk para penyandang disabilitas. Penyandang disabilitas terutama perempuan sering mengalami diskriminasi hak seksual dan reproduksi. Beberapa kajian situasi faktual yang dilaporkan oleh Komnas Perempuan bekerja sama dengan *United Nations Population Fund* (UNFPA) tahun 2019 berkaitan dengan kesehatan reproduksi perempuan disabilitas menyampaikan:

1. Perempuan dengan disabilitas sering dianggap makhluk yang aseksual dan tidak menarik. Masyarakat sosial merepresentasikan orang dengan disabilitas sebagai makhluk sexless, aseksual, tidak menarik secara seksual, tidak bisa melakukan aktivitas seksual, aseksual monster, tidak bisa mengontrol dorongan seks dan perasaan serta tidak bisa bertanggungjawab bila memiliki anak. Pemahaman ini berasal dari representasi kultural, mitos dan diskriminasi stigma yang mempengaruhi pengalaman seksual pada orang dengan disabilitas.
2. Tradisi di beberapa komunitas di Indonesia menganggap para penyandang disabilitas merupakan kutukan atau aib yang dilakukan oleh orang tuanya dan dianggap aseksual. Anggapan aib dan tabu kepada para penyandang disabilitas mendorong keluarga membatasi akses mereka dengan dunia publik. Akibatnya, informasi tentang hak dan kesehatan reproduksi dan seksual sulit terakses. Bahkan para orang tua pun minim

terhadap pengetahuan hak dan kesehatan reproduksi dan seksual

3. Kontrasepsi merupakan kebutuhan manusia, termasuk penyandang disabilitas. Mereka juga membutuhkan akses kontrasepsi, dan harusnya kondisi disabilitas tidak membatasi mereka untuk mengakses kontrasepsi. Biasanya, alat kontrasepsi diberikan oleh keluarganya dan bahkan mengalami paksaan, terutama penyandang disabilitas mental dan intelektual. Untuk penyandang disabilitas tertentu, mereka mungkin kesulitan untuk memakai dan melepas kondom. Untuk mengonsumsi alat kontrasepsi dalam bentuk pil perlu diberikan informasi, keterampilan dan dukungan. Alat kontrasepsi kepada perempuan disabilitas seringkali diberikan oleh keluarganya, bahkan dilakukan sterilisasi paksa banyak ditemukan pada penyandang disabilitas mental (psikososial) dan intelektual. Pada beberapa kasus, perempuan penyandang disabilitas dipaksa melakukan sterilisasi dan melakukan aborsi karena alasan medis berkemungkinan melahirnya bayi dengan disabilitas. Masyarakat juga menganggap perempuan penyandang disabilitas tidak mampu menikah dan merawat anak. Padahal perempuan penyandang disabilitas juga bisa memiliki keturunan, hanya perlu dukungan selama kehamilan dan perhatian medis lebih.
4. Remaja penyandang disabilitas memiliki permasalahan dalam pencitraan tubuh karena memiliki perbedaan pada tubuh maupun kejiwaan mereka dibandingkan orang kebanyakan, yang tidak jarang menimbulkan prasangka negatif oleh masyarakat. Remaja penyandang disabilitas juga mengalami permasalahan untuk memperoleh informasi dan pendidikan seksualitas. Remaja penyandang disabilitas juga rentan terhadap eksploitasi lebih tinggi daripada remaja umum. Beberapa penyandang disabilitas memiliki kesulitan komunikasi sehingga lebih rentan menjadi objek eksploitasi termasuk kekerasan fisik maupun seksual. Pada sebagian masyarakat Indonesia, orang tua yang memiliki anak disabel masih diliputi rasa malu sehingga sang anak "disembunyikan" di rumah. Hal

tersebut berimbas pada peniadaan akses pengetahuan anak tentang kesehatan reproduksinya.

5. Implementasi pendidikan kesehatan reproduksi komprehensif yang telah banyak dilakukan oleh organisasi masyarakat sipil masih minim terhadap kelompok penyandang disabilitas; Termasuk Program-program pemberdayaan dalam pelayanan kesehatan untuk para penyandang disabilitas baik dilakukan oleh pemerintah maupun organisasi masyarakat sipil masih minim dan belum banyak dilakukan.
6. Rumah Sakit dan pusat-pusat pelayanan kesehatan masih belum ramah baik secara fasilitas pelayanan maupun kesetaraan dalam pelayanan yang berkualitas. Misalnya Perempuan penyandang disabilitas fisik (kursi roda) mengalami kesulitan saat melakukan pendaftaran di rumah-rumah sakit. Perempuan penyandang disabilitas tidak mendapatkan pengetahuan bagaimana cara memandikan bayi dan memijat bayi setelah melahirkan dari pihak rumah sakit, termasuk senam hamil.

G. Asuhan pada Perempuan dan Anak Kondisi Rentan (Disabilitas)

1. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

Secara umum pelayanan KIA yang diberikan bagi penyandang disabilitas tidak berbeda dengan non disabilitas. Pelayanan KIA yang diberikan dibagi menjadi:

- a. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Sebelum Hamil bagi WUS dan Catin

- 1) Promotif

Secara umum materi pemberian komunikasi informasi dan edukasi dilakukan sesuai tahap perkembangan mental dan kebutuhan sesuai dengan karakteristik masing-masing penyandang disabilitas.

Materi pemberian komunikasi, informasi, dan edukasi untuk calon pengantin dan pasangan usia subur (prakonsepsi) meliputi:

- a) Informasi pranikah meliputi:

- Kesehatan reproduksi dan pendekatan siklus hidup;
 - Hak reproduksi;
 - Persiapan yang perlu dilakukan dalam persiapan pranikah;
 - Informasi lain yang diperlukan;
- b) Informasi tentang keadilan dan kesetaraan gender dalam pernikahan termasuk peran laki-laki dalam kesehatan.
- 2) Preventif
- a) Persiapan pranikah antara lain persiapan fisik, persiapan gizi, status imunisasi Tetanus, dan menjaga kesehatan organ reproduksi.
- b) Konseling perencanaan kehamilan dan KB.
- 3) Kuratif-Rehabilitatif
- a) Diagnosis
- Pemeriksaan kesehatan bagi catin dengan penyandang disabilitas, meliputi:
- (a) Anamnesis:
- Anamnesis umum
 - Deteksi dini masalah kesehatan jiwa (atas indikasi)
- (b) Pemeriksaan fisik:
- Pemeriksaan tanda vital, dilakukan melalui pengukuran suhu tubuh ketiak, tekanan darah (sistolik dan diastolik), denyut nadi per menit, frekuensi nafas per menit, serta auskultasi jantung dan paru.
 - Pemeriksaan status, dilakukan melalui pemeriksaan kadar Hb serta pengukuran antropometri dengan menggunakan LiLA dan IMT
 - Pemeriksaan fisik lengkap pada catin penyandang disabilitas dilakukan untuk mengetahui status kesehatan catin

tersebut. Pemeriksaan ini dilakukan secara lengkap sesuai indikasi medis.

(c) Pemeriksaan penunjang:

- Pemeriksaan darah (pemeriksaan Hb, golongan darah, dan rhesus)
- Pemeriksaan urin rutin
- Pemeriksaan darah lengkap dan pemeriksaan penunjang lain atas indikasi
- IVA atau pap smear bagi catin yang sudah pernah menikah
- Tes kehamilan

b) Tatalaksana

Tatalaksana masalah kesehatan reproduksi pada catin disesuaikan dengan penyakit atau kondisi kesehatan sesuai standar pelayanan, meliputi:

- Komunikasi, Informasi dan Edukasi/konseling
- Pelayanan gizi
- Skrining dan imunisasi TT
- Pengobatan/terapi dan rujukan

2. Pelayanan Kesehatan Masa Hamil

a. Pelayanan Antenatal Terpadu

Pemberian pelayanan antenatal pada penyandang disabilitas tidak berbeda dengan non disabilitas. Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan berkualitas sesuai standar yang terdiri dari:

1) Promotif

- Peningkatan pemahaman bagi penyandang disabilitas maupun keluarga/pendamping tentang kehamilan (tanda bahaya kehamilan), persalinan, Keluarga Berencana Pasca Persalinan (KBPP), dan manajemen laktasi.
- Perlunya ditekankan dukungan dan pendampingan dari keluarga atau masyarakat bagi ibu hamil penyandang

disabilitas sehingga dapat menjalani kehamilannya dengan selamat.

- Pengenalan dan pemanfaatan buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).
- Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil
- Melakukan stimulasi janin dalam kehamilan
- Skrining kelainan kongenital

2) Preventif

- Pemberian PMT bagi ibu hamil KEK.
- Konseling kesehatan ibu dan anak.

3) Tatalaksana

- a) Setiap ibu hamil mendapatkan pelayanan ANC sesuai standar, minimal 4 kali selama kehamilan dengan jadwal satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua dan dua kali pada trimester ketiga yang dilakukan oleh bidan dan/atau dokter dan atau dokter spesialis kebidanan, baik yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta yang memiliki Surat Tanda Registrasi (STR).
- b) Pemeriksaan dalam ANC meliputi berbagai jenis pemeriksaan termasuk menilai keadaan umum (fisik) dan psikologis penyandang disabilitas hamil
- c) Standar pelayanan ANC adalah pelayanan yang dilakukan kepada ibu hamil dengan memenuhi kriteria 10 T yaitu:
 - Timbang berat badan dan ukur tinggi badan;
 - Ukur tekanan darah;
 - Nilai status gizi (Ukur Lingkar Lengan Atas/LILA)
 - Ukur tinggi puncak rahim (fundus uteri);
 - Tentukan presentasi janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ);
 - Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi Tetanus difteri (Td) bila diperlukan;
 - Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan;
 - Tes laboratorium: tes kehamilan, pemeriksaan hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya),

pemeriksaan protein urin (bila ada indikasi); yang pemberian pelayanannya disesuaikan dengan trimester kehamilan. Ibu hamil wajib diperiksa HIV, sifilis dan hepatitis

- Tatalaksana/penanganan kasus sesuai kewenangan;
- Temu wicara (konseling)

Pemberian pelayanan antenatal bagi disabilitas memiliki tantangan tersendiri, seperti pemeriksaan antropometri dan tekanan darah pada disabilitas fisik yang tidak memiliki ekstremitas atau pemberian temu wicara/konseling pada disabilitas intelektual dan disabilitas rungu-wicara yang membutuhkan pendampingan saat pelaksanaan konseling. Bagi tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan antenatal penting untuk selalu menjelaskan tahap pemeriksaan secara rinci agar penyandang disabilitas memahami langkah-langkah pemeriksaan yang akan diberikan.

b. Pelayanan Pencegahan dan Penanganan Keguguran

Semua ibu hamil dapat mengalami keguguran dan kelahiran prematur termasuk ibu hamil kelompok rentan yang salah satunya adalah penyandang disabilitas. Oleh karena itu diperlukan pencegahan serta penanganan yang tepat apabila keguguran terjadi pada penyandang disabilitas yang sedang hamil.

3. Pelayanan pencegahan dan penanganan keguguran meliputi:

1) Promotif

Peningkatan pemahaman mengenai tanda bahaya kehamilan sejak dini kepada penyandang disabilitas yang sedang hamil beserta pasangan dan pendampingnya (pada saat pelayanan ANC).

2) Preventif

Pelayanan ANC sesuai standar.

3) Tata laksana

- Tatalaksana asuhan pasca keguguran sesuai standar. Penilaian secara cepat mengenai keadaan umum ibu hamil. Kemudian lakukan stabilisasi pasien keguguran

sesuai standar sebelum dirujuk ke faskes terdekat dan dilakukan penanganan keguguran sesuai standar sesuai tatalaksana keguguran di puskesmas PONED atau rumah sakit.

- Dukungan emosional dan konseling pasca keguguran, termasuk konseling untuk penggunaan kontrasepsi apabila diperlukan.

Keguguran dapat terjadi secara spontan maupun dengan indikasi abortus yang ditandai dengan tandatanda bahaya kehamilan. Mengetahui tanda-tanda dan penyebab keguguran lebih awal akan membantu penyandang disabilitas yang sedang hamil lebih berhati-hati dengan kondisi kehamilannya.

4. Persalinan

1) Promotif

- Peningkatan pemahaman bagi penyandang disabilitas dan keluarga/pendamping tentang kehamilan (tanda bahaya kehamilan), persalinan, nifas, KBPP, dan manajemen laktasi.
- Memberikan konseling persalinan kepada pendamping maupun penyandang disabilitas bahwa harus dilakukan oleh tenaga kesehatan dan di fasilitas pelayanan kesehatan.
- Pengenalan dan pemanfaatan buku KIA.

b) Preventif

- Persalinan pada penyandang disabilitas dilaksanakan sesuai keadaan klinis pasien atau sesuai hasil pemeriksaan pada saat masa kehamilan.
- Konseling kesehatan ibu dan anak.
- Mengenali tanda awal persalinan seperti perut mulas secara teratur, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir atau keluar cairan ketuban.

c) Tata laksana

- Setiap ibu bersalin mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar. Pelayanan dilakukan minimal oleh bidan yang memiliki STR dan sesuai kewenangannya.

Persalinan normal dapat dilakukan di FKTP, namun untuk persalinan dengan komplikasi dilakukan di FKRTL yang ditolong oleh dokter spesialis.

- Pelayanan ibu bersalin dimulai dari kala I sampai dengan kala IV persalinan. Pelayanan persalinan diberikan mengikuti Pedoman Asuhan Persalinan Normal.
- Untuk Pedoman Asuhan Persalinan Normal, terdapat 5 aspek pelayanan yaitu:
 - a) Membuat keputusan klinik
 - b) Asuhan sayang ibu dan sayang bayi
 - c) Pencegahan infeksi
 - d) Pencatatan (rekam medis) asuhan persalinan
 - e) Rujukan pada kasus komplikasi ibu dan bayi baru lahir
- Penyandang disabilitas dapat bersalin dengan normal asal dipastikan keadaan ibu dan bayi tidak ada komplikasi/ masalah. Untuk disabilitas intelektual maupun fisik perlu pendampingan keluarga/orang terdekat untuk mendukung ibu pada saat melahirkan.

5. Pelayanan Kesehatan Masa Sesudah Melahirkan (Nifas)

Pelayanan kesehatan masa sesudah melahirkan (nifas) pada penyandang disabilitas meliputi:

1) Promotif

- Pelayanan masa nifas pada penyandang disabilitas dilaksanakan dengan melibatkan keluarga/pendamping atau care giver, setelah 50 sebelumnya dilaksanakan konseling oleh petugas kesehatan.
- Peningkatan pemahaman bagi penyandang disabilitas dan pendamping mengenai pentingnya ASI Eksklusif bagi bayi dan anjuran untuk menyusui sampai usia 2 tahun (dapat dilakukan sejak ANC).
- Pengenalan dan pemanfaatan buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).

b) Preventif

- Fasilitasi manajemen laktasi bagi penyandang disabilitas untuk pemerah, penyimpanan, dan pengiriman ASI (apabila bayi dititipkan ke keluarga), melalui penyediaan fasilitas alat perah (breast pump), botol ASI, kulkas/lemari pendingin, dan lain sebagainya.
- Konseling kesehatan ibu dan anak.

c) Tata laksana

- Pelayanan pasca persalinan dilakukan oleh tenaga kesehatan (dokter, bidan, perawat) yang kompeten dan memiliki STR.
- Pelayanan masa nifas dilaksanakan minimal 4 kali dengan waktu kunjungan ibu dan bayi baru lahir bersamaan yaitu:
 - a) Pelayanan pertama dilakukan pada waktu 6- 48 jam setelah persalinan.
 - b) Pelayanan kedua dilakukan pada waktu 3-7 hari setelah persalinan.
 - c) Pelayanan ketiga dilakukan pada waktu 8- 28 hari setelah persalinan.
 - d) Pelayanan keempat dilakukan pada waktu 29-42 hari setelah persalinan.

d) Jenis pelayanan masa nifas meliputi:

Pelayanan pada ibu nifas

- Pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi, dan suhu
- Pemeriksaan tinggi fundus uteri
- Pemeriksaan lochia dan perdarahan
- Pemeriksaan jalan lahir
- Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI Eksklusif
- Pemberian kapsul vitamin A
- Pelayanan KB PP
- Konseling, dan
- Penanganan risiko tinggi dan komplikasi pada masa nifas

Pelayanan pada bayi baru lahir

- Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial
- Manajemen Terpadu Bayi Muda yang merupakan bagian dari Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)
- Skrining Bayi Baru Lahir
- Pemberian Komunikasi, Informasi, Edukasi kepada ibu dan keluarganya.

6. Pelayanan Keluarga Berencana

Pelayanan kontrasepsi bertujuan untuk menunda kehamilan, menjarangkan jarak kehamilan dan menghentikan kesuburan. Bagi penyandang disabilitas yang menggunakan kontrasepsi, pelayanan kontrasepsi dilaksanakan melalui pemilihan metode kontrasepsi sesuai pilihan pasangan suami istri, sesuai indikasi, dan tidak mempengaruhi produksi Air Susu Ibu.

Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi dilakukan dengan cara yang dapat dipertanggung jawabkan dari segi agama, norma budaya, etika, serta segi kesehatan. Pelayanan kontrasepsi meliputi:

1) Promotif

- KIE/konseling tentang metode kontrasepsi. Sedangkan informasi dilakukan secara lengkap dan cukup sehingga pasien dapat memutuskan untuk memilih metoda kontrasepsi yang akan digunakan (*informed choice*).
- Peningkatan pemahaman tentang KB dan perencanaan kehamilan baik kepada penyandang disabilitas dan pasangan serta pendampingnya.
- Pemberian atau pemasangan kontrasepsi kepada penyandang disabilitas harus didahului dengan konseling dan persetujuan tindakan medik (*informed consent*).

2) Preventif

- Kontrasepsi darurat disertai konseling dapat diberikan kepada penyandang disabilitas yang

mengalami perkosaan atau kekerasan seksual guna mencegah kehamilan yang tidak diinginkan.

- Penggunaan kontrasepsi dapat atas permintaan sendiri atau ditawarkan oleh petugas kesehatan dengan mempertimbangkan potensi risiko kehamilan.
- 3) Pelayanan Kontrasepsi Pelayanan kontrasepsi bagi penyandang disabilitas meliputi:
- Pelayanan kontrasepsi pasca persalinan (setelah melahirkan hingga 42 hari)
 - Pelayanan kontrasepsi interval (masa diantara dua kehamilan)
 - Pelayanan kontrasepsi darurat, yaitu pelayanan kontrasepsi dalam kurun ≤ 3 hari setelah hubungan seksual tanpa pelindung (kesalahan dalam pemakaian kontrasepsi, tidak menggunakan kontrasepsi, atau kasus perkosaan/kekerasan seksual)
 - Tata laksana efek samping dan komplikasi penggunaan kontrasepsi sesuai standar

Metode kontrasepsi yang tersedia bagi penyandang disabilitas sama dengan metode kontrasepsi yang tersedia bagi non penyandang disabilitas, meliputi:

- a. MKJP:
 - IUD/AKDR
 - Implant/susuk Bagi penyandang disabilitas fisik yang tidak memiliki lengan, implant/susuk KB dapat dipasang di bawah kulit perut.
 - MOW/Tubektomi
 - MOP/Vasektomi
- b. Non MKJP
 - Pil
 - Suntik, bagi penyandang disabilitas fisik yang tidak memiliki lengan, suntik KB dapat diberikan secara intramuskular di area gluteus (bokong) atau tungkai.
 - Kondom

Penatalaksanaan

- Salah satu hak dari penyandang disabilitas adalah menerima atau menolak penggunaan alat kontrasepsi.
- Pemberian pelayanan kontrasepsi pada penyandang disabilitas harus disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan klien. Misalnya pemberian informasi dan konseling pada disabilitas sensorik, fisik, intelektual dan/atau mental akan berbeda satu sama lain.
- Tenaga kesehatan harus mampu berempati dan memberikan penjelasan yang tepat baik kepada klien maupun keluarga/pendamping atau care giver. Pemasangan dan pemilihan metode kontrasepsi disesuaikan dengan status kesehatan klien sehingga penyandang disabilitas dapat menggunakan kontrasepsi yang aman dan tepat.
- Bagi penyandang disabilitas intelektual dan mental, pemilihan metode kontrasepsi dapat dilakukan oleh keluarga/pendamping setelah mendapatkan konseling.
- Pemasangan metode kontrasepsi tidak boleh atas paksaan baik oleh keluarga/pendamping maupun petugas kesehatan.
- Untuk metode kontrasepsi injeksi dan implant apabila tidak dapat dilakukan di lengan dapat dilakukan di bagian tubuh lain seperti paha dan perut dengan prinsip secara estetik tertutup dan tidak mengganggu pergerakan.

7. Pelayanan Kesehatan Seksual

Penyandang disabilitas masih memiliki keterbatasan akses terhadap informasi kesehatan, termasuk informasi dasar tentang perkembangan dan perubahan tubuh mereka. Selain itu penyandang disabilitas juga sangat berisiko mendapat tindak kekerasan dan pelecehan seksual. Akibatnya, mereka berisiko terinfeksi IMS, termasuk HIV. Oleh karena itu, informasi

dan pelayanan kesehatan seksual sangat penting bagi penyandang disabilitas, meliputi:

1) Promotif

- Penjelasan kepada penyandang disabilitas beserta pendampingnya tentang organ reproduksi dan cara menjaga kebersihan organ reproduksi.
- Penjelasan mengenai pengelolaan menstruasi, seperti memasang dan melepas pembalut, membuang pembalut, serta pemahaman karakteristik menstruasi (frekuensi, durasi, volume darah, pengelolaan nyeri, dll).
- Penjelasan mengenai perilaku seksual berisiko tinggi yaitu perilaku yang menyebabkan seseorang terpapar dengan darah, semen, cairan vagina yang tercemar kuman penyebab IMS atau HIV. Perilaku seksual berisiko dapat dihindari dengan memberikan edukasi kepada penyandang disabilitas agar berperilaku seksual yang aman. Perilaku seksual aman yaitu suatu cara dalam melakukan aktivitas seksual agar tidak tertular dari penyakit menular seksual, misalnya:
 - a. Tidak berganti-ganti pasangan
 - b. Tidak melakukan hubungan seks usia dini
 - c. Berhubungan seksual dengan menggunakan kondom secara benar dan konsisten
 - d. Tidak memiliki pasangan dalam jumlah banyak
- Menganjurkan kepada penyandang disabilitas untuk lebih banyak menghabiskan waktu dengan kegiatan ibadah bersama, penyaluran hobi dan aktivitas fisik untuk mengurangi risiko dalam melakukan seks yang tidak aman.

2) Preventif

- Konseling mengenai kebersihan organ reproduksi dan pengelolaan kebersihan menstruasi.
- Konseling mengenai keluhan atau gangguan menstruasi.

3) Kuratif-Rehabilitatif

a. Diagnosis

Gangguan menstruasi yang sering dialami meliputi:

- Menoragia: durasi menstruasi lebih lama (>5 hari) - Hipermenorea: volume darah menstruasi lebih banyak
- Hipomenorea: volume darah menstruasi lebih sedikit - Polimenorea: jarak antarsiklus menstruasi lebih pendek (35 hari)
- Metroragia: perdarahan terjadi pada setiap waktu di antara siklus menstruasi
- Amenorea: tidak menstruasi selama 3 bulan berturut-turut
- Dismenorea

Diagnosis gangguan menstruasi umumnya dapat dilakukan melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik, termasuk riwayat penggunaan kontrasepsi. Jika gangguan menstruasi berlanjut, sebaiknya klien dirujuk ke Rumah Sakit untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut oleh dokter spesialis obgin guna penentuan etiologi dan penegakan diagnosis.

b. Tatalaksana

Tatalaksana gangguan menstruasi disesuaikan dengan penyebabnya, meliputi:

- Perbaiki gaya hidup dan pola makan gizi seimbang,
- Terapi hormonal,
- Pengobatan, dan/atau
- Tindakan surgikal

13

8. Pencegahan dan Penanganan Penyakit Tidak Menular (Kanker Payudara dan Kanker Leher rahim)

Deteksi dini kanker leher rahim perlu dilakukan pada penyandang disabilitas perempuan berusia 20 tahun ke atas (prioritas: 30-50 tahun), utamanya pada penyandang disabilitas perempuan dengan faktor risiko kanker, yaitu merokok, konsumsi alkohol, stress, melakukan hubungan seksual

pertama kali sebelum usia 20 tahun, berganti-ganti pasangan seksual, dan melahirkan terlalu banyak anak. Pencegahan dan penanganan penyakit tidak menular (kanker payudara dan kanker leher rahim) yang dapat dilakukan meliputi:

1) Promotif

- Peningkatan pemahaman mengenai kanker payudara dan kanker leher rahim kepada penyandang disabilitas dan pendampingnya serta pasangannya.
- Peningkatan pemahaman mengenai pola hidup sehat untuk mencegah kanker payudara dan kanker leher rahim kepada penyandang disabilitas dan pendampingnya serta pasangannya.
- Peningkatan pemahaman mengenai pentingnya deteksi dini kanker payudara dan kanker leher rahim kepada penyandang disabilitas dan pendampingnya serta pasangannya.

2) Preventif

- Konseling pada penyandang disabilitas perempuan usia >20 tahun dan pendamping serta pasangan, khususnya usia 30-50 tahun dan telah menikah atau berperilaku seksual aktif.
- Deteksi dini kanker payudara melalui pemeriksaan payudara sendiri (SADARI). SADARI dapat dilakukan secara rutin setiap bulan yaitu pada hari ke 7 sampai 10 dari hari pertama haid atau sesudah menstruasi, dan bagi perempuan yang telah menopause dapat menetapkan satu hari setiap bulannya untuk melakukan SADARI. SADARI bagi penyandang disabilitas fisik dapat dilakukan oleh keluarga terdekat atau pendamping yang berjenis kelamin sama
- Pemeriksaan payudara secara klinis (SADANIS). Skrining SADANIS berkala (1-3 tahun sekali) oleh dokter atau bidan terlatih.
- Pemeriksaan IVA secara berkala setiap 3-5 tahun sekali

3) Kuratif-Rehabilitatif

a. Diagnosis

Bila dari hasil deteksi dini (SADARI, SADANIS, dan IVA) ditemukan kecurigaan kearah kanker payudara dan/atau kanker leher rahim, maka dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang memiliki sarana diagnostis dan dokter ahli.

b. Tatalaksana

- Jika diagnosis kanker payudara telah ditegakkan, penderita dirujuk ke Rumah Sakit yang memiliki fasilitas untuk tatalaksana kanker payudara sesuai standar pelayanan kedokteran.
- Jika hasil deteksi dini kanker serviks dengan IVA positif, maka dapat dilakukan tindakan krioterapi di Puskesmas yang telah terlatih sesuai dengan indikasi. Penyandang disabilitas juga dapat dirujuk ke Rumah Sakit untuk mendapatkan tatalaksana kanker serviks sesuai standar.
- Dukungan psikologis dan konseling. Kanker payudara dapat disembuhkan jika ditemukan pada stadium dini. Oleh karena itu deteksi dini kanker payudara sangatlah penting. Semakin dini penyakit ini dideteksi maka kemungkinan keberhasilan pengobatannya semakin besar. Begitu pula kanker leher rahim bisa dicegah bila lesi prakanker ditemukan dari sejak perubahan awal sel (displasia) sampai dengan prakanker, sedini mungkin melalui skrining dan edukasi tentang penemuan dini (early diagnosis), melalui pemeriksaan IVA atau papsmear.

9. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Lanjut Usia

Pelayanan kesehatan lansia yang dapat diberikan kepada penyandang disabilitas meliputi:

1) Promotif

- Peningkatan pemahaman kesehatan lansia, termasuk kesehatan reproduksi (KIE/penyuluhan kesehatan).

- Peningkatan kesehatan lansia misalnya dengan kegiatan ibadah bersama, penyaluran hobi dan aktivitas fisik.
- Peningkatan penggunaan Buku Kesehatan Lanjut Usia oleh penyandang disabilitas. Setiap penyandang disabilitas lansia perlu mendapatkan Buku Kesehatan Lansia yang dapat diperoleh dari Puskesmas.

2) Preventif

- Konseling bagi penyandang disabilitas lansia yang mengalami gangguan buang air kecil guna pencegahan infeksi saluran reproduksi terutama pada perempuan.
- Konseling bagi penyandang disabilitas lansia yang mengalami keluhan terkait menopause atau andropause.
- Skrining faktor risiko penyakit tidak menular (PTM) dan pengelolaannya.
- Pemeriksaan tingkat kemandirian menggunakan instrumen *Activity of Daily Living* (ADL) dengan memakai Barthel Index
- Pemeriksaan status mental, faktor personal dan psikologis dengan menggunakan instrumen *Mini Mental State Examination* (MMSE) dan *Geriatric Depression Scale* (GDS)

3) Kuratif-Rehabilitatif

a. Diagnosis

- Pemeriksaan kesehatan untuk deteksi dini penyakit, termasuk pemeriksaan kesehatan reproduksi
- Pemeriksaan status gizi
- Pemeriksaan tanda vital
- Pemeriksaan fisik dan pemeriksaan gangguan fungsional
- Pemeriksaan laboratorium sederhana

b. Tatalaksana

Tatalaksana gangguan kesehatan pada penyandang disabilitas kelompok lansia perlu ditangani secara terpadu yang meliputi:

- Pengobatan sesuai indikasi.
- Konseling kesehatan lansia.
- Konseling gizi lansia.
- Rujukan ke Rumah Sakit apabila ada penyandang disabilitas lansia yang sakit dan tidak bisa ditangani oleh petugas kesehatan di puskesmas. Kesehatan dan gangguan fungsi seksual bagi lansia sering dianggap sebagai hal yang tabu untuk dibahas. Namun hal ini perlu didiskusikan dengan pasien dan keluarga pasien agar mendapat pemahaman yang benar. Kemampuan hubungan seksual dapat bertahan sampai orang mencapai lansia dengan tingkat penurunan yang berbeda-beda antara satu dengan yang lain. Keadaan ini dipengaruhi oleh perubahan fungsi organ tubuh dari masing-masing individu, seperti penurunan hormon, penyakit yang menyertai, hingga gangguan fungsional yang ada pada pasien. Sebagai langkah penanganan, selain konseling rutin untuk mengoptimalkan fungsi seksual dan keinginan untuk memperbaiki hubungan seksual, dapat juga diberikan penanganan apabila terdapat gangguan fungsi seksual karena keringnya vagina maka dianjurkan penggunaan krim atau minyak pelumas.

13

10. Pencegahan dan Penanganan IMS, termasuk HIV AIDS

Pelayanan untuk pencegahan dan penanganan IMS dan HIV AIDS pada penyandang disabilitas pada dasarnya sama dengan pelayanan bagi non-disabilitas. Pelayanan yang diberikan antara lain:

 - 1) Promotif
 - a. Sasaran:
 - Seluruh penyandang disabilitas tanpa memandang faktor risiko
 - Keluarga/pendamping
 - b. Kegiatan:

- Peningkatan pemahaman tentang organ reproduksi laki-laki dan perempuan, termasuk cara menjaga kebersihan dan kesehatan organ reproduksi.
 - Peningkatan pemahaman tentang penyakitpenyakit yang perlu diwaspadai pada sistem reproduksi, termasuk IMS dan HIV AIDS.
 - Peningkatan pemahaman tentang HIV AIDS, termasuk informasi dasar, cara penularan, dan cara pencegahan.
- 13
- 2) Preventif
- a. Sasaran: individu berisiko tinggi atau populasi kunci yang belum melakukan tes atau hasil tes negatif.
 - b. Kegiatan:
 - Konseling pada individu berisiko tinggi IMS atau HIVAIDS agar bersedia melakukan deteksi dini IMS dan HIVAIDS dan berperilaku hidup sehat.
 - Penyediaan dan akses alat pencegahan (kondom, alat suntik steril)
 - c. Pencegahan infeksi HIV pasca pajanan (untuk penyandang disabilitas maupun tenaga kesehatan).
 - Pemberian obat profilaksis pasca pajanan secepat mungkin (1-2 jam pertama), sebelum 72 jam dan diberikan selama 28 hari.
 - Pemeriksaan status HIV dengan RDT HIV pada 3 bulan pasca pajanan.

13

3) Kuratif-Rehabilitatif

Diagnosis

IMS

- Jika klien mempunyai keluhan terkait IMS (seperti duh tubuh uretra/vagina, ulkus genital, pembengkakan skrotum, pembengkakan kelenjar getah bening pangkal paha, nyeri perut bagian bawah), maka dilakukan pemeriksaan laboratorium IMS.
- Jika pemeriksaan laboratorium tidak memungkinkan, diagnosis dapat menggunakan algoritma pendekatan sindrom IMS.

HIV AIDS

Deteksi dini/skrining infeksi HIV dilakukan melalui Konseling dan Tes HIV atas Inisiatif Petugas Kesehatan (KTIP). Tes dilakukan dengan metode RDT menggunakan strategi tiga serial dengan sensitivitas dan spesifisitas yang berbeda. Bila hasil tes non reaktif, maka klien akan dikonseling untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat supaya tidak tertular HIV. Bila hasil reaktif, maka klien akan dirujuk ke layanan PDP di Puskesmas atau rumah sakit rujukan HIV.

4) Tatalaksana

a. IMS

13

▪ Tatalaksana etiologis:

Jika etiologis IMS dapat ditegakkan melalui pemeriksaan laboratorium, maka pengobatan disesuaikan dengan mikroorganisme penyebab IMS.

▪ Tatalaksana pendekatan sindrom:

Jika pemeriksaan laboratorium tidak memungkinkan dan diagnosis IMS menggunakan pendekatan sindrom, maka pengobatan disesuaikan dengan algoritma pendekatan sindrom IMS

b. HIV AIDS Apabila diagnosis HIV AIDS telah ditegakkan, maka klien perlu memperoleh:

- Perawatan, dukungan dan pengobatan ARV dan penyakit penyerta lainnya (termasuk inisiasi terapi ARV, pemantauan kepatuhan minum obat, penanggulangan sementara efek samping obat, pemeriksaan CD4 dan VL secara berkala, pengiriman spesimen darah, dukungan gizi, perawatan paliatif)

- Dukungan psikososial

- Kelompok dukungan sebaya

- Skrining Tuberkulosis (TB)

- Tambahan bagi penyandang disabilitas hamil:

- a) Program Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA). Pelaksanaan pelayanan

kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas membutuhkan pendamping untuk memperlancar komunikasi antara tenaga kesehatan dengan penyandang disabilitas, terutama penyandang disabilitas sensorik, intelektual, dan/atau mental.

- b) Tenaga kesehatan juga harus memastikan bahwa pendamping memahami penjelasan KIE yang diberikan. Pada penyandang disabilitas intelektual dan/atau mental, proses pengambilan spesimen darah untuk pemeriksaan penunjang dapat dilakukan sesuai standar. Namun demikian, diperlukan alat bantu atau pendamping untuk memfiksasi atau memegang klien pada saat proses pengambilan spesimen darah karena dikhawatirkan terjadi reaksi penolakan dari klien yang dapat membahayakan dirinya dan/atau petugas.
- c) Pendamping penyandang disabilitas sebaiknya seseorang dengan jenis kelamin sama dan berasal dari keluarga terdekat serta disetujui oleh klien. Hal ini terutama terkait dengan kepentingan pengobatan yang memerlukan rutinitas dan penjelasan efek samping dan dampak yang mungkin ditimbulkan pada saat pemberian KIE kepada pendamping.

11. Pelayanan Kekerasan Seksual

Keterbatasan yang dimiliki penyandang disabilitas sensorik, fisik, dan intelektual membuat kelompok ini mengalami diskriminasi ganda dan berisiko lebih tinggi untuk mengalami kekerasan seksual. Perempuan dengan disabilitas dianggap tidak berdaya dan menghadapi kesulitan lebih besar dalam melaporkan kejahatan kekerasan seksual yang dialami untuk proses penyidikan. Perempuan dengan disabilitas netra tidak dapat melihat pelaku sehingga mengalami kesulitan untuk

melaporkan kejadian tersebut. Perempuan dengan disabilitas rungu-wicara tidak dapat berteriak dan sangat ketakutan apabila diancam oleh pelaku. Perempuan dengan disabilitas intelektual sulit membedakan antara eksploitasi dan kekerasan seksual dengan cinta. Begitu juga pada penyandang disabilitas laki-laki yang juga mempunyai risiko untuk mengalami kekerasan seksual. Oleh karena itu diperlukan pelayanan kekerasan seksual bagi penyandang disabilitas, meliputi:

- 1) Promotif
 - Peningkatan pemahaman tentang kekerasan seksual, termasuk cara menghindari dan melaporkan kejadian kekerasan seksual.
 - Peningkatan pemahaman tentang kesetaraan gender termasuk kesetaraan hak dan kewajiban.
- 2) Preventif

Penyandang disabilitas memiliki keterbatasan pemahaman mengenai hal yang boleh/tidak boleh dilakukan orang lain terhadap dirinya (seperti menyentuh payudara/organ reproduksinya), pemahaman bahwa KDRT tidak hanya berupa kekerasan fisik. Dengan demikian dalam rangka upaya pencegahan terjadinya kekerasan seksual, tenaga kesehatan memberikan informasi/KIE mengenai pencegahan kekerasan seksual dan perlindungan diri kepada penyandang disabilitas, seperti mandi dengan pintu tertutup, berpakaian yang sopan, meminta pertolongan apabila ada hal yang mengganggu/tidak nyaman. Kegiatan yang dapat dilakukan antara lain:

 - Pemberian konseling kepada pendamping maupun penyandang disabilitas mengenai kekerasan seksual agar dapat menghindari dan melaporkan kejadian kekerasan seksual yang dialami.
 - Deteksi dini dan Konseling bagi penyandang disabilitas yang memiliki kecenderungan untuk melakukan kekerasan seksual. Deteksi dini dapat dilakukan dengan menggunakan instrumen Sehat Jiwakah Anda, (khususnya pertanyaan butir 8-10).

- 13
- Pencegahan pasca pajanan untuk menghindari penularan IMS dan HIV.
- Pelayanan kontrasepsi darurat bagi penyandang disabilitas perempuan untuk mencegah kehamilan tidak diinginkan (KtD).
- 13
- 3) Kuratif-Rehabilitatif
 - a. Diagnosis

Tanda-tanda kekerasan seksual tidak spesifik dan dapat bervariasi pada setiap individu. Tenaga kesehatan perlu memiliki keterampilan untuk memberikan edukasi/KIE dan mengenali tanda-tanda terjadinya kekerasan seksual pada penyandang disabilitas. Tanda tersebut mencakup tanda fisik, perilaku, dan emosional. Pemeriksaan untuk mengidentifikasi terjadinya kekerasan seksual pada penyandang disabilitas relatif lebih sulit dilakukan. Pendamping yang mampu menjembatani kesenjangan komunikasi antara tenaga kesehatan dan penyandang disabilitas sangat dibutuhkan. Namun demikian, kekerasan seksual patut diduga dan digali lebih lanjut jika ditemukan tanda-tanda berikut:

 - Tanda-tanda perlawanan kekerasan, seperti gigitan, cakaran, hematoma, dll
 - Adanya IMS, terutama gonorea/infeksi gonokokus
 - Rasa nyeri, perdarahan dan atau keluarnya secret/duh tubuh dari vagina
 - 4) Rasa nyeri bila buang air besar atau buang air kecil
 - Cedera pada payudara, bokong, perut bagian bawah, paha, sekitar alat kelamin atau dubur
 - Ditemukan cairan mani/semen di sekitar mulut, genitalia, dan anus
 - b. Tatalaksana
 - Pengobatan sesuai keadaan klinis. Jika kasus emergensi maka dilakukan stabilisasi keadaan umum dilanjutkan rujukan ke rumah sakit.

- Pemeriksaan psikologis dan konseling bagi penyandang disabilitas korban/penyintas kekerasan.
- Pemeriksaan psikologis dan konseling bagi pelaku kekerasan seksual
- Pengumpulan data dan informasi dari klien, termasuk segala sesuatu yang melekat pada tubuh klien, dilanjutkan dengan pencatatan lengkap di rekam medis.
- Pelayanan medikolegal (pembuatan *Visum et Repertum*/VeR jika diminta).
- Pencatatan dan pelaporan.
- Pendampingan psikososial.

Tenaga kesehatan perlu meningkatkan kewaspadaan dan keterampilan dalam mengenali tanda kekerasan seksual. Disamping penting untuk meningkatkan potensi dan pemberdayaan keluarga/pendamping melalui pemberian konseling khusus untuk mengenali tanda kekerasan seksual. Pelaku kekerasan pada penyandang disabilitas seringkali adalah orang terdekat, oleh karena itu saat melakukan penanganan, tenaga kesehatan harus berhati-hati. Rekam medis dengan dugaan kasus kekerasan seksual diberlakukan seperti dokumen medikolegal. Dalam menggali adanya kekerasan seksual pada penyandang disabilitas diperlukan koordinasi dan kerjasama dengan peer group. Peer group berupa organisasi penyandang disabilitas dengan ragam yang sama di level kab/kota maupun kecamatan atau dinas sosial setempat.

H. Asuhan pada Penyandang Disabilitas Fisik

Kondisi fisik yang tidak lengkap atau tidak berfungsi pada penyandang disabilitas fisik menyebabkan rentan terhadap tidak diberikannya pelayanan kesehatan sesuai standar, khususnya

pengukuran, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang yang melibatkan anggota gerak (lengan dan tungkai). Selain itu, kondisi infrastruktur (jalan, transportasi publik, tata ruang fasilitas pelayanan kesehatan) yang tidak sesuai standar dapat menyulitkan penyandang disabilitas fisik yang bergantung pada alat bantu gerak (misal kursi roda, tongkat, prostesis).

Langkah asuhan:

- 1) Pastikan pelayanan kesehatan reproduksi yang ramah terhadap penyandang disabilitas fisik, melalui:
 - a. Keterbatasan penyandang disabilitas fisik dalam menjangkau fasyankes dapat dilakukan solusi berupa alternatif kunjungan rumah petugas ke penyandang disabilitas (*home visit*) untuk menyampaikan KIE kesehatan reproduksi kepada penyandang disabilitas serta keluarga/pendamping.
 - b. Penyediaan infrastruktur fasyankes yang mudah diakses oleh penyandang disabilitas, termasuk penyandang disabilitas fisik yang bergantung pada alat bantu. Contoh:
 - Penyediaan ram
 - Penyediaan pegangan rambat (*hand rail*)
 - Pintu utama memiliki lebar minimal 80-90 cm
 - Penyediaan toilet dengan kloset duduk dan shower
 - c. Penyediaan berbagai alat kesehatan yang dapat digunakan oleh tenaga kesehatan untuk melakukan pengukuran/pemeriksaan kesehatan bagi penyandang disabilitas fisik. Contoh:
 - Timbangan berat badan untuk pengguna kursi roda
 - Termometer elektrik yang ditempel telinga/dahi
 - Cuff tensimeter ukuran besar
 - d. Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dalam memahami dan melakukan pengukuran/pemeriksaan kesehatan bagi penyandang disabilitas fisik, mengingat terdapat beberapa alternatif pengukuran/pemeriksaan yang berbeda. Contoh:
 - Pengukuran antropometri
 - Pengambilan spesimen darah untuk pemeriksaan penunjang
- 2) Alternatif pengukuran antropometri dan pemeriksaan penunjang pada penyandang disabilitas fisik antara lain:

- a. Pengukuran Tinggi Badan
 - Penyandang disabilitas fisik yang tidak mempunyai tungkai atau tungkainya mengalami atrofi, pengukuran Tinggi Badan (TB) dapat dilakukan dengan mengukur panjang tungkai, panjang depa (*arm span*), tinggi lutut atau tinggi duduk, rentang satu lengan dan rentang dua lengan.
 - Untuk penyandang disabilitas yang tidak dapat berdiri, pengukuran tinggi badan dapat diganti dengan pengukuran panjang badan.
- b. Pengukuran Berat Badan

Penyandang disabilitas fisik yang tidak mempunyai lengan dan/atau tungkai, pengukuran Berat Badan (BB) dapat dilakukan dengan koreksi pada alat gerak yang hilang atau dengan menghitung selisih BB pendamping/*care giver* dengan penyandang disabilitas.
- c. Penentuan Status Gizi
 - Penentuan status gizi penyandang disabilitas fisik dapat dilakukan dengan penentuan Indeks Massa Tubuh (IMT) yang bersumber dari data berat badan dan tinggi badan.
 - Bagi penyandang disabilitas fisik yang sedang hamil namun tidak mempunyai lengan atau lengan mengalami atrofi, penentuan status gizi tidak dapat dilakukan melalui penentuan IMT maupun pengukuran LiLA.
 - Sebagai alternatif, penentuan status gizi dapat dilakukan dengan pengukuran lingkaran pinggang, lingkaran pinggul, lingkaran paha, lingkaran betis atau pengukuran tebal lemak menggunakan *skin fold caliper*.
- d. Pengukuran Tekanan Darah
 - Penyandang disabilitas fisik yang tidak mempunyai lengan, pengukuran tekanan darah dapat dilakukan pada paha.
 - Sedangkan bagi penyandang disabilitas fisik yang tidak memiliki kedua lengan dan tungkai sekaligus,

pemeriksaan tekanan darah dapat dilakukan dengan menggali dan mengkaji keluhan dan faktor risiko klien.

- Pada pasien dengan arteri radialis yang masih intak, penggunaan sphygmomanometer manual ataupun elektrik dapat digunakan sebagaimana penggunaan pada klien pada umumnya.
- Penempatan cuff berada sejajar pada jantung. Hal yang perlu diperhatikan lainnya adalah penggunaan diameter cuff, dimana bila terlalu besar yang dapat menyebabkan tekanan yang lebih rendah, sedangkan cuff yang terlalu kecil menyebabkan tekanan yang lebih tinggi.
- Pengukuran tekanan darah yang tidak dapat diambil dari ekstremitas atas, dapat menggunakan metode pengukuran pada ekstremitas bawah, yaitu:
 - a) Menggunakan cuff anastesi yang dapat diletakkan pada paha bagian atas. Cuff ini ditujukan untuk mengukur arteri besar pada paha sehingga tekanan darah sistolik dan diastolik dapat dinilai.
 - b) Menggunakan cuff lengan yang diposisikan kurang lebih 3 inci di atas pergelangan kaki. Palpasi arteri tibialis posterior atau arteri dorsalis pedis. Cuff dipompa sampai pulsasi tidak teraba lagi. Hasil yang didapatkan dari pemeriksaan ini lebih besar 20% dari nilai aslinya, dan hanya didapatkan pemeriksaan sistolik. Kekurangan pada pemeriksaan ini adalah tidak dapat menentukan tekanan darah diastolik, sehingga hanya dapat digunakan untuk menentukan status klien pada kasus trauma atau syok, tapi tidak untuk penilaian penyakit kardiovaskular (misal: hipertensi). Pemeriksaan ini bersifat penapisan untuk mengetahui tekanan darah pasien meningkat atau tidak.
 - c) Menggunakan referensi individu lain/pembanding (bukan penyandang disabilitas) yang memiliki usia, tinggi badan, lingkar pinggang dan lingkar pergelangan kaki yang sama.
 - d) Taruh cuff di atas patella

- e) Hitung tekanan diastol dan sistolik klien
- f) Ulangi pemeriksaan tekanan darah pada individu pembanding pada lengan dan kaki
- g) Pengukuran aktual tekanan darah (TD) klien ditentukan melalui rumus:

$$\frac{TD \text{ kaki klien} \times TD \text{ lengan individu pembanding}}{TD \text{ kaki individu pembanding}}$$

- h) Metode invasif menggunakan pengukuran intraarterial. Pengukuran ini hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai.
- e. Pengukuran Denyut Nadi
Apabila tidak memungkinkan mengukur nadi di pergelangan tangan (arteri radialis) maka pengukuran nadi dapat dilakukan di leher (arteri karotis).
 - f. Pengukuran Suhu
Apabila pengukuran suhu pada bagian lipat ketiak tidak memungkinkan, maka pengukuran suhu tubuh dapat menggunakan termometer elektrik yang ditempatkan pada telinga, bawah lidah/oral, atau dahi.
 - g. Pemeriksaan Laboratorium
Penyandang disabilitas fisik yang tidak mempunyai lengan dan tungkai, pengambilan spesimen darah kapiler dapat dilakukan pada cuping telinga. Sedangkan pengambilan spesimen darah vena dapat dilakukan pada vena femoralis.
- 3) Tata cara berinteraksi dengan penyandang Disabilitas Fisik
- a. Informasi dasar:
 - Bertanyalah sebelum membantu
 - Jangan berasumsi
 - Berikan rasa hormat (*respect*)
 - b. Cara berinteraksi :
 - Tetaplah berjabat tangan, sekalipun tangan klien sulit digerakkan atau diamputasi. Fokuslah pada manusianya, bukan pada kondisinya.

- Jika Anda ingin menawarkan bantuan, lakukanlah dengan santun. Contoh: "Apakah ada yang bisa saya bantu?", dan bukan: "Sebaiknya saya bantu Anda".
- Setelah Anda bertanya untuk memberikan bantuan, tunggulah jawaban atau respon klien. Bantuan Anda belum tentu diinginkan atau dibutuhkan. Siapkanlah diri Anda untuk mendengar kata "Tidak".
- Posisikan mata Anda sejajar dengan mata pengguna kursi roda saat Anda akan berbicara. Duduk, berjongkok, atau berlutut sebagai bentuk rasa hormat (respect).
- Hindari bersandar atau bertahan di kursi roda seseorang. Ingatlah bahwa pengguna kursi roda menganggap kursi roda mereka sebagai bagian dari tubuh.
- Hindari memindahkan alat bantu mobilitas seperti tongkat, kruk, atau kursi roda, kecuali Anda diminta oleh klien untuk melakukannya. Jika diminta, pindahkan alat mobilitas dalam jangkauan klien.
- Hindari meraih atau menggandeng tangan pengguna tongkat atau kruk. Mereka memerlukan tangan untuk keseimbangan diri.
- Berbicaralah secara langsung kepada penyandang disabilitasnya, dan bukan kepada keluarga/pendampingnya. Namun Anda dapat melibatkan keluarga/pendampingnya dalam percakapan.
- Jika tempat pelayanan (misal: tempat tidur atau kursi) terlalu tinggi bagi penyandang disabilitas fisik, maka sesuaikanlah untuk dapat memberikan layanan. Buatlah mereka nyaman dengan layanan Anda.

I. Asuhan pada Penyandang Disabilitas Intelektual Dan/ Mental

Penyandang disabilitas intelektual dan/atau mental umumnya sangat bergantung kepada keluarga/pendamping, sehingga penyedia layanan harus memastikan bahwa keluarga/pendamping memahami tentang hak kesehatan reproduksi dan seksual bagi penyandang disabilitas intelektual dan/atau mental, termasuk upaya yang harus dilakukan untuk

memberikan perlindungan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas intelektual dan/atau mental. Dalam hal penyandang disabilitas intelektual dan/atau mental menjadi klien yang akan diberikan tindakan kedokteran yang memiliki risiko tinggi, maka pendamping dari keluarga terdekat klien harus mampu mewakili dan memberikan persetujuan tindakan (*informed consent*) atas nama klien penyedia layanan kesehatan reproduksi yang ramah terhadap penyandang disabilitas intelektual dan/atau mental melalui:

- a. Pemberian KIE tentang kesehatan reproduksi dan seksual kepada klien dan keluarga/pendamping. Tenaga kesehatan harus memastikan bahwa keluarga/pendamping memahami penjelasan/KIE yang diberikan. Tenaga medis harus menghargai otonomi penyandang disabilitas.
- b. Pada tingkat disabilitas yang tidak terlalu berat, maka edukasi harus melibatkan kemampuan penyandang disabilitas untuk membuat suatu keputusan, karena banyak penyandang disabilitas ini mempunyai sedikit kesempatan untuk melatih membuat keputusan untuk dirinya sendiri.
- c. Pada pemberian tindakan kedokteran yang memiliki risiko tinggi, tenaga kesehatan harus memastikan bahwa persetujuan tindakan (*informed consent*) diberikan oleh pendamping dari keluarga terdekat klien. Pada level disabilitas intelektual dan mental ringan terkadang penyandang disabilitas ini dapat memberikan persetujuannya.
- d. Tenaga medis diharapkan dapat membantu penyandang disabilitas intelektual atau mental untuk memilih metode kontrasepsi yang diinginkan dan mendorong keterlibatan keluarga untuk keberhasilannya.
- e. Tenaga kesehatan memberikan dukungan untuk memastikan penyandang disabilitas yang mempunyai keinginan untuk menjadi orang tua berhasil dalam perawatan anak (*parenting* – menjadi orang tua).

Tata cara berinteraksi dengan klien Penyandang Disabilitas Intelektual atau Mental

- a. Informasi dasar:
 - Bertanyalah sebelum membantu
 - Jangan berasumsi
 - Berikan rasa hormat (*respect*)
- b. Cara berinteraksi:
 - Bicaralah dengan tenang, jelas dan dengan volume sedang. Berbicara dengan volume keras tidak akan membuat Anda lebih dimengerti.
 - Bicaralah dengan ungkapan yang mudah dipahami. Bicara sewajarnya dan hindari kalimat yang panjang dan rumit.
 - Berikan informasi secara bertahap. Menggunakan alat bantu audio/visual dan pewarnaan pada objek akan membantu untuk mempermudah pemahaman klien.
 - Tunjukkanlah cara untuk melakukan sesuatu dan bersabarlah. Klien menghadapi hambatan yang mungkin berada di luar pemahaman Anda.
 - Tataplah wajah klien saat berkomunikasi dan bersikaplah santai. Jangan melihat klien dengan tatapan aneh/tak wajar.
 - Dengarkanlah keinginan klien sebelum memberi penjelasan. Tunjukkan pada klien bahwa Anda tertarik dengan apa yang klien katakan/sampaikan.
 - Jangan menirukan aksen dan memperlakukan klien seperti anak kecil. Hal ini tidak akan membuat Anda lebih mudah untuk dimengerti.
 - Terimalah kebiasaan klien yang kita anggap tidak biasa.
 - Mintalah saran pada pendamping/keluarga klien jika kurang mengerti.

J. Asuhan pada Penyandang Disabilitas Sensorik

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

1. Masih terbatasnya media KIE kesehatan reproduksi dalam bentuk audio-visual, baik di fasilitas pelayanan kesehatan maupun fasilitas publik lainnya.

2. Media KIE yang tersedia umumnya berbentuk tulisan atau gambar dua dimensi (poster, leaflet, dll) sehingga pesannya tidak dapat ditangkap oleh penyandang disabilitas netra tanpa bantuan orang lain.
3. Media KIE dalam bentuk audio-visual (video, iklan layanan masyarakat, dll) masih sangat terbatas dan umumnya belum dilengkapi dengan teks narasi (*caption*) atau peraga bahasa isyarat sehingga menyulitkan bagi penyandang disabilitas rungu-wicara. Untuk itu perlu dipastikan penyediaan media KIE kesehatan reproduksi yang ramah terhadap penyandang disabilitas sensorik, melalui:
 - Penyediaan media KIE dalam bentuk audio-visual lengkap dengan teks narasi (*caption*) dan/atau peraga bahasa isyarat.
 - Pemberian KIE bagi klien dengan disabilitas netra sebaiknya menggunakan alat peraga untuk membantu memvisualisasi informasi yang diberikan.
 - Pemberian KIE bagi klien dengan disabilitas runguwicara dilakukan dengan artikulasi/gerak bibir yang jelas, dengan ritme bicara tidak terlalu cepat, dan tanpa menggunakan masker/penutup mulut. Apabila hal ini tidak memungkinkan maka pemberian KIE dapat dilakukan kepada keluarga/pendamping klien untuk selanjutnya disampaikan kepada klien.
 - Bagi klien penyandang disabilitas netra, pemberian informasi/penjelasan juga harus dilakukan setiap kali petugas kesehatan akan melakukan pemeriksaan/tindakan yang berkontak langsung dengan tubuh klien. Sebelum melakukan pemeriksaan dan tindakan, petugas kesehatan menjelaskan dengan detail mengenai langkah-langkah dan proses pemeriksaan dan tindakan yang akan dilakukan.

Tata Cara Berinteraksi dengan Klien

- 1) Penyandang Disabilitas Netra
 - a. Informasi Dasar
 - Bertanyalah sebelum membantu

- Jangan berasumsi
 - Berikan rasa hormat (*respect*)
- b. Cara berinteraksi
- Sentuhkan punggung tangan Anda dengan punggung tangan klien untuk memulai interaksi. Itu merupakan pertanda untuk klien agar memegang lengan Anda.
 - Pegangkan tangan klien ke lengan Anda. Klien dapat memegang lengan Anda persis di atas siku.
 - Pastikan klien berdiri setengah langkah di belakang bagian samping Anda. Buat lengan Anda santai, sehingga klien pun akan merasa santai. Tekuk lengan Anda 90 derajat dan dekatkan dengan sisinya.
 - Ketika melewati ruang sempit pindahkan posisi lengan Anda ke belakang punggung dan klien akan mengikut di belakang Anda. Ketika sudah melalui celah sempit, kembalikan posisi lengan Anda ke posisi semula.
 - Ketika akan melewati pintu, pastikan berhenti sejenak sebelum membukanya. Beritahu klien bagaimana pintu itu dibuka, apakah di tarik atau didorong.
 - Arahkan tangan klien untuk menyentuh bagian sandaran atau lengan kursi. Klien akan dapat memposisikan dirinya untuk duduk.
 - Jangan pernah memandu penyandang disabilitas netra dengan memegang atau menarik tongkatnya.
 - Ketika sedang bercakap-cakap jangan pernah meninggalkan klien tanpa memberitahu terlebih dulu.
 - Jangan ragu untuk menggunakan kosakata normal seperti lihat, baca atau nonton.
- 2) Penyandang Disabilitas Rungu Wicara
- a. Informasi dasar
- Bertanyalah sebelum membantu

- Jangan berasumsi
 - Berikan rasa hormat (*respect*)
- b. Cara berinteraksi:
- Berbicara dengan wajah saling menatap. Jagalah kontak mata, dan jangan memasukkan apapun ke dalam mulut Anda saat berbicara dengan klien.
 - Jaga jarak pandang dengan klien. Cobalah untuk menjaga mata Anda pada tingkat yang sama dengan mata klien (duduk jika klien duduk, berdiri jika klien berdiri).
 - Gerakkanlah bibir Anda dengan jelas dan berbicaralah secara perlahan. Jika klien dianggap masih belum mengerti, informasi dapat ditulis dengan kalimat sederhana.
 - Gunakan ekspresi wajah dan bahasa tubuh jika klien tidak mengetahui apa yang dimaksud. Cobalah untuk mengulang perkataan.
 - Pelajari bahasa isyarat untuk percakapan secara penuh. Jika perlu, gunakan penerjemah bahasa isyarat.
 - Guna menarik perhatian, lambaikan tangan. Melambailah dengan satu tangan. Gunakan dua tangan jika dalam keadaan darurat.
 - Guna menarik perhatian, ketukkan tangan di meja. Ketuk 1 kali atau secukupnya hingga mendapat perhatian.
 - Guna menarik perhatian, mati-hidupkan lampu.
 - Menarik perhatian juga dapat dilakukan dengan menepuk atau menggoyangkan bahu. Tepuk bahu dengan perlahan. Goyangkan bahu jika dalam kondisi darurat.

Glosarium

13

AIDS (<i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i>)	: Suatu kumpulan gejala berkurangnya kemampuan pertahanan diri yang disebabkan oleh masuknya virus HIV dalam tubuh seseorang.
Andropause	: keluhan yang timbul berkaitan dengan penurunan fungsi hormone androgen pada semua laki-laki.
Amniosintesis	: Prosedur untuk menguji cairan ketuban (amnio) yang ada di rahim wanita hamil
Audio Deskripsi	: Trek audio terpisah yang menarasikan atau menjelaskan konten visual dari klip, acara, maupun film
Audio Visual	: Penggunaan komponen suara (audio) dan komponen gambar (visual) dengan menggunakan beberapa peralatan
Braile	: Sistem tulisan sentuh yang menggunakan titik-titik yang timbul yang mewakili karakter tertentu dan digunakan oleh disabilitas netra
Captioning	: Penjelasan singkat atau deskripsi yang menyertai ilustrasi gambar atau video
Care Giver	: Seorang individu yang secara umum merawat dan mendukung individu lain (pasien) dalam kehidupannya
Debil	: Berdaya pikir rendah atau berkemampuan berpikir tidak lebih daripada daya pikir anak yang berumur 12 tahun
Disabilitas Fisik	: Terganggunya fungsi gerak, antara lain amputasi, lumpuh layuh atau kaku, paraplegi, cerebral palsy (CP), akibat stroke, akibat kusta, dan orang kecil.
Disabilitas Intelektual	: Terganggunya fungsi pikir karena tingkat kecerdasan di bawah rata-rata, antara lain lambat belajar, disabilitas grahita dan down syndrome.
Disabilitas Sensorik	: Terganggunya salah satu fungsi dari panca indera, antara lain disabilitas netra, disabilitas rungu, dan/atau disabilitas wicara

Disabilitas Mental	: Penyandang disabilitas mental adalah terganggunya fungsi pikir, emosi, dan perilaku
Geriatri	: Cabang ilmu kedokteran yang mempelajari masalah kesehatan pada usia lanjut
Ekstremitas	: Tulang anggota gerak badan yang terdiri dari lengan (ekstremitas atas) dan kaki (ekstremitas bawah)
Imbosil	: Salah satu gangguan mental yang disebabkan oleh kelainan genetik
<i>Informed Choice</i>	: Membuat pilihan setelah mendapatkan penjelasan tentang asuhan/perawatan yang akan dialaminya
<i>Informed Consent</i>	: Pernyataan pasien atau yang sah mewakilinya yang isinya berupa persetujuan atas rencana tindakan kedokteran yang diajukan oleh dokter setelah menerima informasi yang cukup untuk dapat membuat persetujuan atau penolakan
Intelegensia	: Suatu kemampuan mental yang melibatkan proses berpikir secara rasional
Kontrasepsi	: Metode atau alat yang digunakan untuk mencegah kehamilan
Marginal	: Suatu kelompok yang jumlahnya sangat kecil atau kaum yang terpinggirkan
Mamografi	: Rontgen dada untuk mendeteksi kanker payudara
Medikolegal	: Suatu ilmu terapan yang melibatkan 2 aspek ilmu yaitu ilmu kedokteran dan ilmu hukum
Menopause	: Berhentinya kemampuan reproduksi perempuan. Biasanya terjadi pada akhir usia 40-an atau awal 50-an yang menandakan akhir dari fase subur kehidupan seorang perempuan.
Motorik	: Perilaku gerakan yang dilakukan oleh tubuh manusia
Pap Smear	: Prosedur pengambilan sampel sel dari leher rahim untuk memastikan ada atau tidak

	adanya ketidaknormalan yang dapat mengarah kepada kanker leher rahim pada wanita
Prostesis	: Alat buatan yang menyerupai bentuk bagian tubuh untuk menggantikan bagian tubuh tersebut yang hilang atau rusak akibat trauma, penyakit, kondisi prakelahiran
<i>Servicograf</i>	: Pemeriksaan dengan melakukan pembesaran foto leher rahim dengan alat khusus (leher rahimkop)
Stereotype	: Penilaian terhadap seseorang hanya berdasarkan persepsi terhadap kelompok dimana orang tersebut dapat dikategorikan
Stunting	: Gangguan mental yang menyerang kondisi psikis seseorang yang ditandai dengan perubahan suasana perasaan yang sangat ekstrim berupa mania dan depresi (manic depressive)
Sphygmomanometer	: Alat yang digunakan untuk mengukur tekanan darah yang bekerja secara manual saat memompa maupun mengurangi tekanan pada manset dengan system non invasif
Biopsi	: Pemeriksaan terhadap organisme, organ, atau jaringan yang hidup
Etiologi	: Cabang ilmu kedokteran tentang sebab dan asal penyakit
Prakonsepsi	: Masa sebelum pencampuran antara inti sel betina (pembuahan benih)
Skinfold caliper	: Alat ukur ketebalan lemak
Skizofrenia	: Gangguan jiwa kronis yang ditandai dengan adanya gejala positif, gejala negatif, dan gejala kognitif
Anxietas	: Suatu perasaan yang tidak nyaman, khawatir disertai dengan gejala-gejala otonom, seperti sakit kepala, perspirasi, palpitasi, rasa tidak enak perut, atau kegelisahan motorik

DAFTAR PUSTAKA

- Ashar D, Ashila BI, Pramesa GN. 2019. Panduan Penanganan Perkara Penyandang Disabilitas Berhadapan Dengan Hukum. Masyarakat Pemantau Peradilan Indonesia Fakultas Hukum Universitas Indonesia (MaPPI FHUI) bekerjasama dengan Australia Indonesia Partnership for Justice 2 (AIPJ 2).
- Desti Murdijana, et al. 2019. Risalah Kebijakan Perempuan Dengan Disabilitas. Komnas Perempuan. ISBN 978-602-330-037-2
- Kemendes RI. 2017. Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi bagi Penyandang Disabilitas Usia Dewasa. Jakarta. Kemendes RI. ISBN 978-602-416-361-7
- Presiden RI. 2016. Undang-Undang RI Nomor 8 Tahun 2016 Tentang Penyandang Disabilitas. Jakarta
- Peraturan Menteri Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2017 Tentang Perlindungan Khusus Bagi Anak Penyandang Disabilitas.
- Desti Murdijana, et al. 2019. Risalah Kebijakan Perempuan Dengan Disabilitas, Apakah Kami Aseksual?. Jakarta. Komnas Perempuan

Bab 3

KONSEP KEBUTUHAN KHUSUS PADA PERMASALAHAN PSIKOLOGI

C. Pendahuluan

Siklus hidup yang dialami oleh seorang perempuan kerap menjadikan ibu dan anak berada di posisi yang rentan. Beban hidup dan kurangnya support system di lingkungan perempuan juga menjadi pemicu adanya gangguan baik fisik maupun mental. Penting bagi Bidan untuk memiliki kemampuan mengidentifikasi gangguan mental pada perempuan yang sering ditemui sehari-hari dalam konteks kebidanan, serta menentukan kebutuhan khusus pada permasalahan psikologis perempuan dan anak terkait kelainan mental, riwayat kehilangan dan kematian dan Kehamilan yang Tidak Diinginkan di siklus perempuan dan anak kondisi rentan sehingga bisa diselesaikan secara profesional.

D. Kebutuhan Khusus pada Permasalahan Psikologi

1. Gangguan Mental

World Health Organization (WHO) merilis laporan kesehatan ibu dan anak (Maternal Mental Health and Child Health Development) berdasarkan laporan penelitian yang dilakukan oleh Robertson, Celasun, dan Stewart (2003) tentang gangguan mental setelah melahirkan. Dalam panduan tersebut, prevalensi baby blues mencapai 30 – 75% dan prevalensi depresi cenderung lebih rendah yaitu 10 – 15%. Di Indonesia, penelitian yang dilakukan di area perkotaan di Surabaya dan Denpasar menunjukkan hasil bahwa prevalensi depresi keduanya lebih dari 20%. (Edwards, dkk., 2006; Dira & Wahyuni, 2016).

Depresi maternal merupakan gangguan mental yang dialami oleh wanita pada masa kehamilan dan pasca melahirkan (Center for Disease Control and Prevention, 2017).

Menurut Shidhaye dan Giri (2014), depresi maternal merupakan istilah yang digunakan pada seluruh spektrum kondisi depresif yang dapat berdampak kepada ibu (hingga 12 bulan setelah melahirkan) dan calon ibu. Kondisi depresif tersebut meliputi depresi prenatal, depresi postpartum dan psikosis postpartum.

Klasifikasi Gangguan Mental dalam Kehamilan

- a. Gangguan Psikotik
- b. Gangguan Suasana Perasaan (manik (bipolar), depresi, kecemasan, bipolar dan obsesif kompulsif). Diagnostic and Statistical Manual (DSM) V (American Psychiatric Association, 2016)

Gangguan jiwa yang dapat terjadi pada kehamilan antara lain:

- a. Gangguan afektif pada kehamilan
- b. Skizofrenia
- c. Gangguan cemas menyeluruh
- d. Gangguan panic

Tanda dan gejala:

- a. Menampakkan lebih banyak air mata dibandingkan senyum
- b. Kehilangan selera makan, nyaris tidak mau makan dan minum
- c. Jarang melakukan control kehamilan
- d. Tidak memberikan perhatian/ stimulus kepada janin yang dikandungnya
- e. Tidak tertarik mempersiapkan keperluan bayi yang akan dilahirkan.

Mengatasi Gangguan Mental dalam Kebidanan

Penatalaksanaan Depresi:

Cara menanggulangi depresi berbeda-beda sesuai dengan keadaan pasien, namun biasanya merupakan gabungan dari farmakoterapi dan psikoterapi atau konseling. Dukungan dari orang-orang terdekat serta dukungan spiritual juga sangat membantu dalam penyembuhan.

- a. Hendaknya dihadapi dengan sikap pengertian dan serius
- b. Bersikap optimis namun tetap menghibur diselingi dengan canda agar tidak memperbesar rasa rendah diri dan tidak mampu
- c. Terapi dan konsultasi dengan dokter menggunakan metode support group ataupun psikoterapi juga dapat dilaksanakan secara rutin.

2. Riwayat Kehilangan dan Kematian

Kehilangan adalah suatu situasi aktual maupun potensial yang dapat dialami individu ketika terjadi perubahan dalam hidup atau berpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada, baik sebagian ataupun keseluruhan. Tipe dari kehilangan salah satunya adalah kematian. Tipe kehilangan dapat mempengaruhi tingkat stress

Jenis-jenis kehilangan

- a. Kehilangan objek eksternal, kehilangan lingkungan yang dikenal, kehilangan sesuatu atau individu yang berarti, kehilangan suatu aspek diri, misalnya kehilangan anggota tubuh dan fungsi psikologis atau fisik dan kehilangan hidup, misalnya kehilangan karena kematian anggota keluarga, teman dekat.
- b. Kehilangan dapat menimbulkan Keduakaan
- c. Dukacita adalah proses dimana seseorang mengalami respon psikologis, sosial dan fisik terhadap kehilangan yang dipersepsikan.
- d. Respon ini dapat berupa keputusan, kesepian, ketidakberdayaan, kesedihan, rasa bersalah dan marah.
- e. Proses dukacita memiliki sifat yang mendalam, internal, menyedihkan dan berkepanjangan

Tahap berduka

Proses dukacita sebagai suatu proses yang melalui empat tahap,

- a. *Reeling* : klien mengalami syok, tidak percaya, atau menyangkal.

- b. Merasa (*feeling*): klien mengekspresikan penderitaan yang berat, rasa bersalah, kesedihan yang mendalam, kemarahan, kurang konsentrasi, gangguan tidur, perubahan nafsu makan, kelelahan, dan ketidaknyamanan fisik yang umum.
- c. Menghadapi (*dealing*) : klien mulai beradaptasi terhadap kehilangan dengan melibatkan diri dalam kelompok pendukung, terapi dukacita, membaca dan bimbingan spiritual.
- d. Pemulihan (*healing*) : klien mengintegrasikan kehilangan sebagai bagian kehidupan dan penderitaan yang akut berkurang. Pemulihan tidak berarti bahwa kehilangan tersebut dilupakan atau diterima.

Menghadapi Kehilangan dan Kematian bagi petugas Layanan Kesehatan

- a. Kedekatan emosional yang kuat, yang tercipta dalam hubungan yang bermakna tidak mudah dihilangkan, kehilangan akibat kematian orang yang dicintai merupakan krisis utama yang memiliki dampak sangat besar pada hidup individu.
- b. Setiap kehilangan dapat dianggap sebagai krisis personal, akan tepat jika petugas kesehatan menerapkan pemahaman tentang teori krisis dalam proses kebidanan.
- c. Mendukung dan membimbing klien dalam menjalani proses berduka yang sulit, ia harus mengamati dan mendengarkan petunjuk dari klien. Petunjuk tersebut mencakup petunjuk kognitif, emosional, spiritual, perilaku dan fisiologis.
- d. Petugas kesehatan harus menjadi pembimbing yang dapat dipercaya bagi klien, mempertahankan kehadirannya yang penuh perhatian, dan menyediakan lingkungan yang aman secara psikologis sehingga klien dapat mengungkapkan perasaannya.
- e. Mempertahankan kehadiran yang penuh perhatian dapat dilakukan dengan menggunakan bahasa tubuh terbuka seperti berdiri atau duduk dengan lengan ke

bawah dan berhadapan dengan klien serta mempertahankan kontak mata yang cukup, terutama ketika klien berbicara.

- f. Menciptakan lingkungan yang aman secara psikologis mencakup upaya menjamin kerahasiaan klien, berhenti memberikan nasihat tertentu, dan memberi klien kebebasan untuk mengungkapkan pikiran serta perasaannya tanpa merasa takut dihakimi.
- g. Mendorong klien merawat dirinya sendiri membantu klien melakukan coping. Bidan dapat menawarkan makanan tanpa memaksa klien untuk makan, menjaga makan, tidur cukup, olahraga, dan meluangkan waktu untuk aktivitas yang menyenangkan adalah cara yang dapat klien lakukan untuk merawat dirinya.
- h. Komunikasi dan keterampilan interpersonal adalah alat yang efektif

3. Kehamilan yang Tidak Diinginkan

Kehamilan yang tidak diinginkan adalah kehamilan yang dialami oleh seorang perempuan yang sebenarnya belum menginginkan hamil (KBI, 2012). Kehamilan yang tidak diinginkan merupakan suatu kondisi dimana pasangan tidak menghendaki adanya proses kelahiran akibat dari kehamilan, merupakan akibat dari perilaku seksual yang disengaja maupun yang tidak disengaja. Hal ini bisa dialami oleh pasangan yang sudah menikah maupun yang belum menikah.

WHO menyatakan kasus aborsi di Indonesia mencapai 750.000 sampai 1,5 juta terjadi di Indonesia, dimana 2.500 di antaranya berakhir dengan kematian. Angka aborsi di Indonesia diperkirakan mencapai 2,3 juta pertahun. Sekitar 750.000 diantaranya dilakukan oleh remaja. (Medical-Journal, Soetjningsih, 2004). Fakta kasus KTD di Bali : 88 % terjadi pada usia 10-24 tahun, 11,9% pada usia 21 th keatas. Angka kematian ibu meningkat menjadi 420/100.000 kelahiran hidup dari tahun sebelumnya (2007) yaitu 302/100.000 kelahiran hidup. Sebanyak 30 -50% disebabkan aborsi tidak

aman akibat kehamilan tidak diinginkan atau tidak direncanakan.

Kehamilan merupakan waktu transisi, yakni suatu masa antara kehidupan sebelum memiliki anak yang sekarang berada dalam kandungan dan kehidupan nanti setelah anak tersebut lahir. Perubahan status yang radikal ini dipertimbangkan sebagai suatu krisis disertai periode tertentu untuk menjalani proses persiapan psikologis yang secara normal sudah ada selama kehamilan dan mengalami puncaknya pada saat bayi lahir. Secara umum, semua emosi yang dirasakan oleh wanita hamil cukup labil. Ia dapat memiliki reaksi yang ekstrem dan suasana hatinya kerap berubah dengan cepat. Reaksi emosional dan persepsi mengenai kehidupan juga dapat mengalami perubahan. Ia menjadi sangat sensitif dan cenderung bereaksi berlebihan. Seorang wanita hamil akan lebih terbuka terhadap dirinya sendiri dan suka berbagi pengalaman kepada orang lain. Ia merenungkan mimpi tidurnya, angan-angannya, fantasinya, dan arti kata-katanya, objek, peristiwa, konsep abstrak, seperti kematian, kehidupan, keberhasilan, dan kebahagiaan. Ia dapat mengidentifikasi bentuk-bentuk fisik yang berhubungan erat dengan masa usia subur atau mencukupkan diri dengan kehidupan atau makanan. Selama kehamilan berlangsung, terdapat rangkaian proses psikologis khusus yang jelas, yang terkadang tampak berkaitan erat dengan perubahan biologis yang sedang terjadi.

1. Permasalahan pada Kehamilan yang Tidak Dikehendaki

a. Kalangan Remaja

Kehamilan yang tidak dikehendaki biasanya terjadi pada remaja akibat hubungan yang terlampau bebas, tetapi juga pada wanita yang telah menikah sebagai akibat dari kegagalan kontrasepsi dan penolakan pada jenis kelamin bayi yang ia kandung. Remaja bisa bilang kalau seks bebas pra nikah itu aman untuk dilakukan. Akan tetapi, bila remaja melihat, memahami ataupun merasakan akibat dari perilaku itu, ternyata hasilnya

lebih banyak merugikan. Salah satu resiko dari seks pranikah atau seks bebas itu adalah kehamilan yang tidak di harapkan (KTD). Kehamilan yang tidak di rencanakan sebelumnya bisa merampas "Kenikmatan" masa remaja yang seharusnya di nikmati oleh remaja laki-laki maupun perempuan. Walaupun kehamilan itu sendiri dirasakan langsung oleh perempuan, tetapi remaja pria juga akan merasakan dampaknya karena harus bertanggung jawab. Ada dua hal yang bisa dan biasa dilakukan remaja jika mengalami kehamilan tidak diinginkan (Kartini, 1992):

1) Mempertahankan Kehamilan

Semua dampak tersebut dapat membawa resiko baik fisik, psikis maupun sosial. Bila kehamilan dipertahankan resiko psikis yang timbul yaitu ada kemungkinan pihak perempuan menjadi ibu tunggal karena pasangan tidak mau menikahinya atau tidak mempertanggungjawabkan perbuatannya. Kalau mereka menikah, hal ini juga bisa mengakibatkan perkawinan bermasalah yang penuh konflik karena sama-sama belum dewasa dan belum siap memikul tanggung jawab sebagai orang tua. Selain itu, pasangan muda terutama pihak perempuan akan sangat di bebani oleh berbagai perasaan yang tidak nyaman, seperti dihantui rasa malu yang terus menerus, rendah diri, bersalah atau berdosa, depresi atau tertekan, pesimis dan lain-lain.

2) Mengakhiri Kehamilan (aborsi)

Bila kehamilan di akhiri bisa mengakibatkan dampak negative secara psikis. Oleh karena itu, pelaku aborsi sering kali mengalami perasaan-perasaan takut, panik, tertekan atau stress, trauma mengingat proses aborsi dan kesakitan, kecemasan karena rasa bersalah atau dosa akibat aborsi.

b. Wanita Dewasa atau Ibu Yang Sudah Menikah

Seorang ibu yang tidak menghendaki kehadiran anak disebabkan karena mereka merasa akan mengganggu

karimya karena akan membuatnya terikat atau karena ia sudah terlampau sibuk merawat anak-anak yang lain. Selain itu, mereka merasa tidak dapat membagi waktu antara kesibukan pekerjaan dengan merawat anak. Penyebab terjadinya kehamilan tidak diinginkan pada wanita atau ibu yang telah menikah antara lain karena kegagalan alat kontrasepsi yang dipakai.

10

2. Tanda dan Gejala Gangguan Psikologis pada Wanita dengan Kehamilan yang Tidak Dikehendaki

- a. Pada kehamilan yang tidak dikehendaki, wanita merasa bahwa janin yang dikandungnya bukanlah bagian dari dirinya dan berusaha untuk mengeluarkan dari tubuhnya melalui tindakan seperti aborsi.
- b. Beberapa wanita bersikap aktif-agresif mereka sangat marah dan dendam pada kekasih atau suaminya serta merasa sanggup menanggung konsekuensi dari tindakannya. Selain itu, calon bayinya dianggap sebagai beban dan malapetaka bagi dirinya.

3. Gambaran Psikologis Klien dengan Kehamilan yang Tidak Dikehendaki

Kehamilan, disamping memberi kebahagiaan yang luar biasa, juga sangat menekan jiwa sebagian besar wanita. Pada beberapa wanita dengan perasaan ambivalen mengenai kehamilan, stres mungkin meningkat. Respon terhadap stres mungkin dapat terlihat bervariasi yang tampak atau tidak tampak. Sebagai contoh, sebagian besar wanita mengkhawatirkan apakah bayinya normal.

Pada mereka yang memiliki janin dengan resiko tinggi untuk kelainan bawaan, stres meningkat. Selama kehamilan dan terutama mendekati akhir kehamilan, harus dibuat rencana untuk perawatan anak dan perubahan gaya hidup yang akan terjadi setelah kelahiran.

Pada sejumlah wanita, takut terhadap nyeri melahirkan sangat menekan jiwa. Pengalaman kehamilan mungkin dapat diubah oleh komplikasi medis dan obstetrik yang dapat terjadi.

Wanita dengan komplikasi kehamilan adalah dua kali cenderung memiliki ketakutan terhadap kelemahan bayi mereka atau menjadi depresi. Sebaiknya masalah mengenai kesehatan mental dibicarakan. Skrining penyakit mental sebaiknya dilakukan pada pemeriksaan prenatal pertama. Ini mencakup riwayat gangguan psikiatrik dahulu, termasuk rawat inap dan rawat jalan. Penilaian gangguan cemas dan mood dalam kehamilan mencakup pemeriksaan medis dasar yang sesuai dalam hal ini termasuk pemeriksaan darah lengkap, fungsi tiroid, ginjal dan hati. Disarankan juga pemeriksaan toksikologi urin.

Sehingga seringkali didapatkan gambaran kondisi psikologis pada pasien dengan kehamilan yang tidak diinginkan:

- a. Depresi: beban psikologis, ekonomi, tuntutan suami, pekerjaan.
- b. Stress, cemas: merasa rendah diri, malu: kerana telah hamil di luar nikah, membunuh janin dll
- c. Kurang percaya diri: tidak bisa mengambil keputusan,
- d. Perasaan dosa, ketakutan, bunuh diri: moral, agama
- e. Penyalahgunaan obat terlarang
- f. Kekerasan dalam rumah tangga, penelantaran anak pada ibu dengan riwayat aborsi

4. Efek Buruk Kehamilan Tidak Diinginkan

Kehamilan yang tidak diinginkan selalu berakhir dengan aborsi tidak aman dan melalui rangkaian:

- a. Minum jamu
- b. Minum obat
- c. Dipijit kedukun pijat
- d. Makan makanan tertentu / minum
- e. Ke Klinik illegal
- f. Memiliki anak yang tidak sehat/ cacat
- g. Meninggal akibat perdarahan
- h. Keguguran pada kehamilan berikutnya
- i. Kelahiran premature atau plasenta previa pada kehamilan berikutnya

- j. Selain itu juga berisiko hilangnya kesempatan untuk mendapat pendidikan formal.
 - k. Adanya potensi kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) dan penelantaran anak juga telah menjadi isu akibat dari aborsi.
5. Peran Bidan untuk Mengurangi Kasus Kehamilan Tidak Diinginkan
- a. Memberikan pendidikan kesehatan reproduksi di sekolah
 - b. Dukungan keluarga dengan cara berkomunikasi yang baik dengan anak sehingga dapat menanamkan tentang kesehatan reproduksi
 - c. Perlunya lembaga di masyarakat yang mengayomi kebutuhan remaja akan hak reproduksinya, contohnya klinik remaja
 - d. Adanya dukungan pemerintah meliputi penyuluhan dari BKKBN bekerja sama dengan LSM yang bergerak dibidang ini
 - e. Adanya tanggung jawab bersama dalam melindungi kesehatan reproduksi di keluarga
 - f. Adanya kesediaan di layanan bidan praktik untuk memberikan informasi yang jelas dan akurat.

16

6. Pengelolaan Gangguan Psikologis pada Kehamilan yang Tidak Diinginkan

Penanganan dalam permasalahan ini tidak jauh berbeda dengan penanganan pada kehamilan di luar nikah. Perbedaannya hanya pada teknik konselingnya, karena kehamilan ini terjadi pada wanita yang telah menikah yaitu dengan konseling pasangan.

Peran konseling menjadi penting karena berguna untuk:

- a. Membantu memecahkan masalah
- b. Meningkatkan fungsi kepribadian orang yang dibantu/klien (Aktualisasi diri, kesadaran diri, kapasitas diri)

- c. Meningkatkan akses informasi mengenai kesehatan reproduksi.
- d. Meningkatkan tanggung jawab pribadi terhadap kesehatan reproduksi
- e. Menghindari dampak psikologis yang terjadi
- f. Konseling humanistic, individu berhak menentukan keputusannya sendiri dan tiap manusia adalah baik. (Rogers, 1971)
- g. Perlu empati, merasakan Bersama, berpikir dan usaha Bersama klien dan konselor
- h. *Positive regard (acceptance)* menghargai klien dg segala kondisi & keberadaannya
- i. *Congruence (genuineness)* kondisi transparan dalam hubungan terapeutik

Glosarium

Aborsi	:	Tindakan menggugurkan kandungan untuk mengakhiri kehamilan
Anemia	:	Kekurangan kadar hemoglobin di dalam darah
Depresi	:	gangguan suasana hati (mood) yang ditandai dengan perasaan sedih yang mendalam dan rasa tidak peduli.
Empati	:	Kemampuan untuk memahami apa yang dirasakan orang lain, melihat dari sudut pandang orang lain, dan membayangkan diri sendiri berada di posisi orang tersebut.
Grandemultipara	:	Wanita yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih
Holistik	:	Secara keseluruhan (melihat manusia sebagai satu kesatuan fenomena bio-sosial)
Komprehensif	:	Lengkap
KTD	:	Kehamilan tidak diinginkan/ diharapkan
Preventif	:	Pencegahan supaya tidak terjadi hal yang tidak diinginkan.
Primigravida	:	Wanita yang pertama kali hamil
Skizofrenia	:	Gangguan kejiwaan kronis ketika pengidapnya mengalami halusinasi, delusi, kekacauan dalam berpikir, dan perubahan sikap. Umumnya, pengidap skizofrenia mengalami gejala psikosis, yaitu kesulitan membedakan antara kenyataan dengan pikiran pada diri sendiri.

DAFTAR PUSTAKA

- 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. [Google Scholar]
- Daradjat, Z. (1996). *Kesehatan Mental*. Jakarta: PT Toko Gunung Agung.
- Departemen Kesehatan. Psikososial.<http://www.depkes.go.id/downloads/PDF>, diunduh tanggal 2 Juni 2021 jam 19.23 WIB
- Desmita. (2010). *Psikologi Perkembangan*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Dira, I. K. P. A., & Wahyuni, A. A. S. (2016). *Prevalensi dan faktor risiko depresi postpartum di Kota Denpasar menggunakan Edinburgh Postnatal Depression*. E-jurnal medika, 5(7), 1-5.
- El-Quussy, Abdul „Aziz. *Pokok-pokok Kesehatan Jiwa/Mental*, Alih Bahasa: Zakiah Daradjat. Jakarta: Bulan Bintang, t.t
- Fraser, D. M., & Cooper, M. A. (2009). *Myles' Textbook for Midwives* (15th edit). Elsevier.
- Gerungan, W. A. (2010). *Psikologi Sosial*. Bandung: Refika Aditama.
- Ghozali, Abdul Moqsit dkk. (2002). *Tubuh, Seksualitas dan Kedaulatan Perempuan*. Jakarta: Rahima.
- ICM. (2014). Philosophy and Model of Midwifery Care. *Strengthening Midwifery Globally*, 1–4. <http://www.internationalmidwives.org>
- Kahmad, Dadang. (2000). *Metode Penelitian Agama: Perspektif Ilmu perbandingan Agama*. Bandung: CV. Pustaka Setia.
- Kartono, Kartini. (2000). *Hygiene Mental*. Bandung: CV. Mandar Maju.
- Kartono, Kartini. (2010). *Patologi Sosial 3: Gangguan-gangguan Kejiwaan*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.
- Keely Boyle K, Rachala S, Nodzo SR. Centers for Disease Control and Prevention 2017 Guidelines for Prevention of Surgical Site Infections: Review and Relevant Recommendations. *Curr Rev Musculoskelet Med*. 2018 Sep;11(3):357-369. doi:

10.1007/s12178-018-9498-8. PMID: 29909445; PMCID: PMC6105476.

Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004 Jul-Aug;26(4):289-95. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2004.02.006. PMID: 15234824.

Shidhaye P, Giri P. Maternal depression: a hidden burden in developing countries. *Ann Med Health Sci Res*. 2014 Jul;4(4):463-5. doi: 10.4103/2141-9248.139268. PMID: 25221688; PMCID: PMC4160664.

Bab 4

KONSEP KEBUTUHAN KHUSUS PADA PERMASALAHAN GEOGRAFI

Kelompok rentan merupakan masyarakat yang memiliki keterbatasan dalam menikmati kehidupan yang layak. Faktor aksesibilitas terhadap sumber-sumber pemenuhan kesejahteraan sosial merupakan salah satu hal baik sebagai penyebab juga menjadi akibat. Memetakan populasi dan kondisi kelompok rentan secara tepat dan partisipatif merupakan awal dalam menentukan kegiatan dalam rangka penanganan untuk membentuk kelompok.

Perempuan dan anak merupakan kelompok yang rentan terhadap kejahatan yang perlu dilindungi. Anak merupakan bagian integral dari kelangsungan hidup manusia dan keberlangsungan bangsa dan negara. Dinyatakan dengan jelas bahwa anak memiliki peran strategis dan negara menjamin kelangsungan hidup, tumbuh kembang dan hak-hak semua anak serta perlindungannya dari kekerasan dan diskriminasi. Oleh karena itu, kesejahteraan anak harus hidup sebagai kelangsungan hidup yang terbaik. Kepentingan umat manusia

Kerentanan adalah suatu keadaan atau kondisi lingkungan dari suatu komunitas atau masyarakat yang mengarah atau menyebabkan ketidakmampuan dalam menghadapi ancaman bencana. Tercantum dalam Pasal 5 ayat (3) Undang-Undang No.39 Tahun 1999 yang menyatakan bahwa setiap orang yang termasuk kelompok masyarakat yang rentan berhak memperoleh perlakuan dan perlindungan lebih berkenaan dengan kekhususannya. Dalam penjelasan pasal tersebut, yang dimaksud dengan kelompok rentan adalah orang lanjut usia, anak-anak, fakir miskin, wanita hamil, dan penyandang cacat (Hoesin, n.d.). Anak-anak merupakan salah satu kelompok rentan karena usia dan fisik mereka yang masih tergolong lemah. Anak-anak pada usianya juga belum dapat memutuskan tindakan yang tepat untuk dilakukan saat terjadi bencana secara mandiri. Hal ini menyebabkan anak-anak sangat rentan terdampak apabila terjadi bencana.

Secara geografis kepulauan Indonesia merupakan daerah yang rawan bencana karena termasuk dalam wilayah Pacific Ring of Fire (deretan gunung berapi Pasifik) yang bentuknya melengkung dari utara Pulau Sumatera - Jawa - Nusa Tenggara hingga ke Sulawesi Utara. Kepulauan Indonesia juga terletak di pertemuan dua lempeng tektonik dunia dan dipengaruhi oleh 3 gerakan, yaitu Gerakan Sistem Sunda di bagian barat, Gerakan Sistem pinggiran Asia Timur dan Gerakan Sirkum Australia (<http://www.walhi.or.id>). Kedua faktor tersebut menyebabkan Indonesia rentan terhadap bencana. Maka dalam kurun waktu lima tahun, 1998 - 2004 terjadi 1.150 kali bencana. Kesadaran tentang potensi bencana di Indonesia dan fakta ilmiah di sekitar bencana yang menimpa negara ini menjadi alasan utama perlunya dilakukan usaha - usaha penanganan yang tepat. Peran aktif semua pihak yang terkait merupakan sikap terbaik yang diperlukan untuk menanggulangi masalah ini.

Sebaran daerah rawan bencana gempa bumi dan tsunami di Indonesia hampir semuanya berada pada daerah yang tingkat populasinya sangat padat. Daerah-daerah ini sering merupakan pusat aktivitas, sumber pendapatan masyarakat dan negara, serta menjadi pusat pencurahan dana pembangunan.

Tingkat kerentanan fisik (infrastruktur) menggambarkan perkiraan tingkat kerusakan terhadap fisik (infrastruktur) bila ada faktor berbahaya (hazard) tertentu, Kerentanan sosial menunjukkan perkiraan tingkat kerentanan terhadap keselamatan jiwa/kesehatan penduduk apabila ada bahaya, Dari beberapa indikator antara lain kepadatan penduduk, laju pertumbuhan penduduk, persentase penduduk usia tua-balita dan penduduk wanita, maka letak geografis sangat berpengaruh terhadap kebutuhan dari kelompok rentan terhadap resiko kesehatan yang ada.

Kebutuhan khusus pada permasalahan geografis dengan lingkungan dataran tinggi dan rendah

1. Dataran Rendah

Dataran rendah adalah hamparan luas tanah dengan tingkat ketinggian yang diukur dari permukaan laut adalah relatif rendah (sampai dengan 200 mdpl). Istilah ini diterapkan pada kawasan

manapun dengan hamparan yang luas dan relatif datar yang mana berlawanan dengan dataran tinggi.

Suhu udara di dataran rendah, khususnya untuk wilayah Indonesia berkisar antara 23⁰C sampai dengan 28⁰C sepanjang tahun. Kondisi wilayah yang datar memudahkan manusia untuk beraktivitas dalam menjalankan kehidupannya. Di Indonesia daerah dataran rendah merupakan daerah yang penuh dengan kedinamisan dan kegiatan penduduk yang sangat beragam.

Sebagian besar penduduk lebih memilih bertempat tinggal di dataran rendah. Terlebih wilayah ini memiliki sumber air yang cukup. Daerah dataran rendah cocok dijadikan wilayah pertanian, perkebunan peternakan, kegiatan, industri, dan sentra Lokasi yang datar, menyebabkan pengembangan daerah dapat dilakukan seluas mungkin. Keanekaragaman aktivitas penduduk ini menunjukkan adanya heterogenitas mata pencaharian penduduk. Petani, pedagang, buruh, dan pegawai kantor adalah beberapa contoh mata pencaharian 10 penduduk daerah dataran rendah. Adapun ciri dataran rendah diantaranya adalah:

- a. Tanahnya relatif datar, memiliki ketinggian kurang dari 200 meter di atas permukaan laut.
- b. Tanah biasanya ditemukan disekitar pantai, tetapi ada juga yang ditemukan di daerah pedalaman.
- c. Terjadinya akibat proses sedimentasi. dan di Indonesia sendiri dataran rendah dapat terjadi akibat sedimentasi sungai.
- d. Tanahnya lebih subur dan banyak ditempati penduduk jika dibandingkan dengan daerah pegunungan.
- e. Memiliki tekanan udara yang lebih tinggi dari pada daerah pegunungan. Kebutuhan khusus pada penduduk di daerah dataran rendah dapat berupa: Pakaian yang tipis atau berbahan baku dari kain yang tipis yang tidak panas , karena suhu di daerah ini cenderung panas. Rumah di dataran rendah juga dibuat banyak ventilasinya dan atap dibuat dari genting tanah untuk mengurangi suhu yang panas. Makanan yang dikonsumsi lebih banyak jenis makanan yang mengandung air meskipun zat gizi yang lain juga harus terpenuhi seperti sayur dan buah. Kebutuhan cairan juga meningkat dibandingkan dengan penduduk di daerah dataran tinggi.

2. Dataran Tinggi

Wilayah Indonesia yang berada di dataran tinggi ini memiliki daerah pegunungan yang memanjang. Dataran yang bergelombang, dengan banyak pegunungan dan perbukitan, menandakan bahwa Indonesia memiliki tanah vulkanik yang subur, udara yang sejuk dan alam yang asri. Dataran tinggi biasanya digunakan sebagai daerah resapan air hujan. Selain untuk menutupi kebutuhan air tanah di daerah sekitarnya, daerah tangkapan air hujan di daerah yang lebih rendah dapat mencegah banjir.

Dataran tinggi yang ditumbuhi pepohonan besar dan kondisi hutan yang terjaga kelestariannya untuk mencegah erosi, dimanfaatkan sebagai suaka margasatwa, cagar alam, bahkan tempat wisata. Di dataran tinggi, suhu jauh lebih rendah daripada di dataran rendah dan pantai. Kelembaban dan curah hujan juga cukup tinggi

Adapun ciri-ciri dataran tinggi diantaranya adalah:

- a. Beriklim sejuk
- b. Pertanian dibuat terasering
- c. Memiliki udara yang kering
- d. Jarang turun hujan
- e. Memiliki amplitudo
- f. Memiliki kelembapan udara terukur sangat rendah

Kebutuhan khusus pada penduduk di daerah dataran rendah biasanya berupa:

- a. Untuk menghangatkan tubuhnya mereka banyak mengonsumsi makanan yang hangat.
- b. Untuk menghangatkan tubuhnya penduduk di dataran tinggi lebih tertutup dalam cara berpakaian.
- c. Bentuk rumah yang berbeda dengan daerah pantai, rumah di daerah ini berventilasi sedikit dan atapnya terbuat dari seng.
- d. Ventilasi yang sedikit mengakibatkan udara dingin tidak masuk ke dalam rumah. Atap terbuat dari seng agar panas matahari yang diterima dapat disimpan dan dapat menghangatkan bagian dalamnya.
- e. Konsumsi iodium dalam jumlah yang cukup, karena di dataran tinggi kejadian gondok mencapai 30.3 % menurut Untoro dibanding di dataran rendah hanya 7.0%.

- f. Pemberian vitamin A yang rutin pada bayi dan balita untuk mengurangi kejadian GAKY (Gangguan Akibat Kekurangan Yodium).

Glosarium

Aksesibilitas	: Fasilitas yang disediakan untuk semua orang dengan tujuan mewujudkan kesamaan kesempatan dalam segala aspek kehidupan
Heterogenitas	: Keanekaragaman
Sedimentasi	: Proses pengendapan material hasil erosi di tempat tertentu
Amplitudo	: Jarak terjauh dalam gelombang

DAFTAR PUSTAKA

Humaedi, S., Wibowo, B., & Raharjo, S. T. (2020). KELOMPOK RENTAN DAN KEBUTUHANNYA (Sebuah Kajian Hasil Pemetaan Sosial CSR PT Indonesia Power UPJP Kamojang). *Share: Social Work Journal*, 10(1), 61-72.

<https://news.unika.ac.id/2021/01/prioritaskan-kelompok-rentandalam-mitigasi-bencana>

Bab 5

ASUHAN KEBIDANAN PADA PEREMPUAN DAN ANAK DENGAN KONDISI RENTAN UNTUK PRODI S1 KEBIDANAN

C. Pendahuluan

Rentan Menurut KBBI rentan adalah mudah terkena, mudah merasa, atau peka Kerentanan (*vulnerability*) adalah rangkaian kondisi yang menentukan apakah bahaya (baik bahaya alam maupun bhaya buatan) yang terjadi dapat menimbulkan bencana (*disaster*) atau tidak. Kelompok masyarakat berisiko tinggi, karena berada dalam situasi dan kondisi yang kurang memiliki kemampuan mempersiapkan diri dalam menghadapi risiko bencana atau ancaman bencana. Penekanan pada "berisiko tinggi" karena kelompok jenis ini akan menanggung dampak terbesar dari munculnya risiko bencana atau akan terdampak oleh sebuah ancaman bencana dibanding kelompok masyarakat lain.

Jenis-jenis kerentanan dapat berupa: Kerentanan fisik: bangunan, fisik individu. Kerentanan sosial: kemiskinan, lingkungan, konflik, tingkat pertumbuhan yang tinggi, anak-anak dan wanita, lansia, dan stigma. Kerentanan mental: ketidaktahuan, tidak menyadari, kurangnya percaya diri, memiliki tantangan kesehatan mental, dan lainnya. Kelompok rentan, diantaranya: difabel perempuan, anak-anak, lansia.

Perempuan sebagian besar perempuan telah lama hidup dalam situasi dan sistem sosial patriarki, di mana mereka yang berjenis kelamin laki-laki dianggap super dan memperoleh perlakuan istimewa dengan meminggirkan kaum perempuan. Dalam jangka panjang, perempuan telah mengalami marginalisasi, bukan hanya oleh tradisi tertentu di setiap masyarakat, tetapi juga kebijakan-kebijakan politik. Ibu Hamil dan

Menyusui. Secara lebih khusus di kalangan perempuan, ibu hamil dan ibu menyusui, memiliki resiko lebih besar lagi, karena dia bukan hanya hidup sendiri, tetapi juga membawa anak yang dikandung dan disusui itu. Peningkatan asupan gizi yang seimbang diperlukan untuk menjamin kelayakan hidup keduanya, sang ibu dan anak.

Perempuan Sementara itu perempuan masih jadi kelompok rentan kekerasan seksual di Indonesia. Survei Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KPPA) menunjukkan, satu dari tiga perempuan berusia 15-64 tahun pernah mengalami kekerasan fisik dan/atau seksual.

Anak-anak Kondisi lingkungan yang baik, sehat, dan terjamin atas rasa aman dari segala bentuk ancaman ketakutan merupakan kondisi ideal bagi setiap orang, tak terkecuali untuk anak-anak. Anak adalah setiap individu yang dikategorikan karena ia berusia di bawah 18 tahun, termasuk pula yang masih berada dalam kandungan. Menciptakan kondisi ideal bagi anak merupakan suatu hal yang penting karena perilaku dan karakter seseorang mulai dibentuk sejak ia kecil atau saat ia masih dikategorikan sebagai anak-anak. Di dalam proses perkembangan yang terjadi pada seorang anak meliputi pengetahuan dan pengalaman yang juga dialami dan diterima selama masa kanak-kanaknya, yang lama kelamaan seiring berjalannya waktu memungkinkan akan mempengaruhi tumbuh dan kembangnya hingga ia beranjak menjadi manusia dewasa (Singgih D. Gunarsa, 2008).

D. Konsep Kebutuhan Khusus pada Permasalahan Ekonomi

1. Kemiskinan

Dua dekade terakhir sebagai masa transisi dari orde baru ke orde reformasi dan pada masa reformasi ini, kekerasan terhadap perempuan tidak menunjukkan angka yang semakin menurun, namun justru semakin berkembang. Pada orde baru, tidak banyak bahkan dapat dihitung jari jumlah organisasi perempuan yang bisa tumbuh di Indonesia pada isu demokrasi, dan hukum. Termasuk organisasi perlindungan perempuan dan anak. Keberadaannya sangat

sedikit, begitu pula dengan lembaga bantuan hukum yang membela masyarakat miskin.

Problematika yang terjadi pada perempuan dalam bidang kekerasan semakin meningkat secara jumlah dan semakin pula beragam bentuknya hingga meningkat frekuensinya dalam suatu waktu. Bentuk kekerasan tidak hanya kekerasan dalam rumah tangga, namun juga kekerasan di ranah publik, kekerasan ditempat kerja, kekerasan seksual yang dapat terjadi dimana saja, hingga kekerasan secara massal. Pada kekerasan seksual, selama ini dikenal dengan pemerkosaan dan pencabulan. Terdapat perluasan bentuk pencabulan, tidak hanya upaya pemaksaan perbuatan seksual yang merupakan tindakan asusila, namun juga beragam bentuk lainnya yang sangat intimidatif dan merugikan korban (Wiwik, 2020).

Bentuk problematika perempuan tentang lapangan kerja yang semakin sempit karena suburnya industrialisasi. Termasuk pula kebutuhan tenaga kerja yang mudah, murah dari negara berkembang. Hal ini mengkondisikan perempuan menjadi TKW. Problematika TKW yang sangat komplisit mulai dari penganiayaan, penelantaran, tidak dibayar, hingga hilangnya nyawa (Wiwik, 2020).

Perempuan, Dalam hal pelayanan publik, kebanyakan perempuan di Indonesia juga masih mengalami situasi yang sama sekali tidak menggembirakan. Salah satu yang mendasar adalah mengenai pelayanan kesehatan terhadap perempuan di Indonesia. Indikator yang paling jelas mengenai hal ini adalah mengenai Angka Kematian Ibu (AKI) ketika melahirkan. AKI di Indonesia terlihat belum menunjukkan tanda-tanda penurunan secara berarti selama 10 tahun terakhir ini. Adapun data survei terakhir menyebutkan bahwa angka kematian ibu mencapai 307/100 ribu (SDKI, 2003). Uraian di atas ini memperlihatkan beberapa gambaran dari situasi kemiskinan yang dihadapi perempuan (Edriana, 2006).

Aset produktif berupa tanah, rumah, dan aset produktif lainnya sebagian besar dikuasai oleh laki-laki. Keterbatasan

akses perempuan terhadap sumber produksi atau aset produktif seperti tanah atau rumah misalnya, juga menentukan ada tidaknya akses perempuan ke modal atau kredit. Karena aset produktif dikuasai oleh laki-laki, apabila perempuan ingin melakukan kegiatan ekonomi berkaitan dengan aset tersebut, harus mendapat izin dari suaminya terlebih dahulu. Hal ini berhubungan dengan pengambilan keputusan atau kontrol produksi yang didominasi oleh laki-laki. Dengan keterbatasan penguasaan akan aset produksi, maka perempuan juga sangat terbatas aksesnya ke kredit (karena tidak memiliki jaminan) sehingga ini berakibat pada keterbatasan perempuan dalam mengembangkan usahanya. Hal ini juga berdampak buruk bagi perempuan korban kekerasan yang merasa takut untuk berpisah atau bercerai dari suaminya karena ketergantungan ekonomi dan tidak mempunyai harta atau aset yang dapat dijadikan modal ketika hidup tanpa suami (Edriana, 2006).

Banyak perempuan (terutama di pedesaan) yang tidak memiliki aset produksi dan keterampilan untuk bekerja di sektor formal akhirnya harus mengadu nasib di sektor informal, antara lain dengan menjadi TKW. TKW (Tenaga Kerja Wanita, sebutan bagi perempuan yang menjadi pembantu rumah tangga di negara lain) adalah salah satu contoh bagaimana perempuan miskin yang bekerja di sektor yang bersifat informal, seperti pembantu rumah tangga, sulit mendapatkan akses terhadap perlindungan hukum yang memadai. Sering kita lihat dan dengar sendiri penderitaan yang dialami para TKW melalui media massa cetak dan elektronik yang memunculkan diskursus mengenai eksploitasi negara terhadap perempuan pekerja migran dan pelanggaran hak-hak mereka. Padahal, selain menempuh resiko tinggi bekerja di negara asing tanpa perlindungan hukum yang memadai, para TKW masih pula dihantui oleh kecemasan bahwa suami yang ditinggalkan akan kawin lagi, suami akan menghabiskan uang di meja judi, dan kedua hal tersebut membuat anak yang ditinggalkan menjadi tidak terurus (Edriana, 2006).

Alokasi waktu atau jam kerja perempuan lebih panjang dibandingkan laki-laki, tetapi secara ekonomi penghasilan laki-laki lebih tinggi dari perempuan. Hal ini terjadi karena perempuan bertanggung jawab atas pekerjaan produktif, reproduktif dan fungsi-fungsi sosial di komunitas. Perempuan selalu melakukan ketiga tanggung jawab tersebut secara bersamaan, sedangkan laki-laki hanya bertanggung jawab pada pekerjaan produktif saja. Banyak perempuan yang berpendidikan setara dengan laki-laki tapi harus merelakan kehilangan kesempatan bekerja karena harus bertanggung jawab pada pekerjaan domestik. Dalam bidang ekonomi, pekerjaan produktif yang dikerjakan oleh laki-laki dianggap sebagai "pekerjaan" karena dibayar dan menghasilkan materi (uang) dan memiliki jam kerja yang jelas. Sementara itu, pekerjaan domestik yang dilakukan oleh perempuan tidak dikatakan sebagai pekerjaan karena tidak dibayar dan tidak menghasilkan materi, serta memiliki jam kerja yang tidak terbatas karena dikerjakan sepanjang waktu. Alokasi waktu yang tidak seimbang antara perempuan dan laki-laki ini adalah proses kemiskinan bagi kaum perempuan (Edriana, 2006).

Akses pendidikan yang mudah tentu sangat diharapkan oleh warga Indonesia. Namun, tidak demikian bagi perempuan yang mana akses untuk mendapat pendidikan masih sangat kurang. Perempuan masih terbelenggu dalam persepsi sebagian masyarakat bahwa mereka cukup mengurus rumah dan keluarga. Sehingga, pendidikan yang tinggi seolah kurang perlu bagi perempuan dan hanya lebih diperlukan bagi laki-laki sebagai modal untuk memasuki dunia kerja yang produktif. Bahkan, di daerah pedesaan para orangtua cenderung lebih memilih untuk menikahkan anak perempuan mereka yang masih muda daripada harus melanjutkan sekolah mereka (Badan Pusat Statistik, 2018).

2. Anak Banyak

Pengaruh jumlah anak terhadap keadaan ekonomi keluarga hasil hipotesis satu menunjukkan bahwa variabel jumlah anak berpengaruh terhadap keadaan ekonomi keluarga. Level Model Summary Model R R Square Adjusted R Square Std. Error of the Estimate 1 .952a .906 .901 .76185 a. Predictors: (Constant), pola konsumsi, jumlah anak signifikansi variabel jumlah anak (X1) adalah sebesar 0,000 hal ini berarti lebih kecil dari 0,05. Nilai t hitung > t tabel (18,698 > 1,682). Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa jumlah anak berpengaruh terhadap keadaan ekonomi keluarga. Koefisien regresi variabel jumlah anak (X1) sebesar 0,995 memberikan arti bahwa jumlah anak berpengaruh terhadap keadaan ekonomi keluarga. Semakin sedikit anak maka semakin baik ekonomi sebuah keluarga (UNICEF, 2020).

Kemiskinan dari segi pendapatan Menurut data tahun 2018, sekitar 12 persen anak Indonesia hidup di bawah garis kemiskinan dibandingkan dengan hanya 9,8 persen populasi miskin secara umum. Kemiskinan dari segi pendapatan paling banyak dialami anak-anak usia lebih muda dan secara bertahap menurun seiring anak bertambah usia. Perlu disampaikan bahwa proporsi anak Indonesia yang rentan mengalami kemiskinan sangat besar, mengingat banyak keluarga yang pendapatannya hanya sedikit di atas garis kemiskinan resmi. Dari segi pendapatan, sepertiga anak dapat dikatakan 'miskin ekstrem' (tahun 2016, sekitar 7% hidup dengan pengeluaran kurang dari US\$1,90) atau 'miskin sedang' (26% hidup dengan pengeluaran antara US\$1,90–US\$3,1). Perlu diperhatikan bahwa kemiskinan dari segi pendapatan tidak bersifat tetap maupun stabil termasuk bagi anak dan keluarga yang pendapatannya sudah membaik untuk sementara waktu. Banyak anak Indonesia yang mengalami kemiskinan selama periode waktu tertentu dan keberadaan mereka bisa jadi tidak terungkap dalam data agregat. Sebagai contoh: antara tahun 2011 dan 2015, 26 persen anak mengalami minimal satu tahun hidup di bawah

garis kemiskinan nasional, atau dua kali lipat lebih tinggi dibandingkan dengan angka tahun 2016 (UNICEF, 2020).

Terdapat faktor lain yang mempertajam ketimpangan pada kelompok anak, seperti kesenjangan antar provinsi yang signifikan. Angka kemiskinan di DKI Jakarta, misalnya, adalah yang terendah (3,8%), sementara kemiskinan di Papua jauh lebih tinggi (27,8%) Tidak mengejutkan bahwa kemiskinan anak mencerminkan kesenjangan antar daerah ini. DKI Jakarta, hanya 6% anak yang hidup di bawah garis kemiskinan nasional; di Papua, kemiskinan dialami 35% anak. 16 Provinsi di kawasan timur Indonesia lebih terdampak kemiskinan dibandingkan kawasan barat dan tengah: secara rata-rata, angka kemiskinan di lima provinsi termiskin di kawasan timur adalah 18 persen lebih tinggi dibandingkan di lima provinsi terkaya di Indonesia (UNICEF, 2020).

Gender adalah faktor penting lain yang sangat erat kaitannya dengan kondisi ketimpangan di Indonesia. Meskipun tingkat kemiskinan antara anak lelaki dan perempuan tidak jauh berbeda, kemiskinan yang dialami anak dari keluarga dengan kepala keluarga perempuan adalah 34 persen lebih tinggi dibandingkan anak dari keluarga dengan kepala keluarga lelaki. Tak jauh berbeda, anak dari rumah tangga beranggota banyak atau dengan kepala keluarga yang pendidikan formalnya terbatas juga secara khusus rentan terhadap kemiskinan, baik dari segi pendapatan maupun kemiskinan multidimensi. Anak yang sumber pendapatan keluarganya adalah bidang pertanian lebih rentan dibandingkan anak lain secara umum, sementara anak dengan disabilitas adalah kelompok yang paling terdampak oleh kemiskinan dan deprivasi.

Faktor-faktor yang mempengaruhi kemiskinan anak amat penting untuk dipahami agar intervensi yang efektif untuk melawan kemiskinan dan ketimpangan dapat dibuat. Berfokus pada kemiskinan usia dini dan remaja sangat penting untuk dilakukan. Kemiskinan pada usia dini membentuk fondasi yang memerangkap anak dalam kondisi miskin dan kemiskinan semasa remaja melanggengkan

perangkap itu membentuk dasar bagi pewarisan kemiskinan kepada generasi selanjutnya. Agar kemiskinan semasa kanak-kanak dapat diatasi, dibutuhkan investasi untuk layanan kesehatan primer dan pendidikan bagi keluarga yang bisa jadi tidak mampu memastikan pertumbuhan anak hingga masa remaja. Agar kemiskinan masa remaja dapat diatasi, diperlukan investasi untuk memungkinkan mobilitas sosial dan ekonomi; remaja perlu didukung agar mereka dapat bertransisi dengan baik ke masa dewasa awal (UNICEF, 2020).

Glosarium

PKH	: Program Keluarga Harapan.
PKSA	: Program Kesejahteraan Sosial Anak
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
STBM	: Sanitasi Total Berbasis Masyarakat
SUPAS	: Survei Penduduk Antar Sensus
SUSENAS	: Survei Sosial Ekonomi Nasional
WASH	: <i>Water, Sanitation and Hygiene</i> (Air, Sanitasi, Kebersihan)
WHO	: <i>World Health Organization</i> (Organisasi Kesehatan Dunia)

DAFTAR PUSTAKA

- Afifah, Wiwik. 2020. *Bantuan Hukum Kelompok Rentan*. *Jurnal Ilmu Hukum* 116 (1), 123-138. Diakses pada 6 November 2021. https://www.researchgate.net/publication/340181373_BANTUAN_HUKUM_KELOMPOK_RENTAN
- Maulana, Ibnu Abdi. 2013. *"ANALISIS PENGARUH KETERAMPILAN, JUMLAH TANGGUNGAN KELUARGA, PENDAPATAN DAN PENDIDIKAN TERHADAP KELUARGA MISKIN DI DESA SUMBERGONDO KECAMATAN GLENMORE KABUPATEN BANYUWANGI"*. Skripsi. Fakultas Ekonomi. Jurusan Ekonomi dan Studi Pembangunan. Jember: Universitas Jember. Diakses pada 7 November 2021. <http://repository.unej.ac.id/handle/123456789/5674>
- Noerdin, Edriana, dkk. 2006. *Potret Kemiskinan Perempuan*. Jakarta: Women Research Institute. Diakses pada 6 November 2021. <https://media.neliti.com/media/publications/45071-ID-potret-kemiskinan-perempuan.pdf>
- United Nation Children's Fund. 2020. *Situasi Anak di Indonesia - Tren, Peluang, dan Tantangan Dalam Memenuhi Hak-Hak Anak*. Jakarta: UNICEF Indonesia. Diakses pada 7 November 2021. <https://www.unicef.org/indonesia/id/laporan/situasi-anak-di-indonesia-2020>
- Yanti, Rita. 2019. *"Pengaruh Jumlah Anak dan Pola Konsumsi Terhadap Keadaan Ekonomi Keluarga"*. Skripsi. Fakultas Ekonomi dan Bisnis Islam. Jurusan Ekonomi Syariah. Jambi: UIN Sulthan Thaha Saifuddin Jambi. Diakses pada 7 November 2021. <http://repository.uinjambi.ac.id/1607/>

Bab 6

KONSEP KEBUTUHAN KHUSUS PADA PERMASALAHAN SOSIAL

C. Pendahuluan

Manusia diciptakan oleh Tuhan dengan sebaik-baik bentuk, tak terkecuali bagi sebagian yang terlahir dengan keadaan spesial atau anak berkebutuhan khusus dan perempuan yang dalam kehidupannya mengalami berbagai permasalahan sosial. Untuk itu pemerintah melakukan berbagai upaya terkait masalah tersebut, salah satunya adalah program kebutuhan khusus.

Program kebutuhan khusus merupakan suatu layanan intervensi dan/atau pengembangan yang dilakukan sebagai bentuk kompensasi atau penguatan akibat kelainan yang dialami anak berkebutuhan khusus dengan tujuan meminimalkan hambatan dan meningkatkan akses dalam mengikuti pendidikan dan pembelajaran yang lebih optimal.

D. Konsep kebutuhan khusus pada permasalahan sosial

1. Kehamilan dalam penjara

Narapidana wanita tentunya berbeda dengan narapidana pria, dimana narapidana wanita mempunyai keistimewaan khusus yang tidak dimiliki oleh narapidana pria yaitu mempunyai siklus seperti menstruasi, hamil, melahirkan dan menyusui. Kebutuhan spesifik perempuan ini seperti pemulihan kesehatan reproduksi, keluarga berencana (KB), pelayanan untuk kehamilan serta masa melahirkan, dan perawatan setelah mengalami kekerasan atau penyiksaan seksual. Hak-hak narapidana wanita yang berhubungan dengan hal-hal tersebut sudah selayaknya dipenuhi dan diperhatikan.

Narapidana wanita menghadirkan tantangan tertentu bagi pihak yang berwenang atau mungkin karena mereka merupakan kelompok yang sangat kecil dalam populasi Lapas. Narapidana

wanita yang sedang hamil menjalankan proses pembinaan di Lapas mempunyai hak yang lebih spesifik dan urgensinya lebih mendalam selama masa kehamilannya. Tahanan perempuan menjadi objek yang paling dekat dengan kerentanan tersebut.

Narapidana yang hamil memiliki hak yang sama dengan lainnya namun lebih diperhatikan dengan diberikan susu ibu hamil dan makanan tambahan lainnya seperti bubur kacang hijau ataupun buah. Narapidana yang hamil melakukan pemeriksaan kehamilan di poliklinik. Makanan dengan gizi seimbang dibutuhkan oleh narapidana yang sedang hamil untuk mempertahankan dan meningkatkan derajat kesehatan agar tidak sakit dan dapat melakukan aktivitas sehari-hari dan pastinya agar pertumbuhan dan perkembangan janin baik dan sehat.

Pemberian makanan tambahan terhadap ibu dan bayi memang dilakukan di lapas. Bagi ibu yang sedang hamil dan menyusui diberikan susu serta makanan tambahan berupa bubur kacang hijau. Tambahan vitamin diberikan oleh dokter yang ada di Lapas. Untuk narapidana perempuan yang melahirkan dibawa ke rumah sakit (RS), karena di Lapas tidak terdapat bidan dan ibu melahirkan memiliki risiko lebih tinggi.

2. *Single parent*

Single parent adalah keluarga yang hanya ada satu orang tua tunggal, hanya ayah atau ibu saja. Dampak *single parent* terhadap ibu antara lain beban ekonomi, fungsi seksual dan reproduksi, hubungan dalam interaksi sosial.

Penanganan *single parent* antara lain:

1. Memberikan kegiatan yang positif
Berbagai macam kegiatan yang dapat mendukung anak untuk lebih bisa mengaktualisasikan diri secara positif antara lain dengan penyaluran hobi, kursus sehingga menghindarkan anak melakukan hal-hal yang positif negatif.
2. Memberi peluang anak belajar berperilaku baik
Bertandang pada keluarga lain yang harmonis memberikan kesempatan bagi anak untuk meneladani figur orang tua yang tidak diperoleh dalam lingkungan keluarga sendiri.
- c. Dukungan komunitas

Bergabung dalam *club* sesama keluarga dengan orang tua tunggal dapat memberikan dukungan karena anak mempunyai banyak teman yang bernasib sama sehingga tidak merasa sendirian.

Upaya pencegahan dampak negatif *single parent* meliputi :

- a. Pencegahan terjadinya kehamilan di luar nikah.
- b. Pencegahan perceraian dengan mempersiapkan perkawinan dengan baik dalam segi psikologis, keuangan, dan spiritual.
- a. Menjaga komunikasi dengan berbagai sarana teknologi informasi.
- b. Menciptakan kebersamaan antar anggota keluarga.
- c. Peningkatan spiritual dalam keluarga.

3. *Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender* (LGBT)

Pengertian LGBT sebagai berikut:

- a. *Lesbian* berarti seorang perempuan yang mencintai atau menyukai perempuan, baik dari segi fisik ataupun dari segi seksual dan juga spiritualnya, jadi memang hal ini sangatlah menyimpang
- b. *Gay* adalah seorang laki-laki yang menyukai dan juga mencintai laki-laki, dan kata-kata *gay* ini sering disebutkan untuk memperjelas atau tetap merujuk pada perilaku homoseksual
- c. *Bisexual* berbeda dengan kedua pengertian diatas karena orang bisexual itu adalah orang yang bisa memiliki hubungan emosional dan juga seksual dari dua jenis kelamin tersebut jadi orang ini bisa menjalin hubungan asmara dengan laki-laki ataupun perempuan
- d. *Transgender* adalah ketidaksamaan dari identitas gender yang diberikan kepada orang tersebut dengan jenis kelaminnya, dan seorang transgender bisa termasuk dalam orang yang homoseksual, bisexual, atau juga heteroseksual

Dari semua pengertian memiliki sebuah kesamaan yaitu mencari kesenangan baik dari segi fisik ataupun psikologis dan mereka bisa melakukan hubungan dengan sesama jenis, bukan melakukannya dengan lawan jenis seperti orang normal.

Kondisi LGBT adalah upaya yang tidak mudah dan bahkan setelahnyapun bukan tanpa masalah, banyak persoalan dan risiko muncul ketika remaja muda mulai terlibat dalam hubungan sejenis, untuk remaja pria kurangnya pengetahuan mengenai risiko hubungan seks dapat menyebabkan mereka mudah terpapar HIV dan pelecehan seksual dari yang lebih berpengalaman. Ketidaktahuan keadaan diri mereka juga bisa menimbulkan gejolak sosial dan depresi. Pandangan masyarakat mengenai isu LGBT masih beragam tergantung latar belakang budaya, agama, kelompok sosial, media, keluarga, pergaulan sebaya, gender dan interaksi dengan 4 individu LGBT.

Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender di Indonesia masih merupakan hal yang tabu khususnya bagi kelompok yang pemikirannya didasari agama. Sebagian besar menghujat perilaku dan orientasi seksual kelompok LGBT. Ada juga sebagian masyarakat bersikap netral, menerima keadaan LGBT namun tidak mendukung LGBT melakukan kegiatan secara terbuka. Kelompok ini beranggapan semua orang mempunyai hak yang sama untuk hidup, memenuhi hak-hak sebagai manusia namun tetap mempertimbangkan konteks lokal. Sedangkan kelompok yang pendukung adalah kelompok LGBT, para aktivis dan penggerak kesetaraan yang menginginkan LGBT juga punya hak yang sama tanpa batasan dalam konteks apapun, termasuk dalam perkawinan sejenis. Berdasarkan hak-hak reproduksi, salah satunya adalah hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk termasuk perlindungan dari pelecehan, perkosaan, kekerasan, penyiksaan seksual.

Pada umumnya kelompok LGBT yang terbuka di Indonesia masih mengalami banyak kekerasan dan diskriminasi dalam kesempatan kerja dan tempat tinggal, pendidikan, kesehatan dan kesejahteraan. LGBT sulit mengakses pekerjaan, terutama pekerjaan di sektor formal, karena banyak pemberi kerja yang *homophobic* dan karena lingkungan (pada umumnya) tidak ramah terhadap kaum LGBT. Sementara, mereka yang berhasil mendapatkan pekerjaan juga kerap mengalami perlakuan diskriminatif seperti dihina, dijauhi, diancam, dan bahkan mengalami kekerasan secara fisik.

Dalam dunia kerja, kelompok LGBT yang masih tertutup, dalam situasi tertentu masih dapat masuk ke dunia kerja tanpa diskriminasi berarti, hal sebaliknya terjadi pada kelompok yang terbuka. Oleh karena itu LGBT yang terbuka lebih banyak mengembangkan diri pada situasi pekerjaan yang tidak begitu terikat dengan norma-norma seperti menjadi wirausaha mandiri. Sedangkan kelompok *transgender* (waria) adalah kelompok yang paling banyak mendapatkan diskriminasi karena penampilannya yang berbeda. Kelompok ini banyak mengembangkan diri pada sektor-sektor informal seperti salon, industri kreatif, hiburan dan beberapa diantaranya masuk dalam dunia prostitusi.

Kelompok LGBT umumnya mengharapkan perlakuan yang lebih seimbang dan adil dari pemerintah, mereka ingin orientasi seksual dan perilaku seksual tidak menjadi hambatan bagi mereka dalam bermasyarakat, berkarya, berprestasi dan berkontribusi dalam pembangunan. Masyarakat sendiri masih memiliki stigma terkait dengan LGBT, khususnya akibat paparan media yang berlebihan dan tindak laku LGBT itu sendiri yang mendatangkan kekhawatiran, seperti kasus HIV-AIDS, dan kasus kejahatan seksual pada anak, ditambah lagi berlawanan dengan pemikiran yang dilandasi agama.

4. Ibu pengganti (*surrogate mother*)

Proses *surrogate mother* cukup menjanjikan terhadap penanggulangan beberapa kasus pasangan suami istri yang tidak mempunyai keturunan. *Surrogate mother* banyak dilakukan oleh negara-negara yang sistem hukumnya memperbolehkan terjadinya donasi sel gamet, yaitu sel sperma dan sel ovum. Beberapa negara yang memungkinkan terjadinya perikatan *surrogate mother* yaitu Inggris, Amerika Serikat, Austria, Australia, Jerman, Denmark, Finlandia, Prancis, Israel, Jepang, Norwegia, dan Singapura (donasi sel sperma) sedangkan negara donasi sel ovum diantaranya Amerika Serikat, Inggris, Austria, dan Israel.

Pelaksanaan *surrogate mother* di Indonesia mengalami kendala tidak adanya payung hukum (aturan perundang-undangan) yang mengatur *surrogate mother* serta pertimbangan etika berdasarkan norma-norma yang berlaku di Indonesia.

Dilihat dari aspek hukum perikatan, *surrogate mother* tidak mempunyai aturan hukum yang jelas, terlebih-lebih obyek yang diperjanjikan sangatlah tidak lazim yaitu rahim, baik benda maupun difungsikan sebagai jasa.

5. Pekerja seks komersial

Pekerja Seks Komersial (PSK) adalah para pekerja yang bertugas melayani aktivitas seksual dengan tujuan untuk mendapatkan upah atau uang dari yang telah memakai jasa mereka tersebut. PSK merupakan bagian dari kegiatan seks di luar nikah yang ditandai oleh kepuasan dari bermacam-macam orang yang melibatkan beberapa pria dilakukan demi uang dan dijadikan sebagai sumber pendapatan.

Prostitusi merupakan masalah sosial karena prostitusi merugikan keselamatan, ketentraman dan kemakmuran baik jasmani, rohani maupun sosial dari kehidupan bersama, hal tersebut menjadi nyata bila dihubungkan dengan penularan penyakit kelamin, pandangan beberapa agama dan adat tradisi suku-suku bangsa di Indonesia.

Indonesia saat ini bukan hanya menghadapi bahaya prostitusi yang dilakukan oleh orang dewasa, tapi juga prostitusi anak. Praktik prostitusi anak di bawah umur sudah sangat memprihatinkan, terutama dengan banyaknya kasus eksploitasi anak, baik atas kemauannya sendiri maupun atas paksaan dari para oknum. Bukan tidak mungkin kegiatan prostitusi untuk dilakukan oleh anak-anak di bawah umur. Seiring dengan berjalannya perkembangan zaman, faktor yang paling dominan seorang anak menjadi PSK bukanlah sekadar alasan kemiskinan semata, melainkan pula sudah menjadi tuntutan gaya hidup yang dipengaruhi oleh lingkungan pergaulan negatif. Tanpa memandang apakah prostitusi yang dilakukan oleh seorang anak adalah secara pemaksaan ataupun secara sukarela, anak dalam kasus prostitusi haruslah dipandang sebagai korban dan perilaku eksploitasi tersebut haruslah dianggap sebagai kejahatan.

Kegiatan praktek prostitusi anak di Indonesia sudah sedemikian parah yang sungguh mencemaskan dan merisaukan sehingga harus segera ditangani dengan sungguh-sungguh dan melibatkan semua pihak. Untuk itu diperlukan tindakan nyata

berupa tindakan penegakan hukum dan program nyata yang merupakan derivasi dan penjabaran dari berbagai amanat yang tertuang dalam peraturan perundang-undangan nasional maupun internasional tentang perlindungan anak terhadap kegiatan eksploitasi seksual komersial anak. Dunia prostitusi menjanjikan pemenuhan sejuta impian. Prostitusi terhadap anak di bawah umur sangat menjanjikan permintaan pasar. Impian tersebut muncul dengan menjadikan wanita yang masih dibawah umur sebagai korban prostitusi. Terhadap perbuatan orang dewasa yang melakukan prostitusi terhadap anak tersebut semacam penyakit masyarakat yang muncul dari berbagai tuntutan hidup.

Praktek prostitusi di kategorikan ke dalam "patologi sosial" atau penyakit masyarakat yang harus diupayakan penanggulangannya. Jika ditinjau dari anak sebagai pelaku PSK, terdapat berbagai persoalan yang menyangkut tuntutan hidupnya sehingga tidak merasa bersalah dan enggan untuk dilindungi. Mereka seolah-olah senang dengan perbuatan tersebut. Salah satu faktor penyebabnya adalah tuntutan ekonomi dalam keluarga sehingga seks sebagai komoditi telah menumbuhkan suatu profesi yang memerlukan totalitas diri sebagai modal kerja. Tetapi bukan tuntutan ekonomi (kemiskinan) saja yang menjadi salah satu faktor timbulnya prostitusi anak. Tuntutan ekonomi (kemiskinan) suatu yang sangat parah, apabila akses pendidikan, kesehatan, atau kredit, misalnya tidak dimiliki oleh kelompok yang sangat membutuhkan. Disamping itu, ada kalanya anak pada mulanya tidak mempunyai niat untuk melakukan prostitusi, melainkan suatu jebakan dengan iming-iming dipekerjakan pada sebuah perusahaan, namun pada akhirnya ternyata anak tersebut dipaksa melakukan prostitusi.

Fenomena prostitusi yang terjadi dalam masyarakat hampir menjadi habit dalam kehidupan sosial bermasyarakat yang berimplikasi pada munculnya eksploitasi seksual komersial yang lebih dikenal dengan praktek prostitusi khususnya terhadap perempuan dan anak. Problematika tentang praktek prostitusi merupakan persoalan yang kompleks dan sangat rawan, karena menyangkut tata kelakuan manusia yang immoral, berlawanan

dengan hukum dan bersifat merusak tatanan nilai sosial yang berlaku dalam masyarakat majemuk.

Glosarium

PSK	: Pekerja Seks Komersial
LGBT	: <i>Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender</i>
Heteroseksual	: Ketertarikan romantis, ketertarikan seksual atau kebiasaan seksual orang-orang yang berbeda jenis kelamin atau gender dalam pengertian pasangan gender
Homoseksual	: Ketertarikan seksual berupa disorientasi pasangan seksualnya, yaitu kecenderungan seseorang untuk melakukan perilaku seksual dengan sesama jenis
Homophobic	: Kebencian, ketidaknyamanan, dan ketakutan tidak rasional terhadap orang homoseksual

DAFTAR PUSTAKA

- Desriza R. 2012, *Seri Hukum Kesehatan Surrogate Mother dalam Perspektif Etika dan Hukum: Bolehkah Sewa Rahim di Indonesia*, Gramedia, Jakarta
- Dini AYR., Bakoil MB., Karo MB., Iskandar FN., Diana AN., Ayun SQ., Fatmawati E., Isnaini F., Dewi RS., Lestari YD. 2022. *Konsep Asuhan Kesehatan Reproduksi untuk Mahasiswa Kebidanan*. Cetakan ke-1. CV. Rena Cipta Mandiri. Malang
- Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia. 2013. *Panduan Penanganan Anak Berkebutuhan Khusus bagi Pendamping (Orang Tua, Keluarga, dan Masyarakat)*. Jakarta.
- Kresnadari A, Isharyanto, Supanto, 2015. Pelaksanaan Pemenuhan Hak atas Pelayanan Kesehatan bagi Perempuan Narapidana dalam Keadaan Hamil. *Jurnal Hukum dan Pembangunan Ekonomi*. Vol.6 No.2
- Utami Z, Wadjo H. Z. 2021. Perlindungan Hukum terhadap Pekerja Seks Komersil Anak di Kabupaten Kepulauan Aru. *Jurnal Kreativitas Mahasiswa Hukum*. Volume 1 Nomor 1, April 2021: hal 24 – 33

Bab 7

KONSEP KEBUTUHAN KHUSUS PADA PERMASALAHAN BUDAYA

D. Pemilihan Jenis Kelamin Anak

Sejarah gender bermula di abad 17 tepatnya di Inggris, setelah revolusi industri, dimana pada saat manusia turun derajatnya sebagai mesin produksi dan banyak terjadi diskriminasi berbasis seksual dalam bidang industri. Kata itu menjadi kesepakatan sebagai pembeda antara kaum laki-laki dan perempuan berdasarkan konstruksi sosial. Gender sebagai bagian dari pranata sosial dimaknai sebagai pembagian tanggung jawab berdasar pada konstruksisosial. Dalam kajian keagamaan konsep keseimbangan, keutuhan, keserasian, baik terhadap sesama maupun dengan lingkungan dan alam, sehingga dalam Islam konsep keadilan dan kesetaraan gender diatur dalam bentuk keadilan.

Gender dalam perspektif bahasa merupakan disiplin ilmu yang relatif masih sedikit dikaji dalam linguistik modern. Namun, para ahli antropologi telah meneliti keragaman bahasa laki-laki dan perempuan ini sejak lama. Pada penelitian-penelitian tersebut, diungkapkan karakteristik perbedaan penggunaan bahasa antara perempuan dan laki-laki. Beberapa ahli memberikan analisa tentang bahasa perempuan lebih banyak dalam kecerdasan bahasa. Walau bahasa yang digunakan perempuan jauh lebih halus dan menggunakan kata-kata kiasan.

Laki-laki dan perempuan memiliki karakteristik yang berbeda serta kemampuan berbeda. Perbedaan kemampuan verbal sering disebabkan oleh faktor gerak anggota badan ekspresi wajah, suara dan intonasi. Perbedaan bahasa bukan berarti dua bahasa yang sama sekali berbeda dan terpisah, tetapi bahasa mereka tetap satu, hanya saja dalam pemakaian bahasa laki-laki dan perempuan mempunyai ciri-ciri yang berbeda. Wanita lebih

mempertahankan bahasa sedangkan laki-laki bersifat inovasi dan pembaharuan.

Kajian tentang gender memang tidak bisa dilepaskan dari kajian teologis, karena hampir semua agama mempunyai ajaran dan perlakuan khusus terhadap kaum perempuan. Kesan yang mengemuka, perempuan selalu ditempatkan dalam posisi di belakang laki-laki baik dalam acara ritual keagamaan maupun ranah sosial. Yang sering diprotes oleh kalangan perempuan adalah ketika kaum laki-laki menggunakan dalil keagamaan untuk melestarikan dominasi mereka atas kaum perempuan. Untuk tujuan di luar kepentingan agama melainkan kepentingan pribadi ataupun kelas-kelas tertentu dalam masyarakat.

Setiap manusia dalam Islam laki-laki dan perempuan tentunya memiliki kedudukan yang sama dalam menjalankan hakikat dan tujuan fungsi, dan peran manusia diciptakan. Peran gender dalam kehidupan masyarakat yang dikenal dalam ilmu sosiologi mengacu pada sekumpulan ciri khas yang berkaitan dengan peran identitas sosial dalam bermasyarakat, sehingga mengenal maskulin dan feminitas dalam konteks budaya dan pengelompokan dalam ilmu bahasa (linguistik).

Kesetaraan masih merupakan hal yang sangat sensitif di kalangan masyarakat, dikarenakan perempuan masih memiliki peran/ kesempatan yang terbatas dibandingkan dengan laki-laki, baik dalam keaktifan di sosial kemasyarakatan, di wilayah ekonomi, sosial budaya, kelembagaan maupun di organisasi kependidikan. Keterbatasan dalam berbagai nilai dan norma dalam masyarakat membuat kaum perempuan memiliki keterbatasan/ruang dibandingkan dengan yang dimiliki kaum laki-laki.

Makna kesetaraan laki-laki dan perempuan ditegaskan dalam firman Allah swt., QS al-Isra/16: 97. "Barangsiapa yang mengerjakan kebaikan baik laki-laki maupun perempuan dalam keadaan beriman maka kami pasti berikan kepadanya kehidupan yang baik dan akan kami beri balasan dengan pahala yang baik dari apa yang telah mereka kerjakan."³ Dalam ayat ini Allah swt., secara eksplisit menunjuk pada laki-laki dan perempuan untuk menegakkan nilai ke-Islam untuk mewujudkan peran dan

tanggung jawab mereka dalam menjalankan fungsi spiritual karena kedudukan manusia sama di hadapan Allah swt.

Kehadiran sebuah agama sesungguhnya adalah untuk membebaskan umat manusia dari segala bentuk kezaliman dan kesewenang-wenangan. Dan inilah misi utama yang dibawa Nabiullah Muhammad SAW, untuk mewujudkan nilai-nilai yang rahmatan lil alamin. Dengan demikian misi kenabian bagi kemanusiaan adalah bagaimana menciptakan kehidupan yang penuh dengan rasa kasih sayang, tanpa kekerasan, pelecehan, terhadap siapapun baik laki-laki maupun perempuan.⁴ Dengan demikian misi kenabian adalah sebuah konteks akan kesetaraan dan keadilan sesama manusia dalam membangun nilai-nilai kemanusiaan dalam hubungan sosial tanpa memberikan perbedaan antara individu, baik laki-laki maupun perempuan.

WHO (*World Health Organization*) memberikan batasan gender sebagai seperangkat peran, perilaku, kegiatan, dan atribut yang dianggap layak bagi laki-laki dan perempuan.⁷ Studi tentang gender memiliki akar pada antropologi feminis dan untuk alasan ini, istilah gender sering di salah pahami sebagai konsep eksklusif feminis. Studi gender pada dasarnya memperhatikan konstruksi budaya dari dua makhluk hidup laki-laki dan perempuan. Mereka menguji perbedaan dan persamaan pengalaman dan interpretasi keduanya dalam berbagai konteks mengambil artian fundamental atas persepsi mereka terhadap berbagai jenis hubungan sosial.

Ketika jenis kelamin lebih bersifat biologis dan nature, maka berbeda dengan gender. Gender secara terminologi adalah perbedaan yang lebih didasarkan pada aspek sosiologis dan kultural. Pemahaman yang masih mencampuradukan konsep jenis kelamin dengan gender di tengah masyarakat melahirkan berbagai implikasi negatif, baik bagi perempuan maupun laki-laki. Hal ini disebabkan jenis kelamin lebih merupakan takdir atau kodrat Allah swt., sementara gender adalah konstruksi sosial-budaya yang lebih merupakan ikhtiar manusia.

Secara umum gender diartikan untuk mengidentifikasi perbedaan laki-laki dan perempuan dari segi sosial-budaya. Sementara itu, sex secara umum digunakan untuk mengidentifikasi

perbedaan laki-laki dan perempuan dari segi anatomi biologi. Dahulu belum banyak tertarik untuk membedakan seks dan gender, karena persepsi yang berkembang di dalam masyarakat menganggap perbedaan gender (*gender differences*) sebagai akibat perbedaan seks (*sex differences*). Pembagian peran dan kerja secara seksual dipandang suatu hal yang wajar. Akan tetapi belakangan ini disadari bahwa tidak mesti perbedaan seks menyebabkan ketidakadilan gender (*gender inequality*). Gender merupakan suatu sifat yang melekat pada kaum perempuan dan laki-laki, yang kemudian dikonstruksikan secara sosial maupun kultural. Gender bukanlah sesuatu yang kita dapatkan semenjak lahir dan bukan juga sesuatu yang kita miliki melainkan sesuatu yang kita lakukan dan kita tampilkan.

Pendapat Mansour mengatakan gender adalah suatu sifat yang melekat pada laki-laki dan perempuan yang dikonstruksi secara sosial dan kultural. Misalnya perempuan itu lemah lembut, cantik, emosional, sementara laki-laki kuat, rasional serta perkasa. Ciri dan sifat itu sendiri merupakan sifat-sifat yang dapat dipertukarkan. Sifat demikian disebabkan karena ruang dan waktu serta lingkungan sosial dan kelas kelas masyarakat yang berbeda.

Berbagai tugas yang dibakukan baik bagi perempuan dan laki-laki benar-benar murni konstruksi sosial. Tugas-tugas inilah yang dikenal dengan istilah peran gender (*gender role*). Dengan kata lain yang dimaksud dengan peran gender adalah berbagai peran aktivitas, tugas, atau pekerjaan yang sengaja dilekatkan atau diidentikkan sebagai tanggung jawab perempuan dan laki-laki. Dengan demikian, peran gender sangat bersifat kultur dan bahkan personal.

Dalam pandangan Agama Islam segala sesuatu diciptakan Allah swt., dengan kodrat firman Allah SWT., dalam QS Al-Qamar/54:49 "Sesungguhnya segala sesuatu yang kami ciptakan dengan qadar" pendapat ahli tentang qadar diartikan sebagai ukuran-ukuran, sifat-sifat yang ditetapkan Allah bagi segala sesuatu" dan itulah yang disebut sebagai kodrat. Dengan demikian laki-laki dan perempuan sebagai makhluk ciptaan Allah

swt., baik individu dengan jenis kelamin berbeda memiliki kodratnya masing-masing.

Kehadiran gerakan yang mengatasnamakan kesetaraan di berbagai aktivitas kehidupan, baik yang bersifat sporadis dan fanatisme, memberikan suatu kesan tentang bagaimana mensejajarkan antara laki-laki dan perempuan. Sistem yang masih menjamur dalam lingkungan sosial kemasyarakatan adalah sebuah sistem patriarki menjadi pemicu ketidaksetaraan itu terjadi. Hal ini menjadi sebab berbagai teori dan konsep terlahir dan dijadikan bagian untuk memberikan solusi dari ketidaksetaraan dalam persoalan ini.

E. Vaginal Birth After Caesarean

Sectio Caesarea adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui insisi pada dinding rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Wiknjosastro, 2012).

Sebagian besar wanita yang pernah mengalami *sectio caesarea* dapat dan harus untuk alasan keamanan, melahirkan melalui vagina pada kehamilan berikutnya. *Sectiocaesarea* yang dilakukan pada dewasa ini, hampir selalu meninggalkan rahim yang sehat dan kuat dengan jaringan parut yang menyembuh dengan baik atau suatu kondisi yang berarti bahwa persalinan dan melahirkan lewat vagina pada kehamilan berikutnya kecil kemungkinannya akan membuat jaringan parut terbuka (Simkin, 2008).

Alasan melakukan *sectio caesarea* yang direncanakan meliputi : bayi tidak dalam posisi dekat turunnya kepala dengan tanggal jatuh tempo persalinan, penyakit jantung yang dapat diperburuk karena stres kerja, infeksi yang dapat menular ke bayi selama kelahiran pervaginam, ibu yang lebih dari satu bayi (kelahiran multipel), riwayat *sectio caesarea* sebelumnya (Prawirohardjo, 2008).

Menurut statistik tentang 3.509 kasus *sectio caesarea* yang disusun oleh *Peel dan Chamberlain*, indikasi untuk *sectio caesarea* adalah disproporsi janin panggul 21%, gawat janin 14%, plasenta previa 11%, pernah *sectio caesarea* 11%, kelainan letak janin 10%, pre eklamsi dan hipertensi 7% dengan angka kematian ibu

sebelum dikoreksi 17% dan sesudah dikoreksi 0,5% sedangkan kematian janin 14,5% (Wiknjastro, 2005). VBAC adalah mencoba persalinan vaginal dimana wanita tersebut pernah *sectio caesarea*. VBAC sekarang bukanlah hal yang aneh. Praktisi kesehatan sebelum tahun 1970 an seringkali menyatakan jika sudah menjalani *sectio caesarea* maka kelahiran selanjutnya juga melalui *sectio caesarea*, tapi banyaknya klien yang mendukung VBAC mengubah pandangan tersebut. Angka VBAC meningkat tajam pada tahun 1980 hingga 1990 an (Rohman, 2011).

F. Persiapan Persalinan dan Kelahiran pada Kebutuhan Khusus

Persalinan adalah proses fisiologis yang memungkinkan terjadinya serangkaian perubahan besar pada calon ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir (Aprillia, 2010). Persalinan merupakan persiapan penting yang sangat ditunggu oleh setiap pasangan suami-istri, menyambut kelahiran sang buah hati merupakan saat yang membahagiakan setiap keluarga bahkan seluruh anggota masyarakat, demi kesejahteraan ibu dan janin (Samosir, 2012).

Menurut Harumawati (2012), menyatakan bahwa dalam persalinan ada empat hal yang perlu dipersiapkan, yaitu:

1. Persiapan fisik

Persiapan fisik persiapan persalinan meliputi kesiapan kondisi kesehatan ibu, meliputi kesiapan hal-hal yang berkaitan dengan perubahan fisiologis selama hamil sampai menjelang persalinan. pengaturan kebutuhan nutrisi saat kehamilan, serta upaya perencanaan persiapan persalinan dan pencegahan komplikasi yang mencakup tanda-tanda bahaya dan tanda-tanda persalinan (Depkes, 2010).

Dalam menyiapkan kondisi fisik, ibu perlu menyiapkan makan makanan bergizi dan minum yang cukup banyak. Tetap melakukan aktivitas seperti berjalan pagi, atau kegiatan rumah lainnya, dan tetap istirahat yang cukup juga merupakan persiapan fisiologis yang dibutuhkan oleh ibu. Dengan mengetahui teknik mengejan dan bernafas yang baik

juga dapat memperlancar dan memberikan ketenangan dalam proses persalinan (Isnandi dalam Harumawati, 2012).

Penting untuk ibu menjaga kebersihan badan dan kesesuaian pakaian. Kebersihan badan menjelang persalinan bermanfaat karena dapat mengurangi kemungkinan adanya kuman yang masuk selama persalinan dan dapat mengurangi terjadinya infeksi sesudah melahirkan. Ibu akan merasa nyaman selama menjalani proses persalinan (Iskandar dalam Harumawati, 2012).

2. Persiapan psikologis

Salah satu yang harus dipersiapkan ibu menjelang persalinan yaitu hindari kepanikan dan ketakutan dan bersikap tenang, dimana ibu hamil dapat melalui saat-saat persalinan dengan baik dan lebih siap serta meminta dukungan dari orang-orang terdekat. Perhatian dan kasih sayang tentu akan membantu memberikan semangat untuk ibu yang akan melahirkan dan merupakan motivasi tersendiri sehingga lebih tabah dan lebih siap dalam menghadapi persalinan (Sjafriani dalam Harumawati, 2012).

Perasaan takut dalam persalinan dapat diatasi dengan meminta keluarga atau suami untuk memberikan sentuhan kasih sayang, meyakinkan ibu bahwa persalinan dapat berjalan lancar, mengikutsertakan keluarga untuk memberikan dorongan moril, cepat tanggap terhadap keluhan ibu atau keluarga (Sjafriani dalam Harumawati, 2012).

3. Persiapan finansial

Persiapan finansial bagi ibu yang akan melahirkan merupakan suatu kebutuhan yang mutlak harus disiapkan, dimana berkaitan dengan penghasilan atau keuangan yang dimiliki untuk mencukupi kebutuhan selama kehamilan berlangsung sampai persalinan seperti menyiapkan biaya persalinan, menyiapkan popok bayi dan perlengkapan lainnya (Sjafriani dalam Harumawati, 2012). Menyiapkan pendonor darah ketika dibutuhkan transfusi darah setelah persalinan merupakan hal yang perlu dipertimbangkan dan disiapkan (Gita, 2017).

4. Persiapan kultural

Ibu harus mengetahui adat istiadat, kebiasaan, dan tradisi yang kurang baik terhadap kehamilan agar persiapan yang berhubungan dengan kebiasaan tidak baik selama kehamilan dapat dihindari. Kepercayaan dan budaya akan perilaku yang pantas selama masa kehamilan akan mempengaruhi respon suami maupun petugas kesehatan terhadap kebutuhan ibu (Bobak, 2004).

Menurut Kemenkes RI dalam Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu (2013) menyebutkan bahwa yang termasuk persiapan persalinan, yaitu pertanyaan-pertanyaan mengenai siapa yang akan menolong persalinan, dimana akan melahirkan, siapa yang akan membantu dan menemani dalam persalinan, kemungkinan kesiapan donor darah bila timbul permasalahan, metode transportasi bila diperlukan rujukan, dan dukungan biaya.

1

Menurut Matteson (2001), terdapat faktor yang berhubungan dengan persiapan persalinan di antaranya, yaitu:

1. Umur

Umur adalah umur individu terhitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja, sehingga akan termotivasi dalam memeriksakan kehamilan (Padila, 2014).

Umur yang dianggap paling aman menjalani kehamilan dan persalinan adalah 20-35 tahun. Di rentang usia ini kondisi fisik wanita dalam keadaan prima. Sedangkan setelah umur 35 tahun, sebagian wanita digolongkan pada kehamilan berisiko tinggi terhadap kelainan bawaan dan adanya penyulit pada waktu persalinan. Di kurun umur ini, angka kematian ibu melahirkan dan bayi meningkat, sehingga akan meningkatkan kecemasan.

2. Pendidikan

Menurut Notoatmodjo (2007), pendidikan mempengaruhi proses belajar. Semakin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Tingkat pendidikan turut menentukan rendah tidaknya seseorang menerima dan memakai pengetahuan atau informasi. Suami yang mengikuti kelas pendidikan kesehatan ibu hamil, maka ia memiliki kesempatan untuk belajar tentang cara menjadi pasangan yang terlibat dan aktif dalam proses menjadi orang tua.

3. Pekerjaan

Bekerja dapat mengalihkan perasaan cemas bagi ibu hamil. Bekerja merupakan aktivitas yang menyita waktu dan ibu hamil akan fokus ke pekerjaannya. Ibu hamil yang bekerja dapat berinteraksi dengan masyarakat sehingga dapat menambah pengetahuan. Selain itu, bekerja dapat menambah penghasilan keluarga untuk mencukupi kebutuhan selama kehamilan.

Pada penelitian Sumiati (2015) didapatkan hasil bahwa pekerjaan berkaitan langsung dengan pendapatan atau kondisi ekonomi keluarga dalam mencukupi kebutuhan selama kehamilan hingga persalinan. Kondisi ekonomi yang cukup dapat memenuhi kebutuhan kehamilan antara lain makanan sehat, perlengkapan bayi, obat-obatan, tenaga kesehatan, serta transportasi.

4. Pendapatan (Ekonomi)

Tingkatan seseorang untuk memenuhi kebutuhan hidup disesuaikan dengan penghasilan yang ada, sehingga menuntut pengetahuan yang dimiliki harus dipergunakan semaksimal mungkin. Keluarga dengan ekonomi yang cukup dapat memeriksakan kehamilannya secara rutin, merencanakan persalinan di tenaga kesehatan dan melakukan persiapan lainnya dengan baik (Wawan dan Dewi, 2010).

Banyak pria menyatakan kekhawatirannya akan ekonomi keluarga yang aman. Penyesuaian dalam keuangan harus dilakukan untuk menyesuaikan diri terhadap

penurunan pendapatan dan peningkatan pengeluaran karena kehadiran seorang anggota keluarga baru.

1 5. Dukungan sosial

Dukungan sosial adalah keberadaan, kesediaan, kepedulian dari orang-orang yang dapat diandalkan, menghargai dan menyayangi. Dukungan sosial merupakan bantuan atau dukungan yang positif yang diberikan oleh orang-orang tertentu terhadap individu dalam kehidupannya serta dalam lingkungan sosial tertentu sehingga individu yang menerima merasa diperhatikan, dihargai, dihormati, dicintai (Sarafino dan Smith dalam Gita Nurani, 2017).

Dukungan sosial merupakan koping keluarga, baik dukungan-dukungan yang bersifat eksternal maupun internal terbukti sangat bermanfaat dan telah terkonseptualisasi dalam studi-studi tentang dukungan keluarga. Dukungan sosial keluarga eksternal antara lain sahabat, pekerjaan, tetangga, sekolah, keluarga besar, kelompok sosial, kelompok rekreasi, tempat ibadah, praktisi kesehatan. Dukungan sosial keluarga internal antara lain dukungan dari suami atau istri, dari saudara kandung, atau dukungan dari anak (Friedman dalam Setiadi, 2008.).

Dukungan dalam persalinan seperti pujian, penentraman hati, tindakan untuk meningkatkan kenyamanan ibu, kontak fisik, penjelasan tentang yang terjadi selama persalinan dan kelahiran serta sikap ramah yang konstan. Dalam hal ini ibu yang bersalin harus ditemani orang yang ia percayai dan membuatnya merasa nyaman. Orang tersebut dapat berupa pasangan, sahabat, atau anggota keluarga (Rosyidah, 2017).

Dukungan suami dalam menghadapi kehamilan maupun persalinan sangatlah berarti, dimana suami dapat menumbuhkan rasa percaya diri pada istri, sehingga mentalnya cukup kuat yang tidak didapatkan dari seorang tenaga kesehatan dalam menghadapi proses persalinan. Dukungan suami dapat berupa dorongan, motivasi terhadap

istri baik secara moral maupun material serta dukungan fisik, psikologis, emosi, informasi, penilai dan finansial.

Terdapat beberapa jenis dukungan suami menurut Setiadi (2008), yaitu sebagai berikut:

a. Dukungan emosional

Keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Setiap orang pasti membutuhkan bantuan afeksi dari orang lain, dukungan ini berupa dukungan simpati, empati, kepedulian, kepercayaan, dan perhatian terhadap persoalan yang dihadapinya, bahkan mau membantu memecahkan masalah yang sedang dihadapi (Setiadi, 2008).

Bentuk dukungan seperti ini dapat membuat individu memiliki perasaan nyaman, yakin, dipedulikan, dan dicintai oleh sumber dukungan sosial sehingga individu dapat menghadapi masalah dengan lebih baik. Dukungan ini sangat penting dalam menghadapi keadaan yang dianggap tidak dapat dikontrol (Indriyani dan Asmuji, 2014).

b. Dukungan instrumental

Keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit. Tujuan dari dukungan ini adalah untuk mempermudah seseorang dalam melakukan aktivitasnya berkaitan dengan persoalan-persoalan yang dihadapinya, atau menolong secara langsung kesulitan yang dihadapi, misalnya dengan menyediakan peralatan lengkap dan memadai bagi penderita, menyediakan obat-obat yang dibutuhkan dan lain-lain (Setiadi, 2008).

Bentuk dukungan ini merupakan penyediaan materi yang dapat memberikan pertolongan langsung, seperti pinjaman uang, pemberian barang, kebutuhan makan dan minum, serta pelayanan. Bentuk dukungan ini dapat mengurangi stres karena individu dapat langsung memecahkan masalahnya yang berhubungan dengan materi. Dukungan instrumental sangat

diperlukan terutama dalam mengatasi masalah dengan lebih mudah (Indriyani dan Asmuji, 2014).

c. Dukungan informasional

Keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan diseminator (penyebarkan informasi). Keluarga memberikan dukungan yang baik berdasarkan karakteristik hubungan dengan pasien, dapat diketahui suami adalah bagian keluarga yang paling dekat dengan istri yang senantiasa memberikan nasehat, saran, maupun pemberian informasi tentang kesehatan pasien yang diperoleh dari petugas kesehatan. Keluarga menyediakan bantuan informasi agar dapat digunakan oleh seseorang dalam menanggulangi persoalan-persoalan yang dihadapi, meliputi pemberian nasehat, pengarahan, ide-ide atau informasi lainnya yang dibutuhkan dan informasi ini dapat disampaikan kepada orang lain yang mungkin menghadapi persoalan yang sama atau hampir sama (Setiadi, 2008).

Bentuk dukungan ini melibatkan pemberian informasi, saran, atau umpan balik tentang situasi dan kondisi individu. Jenis informasi seperti ini dapat menolong individu mengenali dan mengatasi masalah dengan lebih mudah (Indriyani dan Asmuji, 2014).

d. Dukungan penghargaan

Keluarga bertindak sebagai sebuah umpan balik membimbing dan menengahi pemecahan masalah, serta sebagai sumber dan validator identitas keluarga. Dukungan ini berbentuk suatu penghargaan yang diberikan seseorang kepada orang lain berdasarkan kondisi sebenarnya dari penderita. Penilaian ini bisa positif dan negatif yang mana pengaruhnya sangat berarti bagi seseorang. Berkaitan dengan dukungan sosial keluarga maka penilaian yang sangat membantu adalah penilaian yang positif.

Bentuk dukungan ini berupa penghargaan positif dari individu, pemberian semangat, persetujuan pada pendapat individu, perbandingan yang positif pada

individu lain. Bentuk dukungan ini membantu individu dalam membangun harga diri dan kompetensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Annisa, 2010. *Faktor-Faktor Resiko Persalinan Sectio Caesarea*. KTI Irma Wahyuni.pdf diakses tanggal 20 Mei 2018.
- Ari, 2010. *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Yogyakarta:LTA Yanti Yusuf Akbid As Syifa Kisaran tahun 2017
- 2
Chaer, Abdul. *Filsafat Bahasa, Cet. I*; Jakarta: Rineka Cipta, 2015.
- 2
Herimanto dan winarno. *Ilmu Sosial dan Budaya Dasar, Cet X*; Jakarta: Bumi Aksara,2016.
- IPANDANG, Ipandang. *Fiqh Perempuan, Kekinian Dan Keindonesiaan (Telaah Kritis Membangun Fiqh Berkeadilan Gender)*. AL-MAIYYAH, 2015
- Irma, 2013. *Jurnal Hubungan Riwayat Sectio Caesarea dengan VBAC (Vaginal Birth After Caesarean)* diakses 20 Mei 2018.
- 2
Kaelan, *Fisafat bahasa Hakikat dan Realitas Bahasa, Cet. I*; Yogyakarta: Paradigma, 2017.
- 2
Maksum, Ali. *Sosiologi Pendidikan, Cet I*; Malang: Madani, 2016.
- Notoatmodjo, 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- 2
Partini, Bias *Gender dalam Birokrasi, ed. II, Cet. I*; Yogyakarta: Tiara Wacana, 2013.
- Raditya, Ardhie. *Sosiologi Tubuh, Membentang Teori di Ranah Aplikasi, Cet. I*; Yogyakarta, Kaukaba Dipantara, 2014.

Bab 8

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

A. Pendahuluan

Asuhan kebidanan berkelanjutan (*continuity of care*) yaitu pemberian asuhan kebidanan sejak kehamilan, bersalin, nifas dan neonatus hingga memutuskan menggunakan alat kontrasepsi dengan tujuan sebagai upaya untuk membantu memantau dan mendeteksi adanya kemungkinan timbulnya komplikasi yang menyertai ibu dan bayi dari masa kehamilan sampai ibu menggunakan alat kontrasepsi (Abdullah, 2020).

Asuhan *continuity of care (coc)* merupakan asuhan secara berkesinambungan dari hamil sampai dengan Keluarga Berencana sebagai upaya penurunan AKI & AKB. Kematian ibu dan bayi merupakan ukuran terpenting dalam menilai indikator keberhasilan pelayanan kesehatan di Indonesia, namun pada kenyataannya ada juga persalinan yang mengalami komplikasi sehingga mengakibatkan kematian ibu dan bayi (Maryuani, 2011;105).

Angka kematian ibu (AKI) adalah jumlah kematian selama kehamilan atau dalam periode 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, akibat semua sebab yang terkait dengan atau diperberat oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan atau cedera (WHO, 2014). Angka kematian Bayi (AKB) adalah angka probabilitas untuk meninggal di umur antara lahir dan 1 tahun dalam 1000 kelahiran hidup.

Menurut World Health Organization (WHO) di dunia pada tahun 2016 Angka Kematian Ibu (AKI) sebesar 527.000 jiwa. Sedangkan Angka Kematian Bayi (AKB) di dunia sebesar 10.000.000 jiwa (WHO,2016). Di Indonesia pada bulan Januari sampai September 2016 Angka Kematian Ibu (AKI) sebesar 401 per 100.000 jiwa. berdasarkan hasil Sementara Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2016 Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia mencapai 26 per 1000 kelahiran hidup. Pada tahun 2015, AKI Provinsi Jawa Timur mencapai

89,6 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan AKB di Jawa Timur pada tahun 2015 sebanyak 25,3 per 1.000 KH. (Profil Kesehatan Provinsi Jatim, 2015).

Asuhan kebidanan secara continuity of care (COC) pada ibu dengan kebutuhan khusus membutuhkan penanganan dan perhatian dari pemerintah dan tenaga kesehatan yang lebih karena ibu dengan kebutuhan khusus berpotensi terjadi komplikasi yang lebih besar. Oleh itu karena petugas kesehatan berperan sangat penting dalam hal ini (Abdullah, 2020).

14

B. Definisi psikologi dalam kehamilan

Psikologi berasal dari bahasa Yunani Kuno: *psyche* = jiwa dan *logos* = kata. Dalam arti bebas psikologi adalah ilmu yang mempelajari tentang jiwa atau mental. Psikologi tidak mempelajari jiwa atau mental secara langsung karena sifatnya yang abstrak, tetapi psikologi membatasi pada manifestasi dan ekspresi dari jiwa atau mental yang berupa tingkah laku dan proses atau kegiatannya, sehingga psikologi dapat didefinisikan sebagai ilmu pengetahuan yang mempelajari ilmu tingkah laku dan proses mental.

Kehamilan merupakan episode dramatis terhadap kondisi biologis, perubahan psikologis dan adaptasi dari seorang wanita yang pernah mengalaminya. Sebagian besar semua wanita menganggap bahwa kehamilan adalah peristiwa kodrati yang harus dilalui tetapi sebagian wanita menganggap sebagai peristiwa khusus yang sangat menentukan kehidupan yang selanjutnya. Perubahan fisik dan emosional yang kompleks, memerlukan adaptasi terhadap penyesuaian pola hidup dengan proses kehamilan yang terjadi. Konflik antara keinginan, kebanggaan yang ditumbuhkan dari norma-norma sosial kultural dan persoalan dalam kehamilan itu sendiri dapat merupakan pencetus berbagai reaksi psikologis, mulai dari reaksi emosional ringan hingga ke tingkat gangguan jiwa yang berat/kehamilan yang sehat.

C. Depresi saat Kehamilan

Kehamilan merupakan waktu transisi, yakni suatu masa antara kehidupan sebelum memiliki anak yang sekarang berada dalam kandungan dan kehidupan nanti setelah anak tersebut lahir.

Perubahan status yang radikal ini dipertimbangkan sebagai suatu krisis disertai periode tertentu untuk menjalani proses persiapan psikologis yang secara normal sudah ada selama kehamilan dan mengalami puncaknya pada saat bayi lahir. Secara umum, semua emosi yang dirasakan oleh wanita hamil cukup labil. Ia dapat memiliki reaksi yang ekstrem dan suasana hatinya kerap berubah dengan cepat. Reaksi emosional dan persepsi mengenai kehidupan juga dapat mengalami perubahan. Ia menjadi sangat sensitif dan cenderung bereaksi berlebihan. Seorang wanita hamil akan lebih terbuka terhadap dirinya sendiri dan suka berbagi pengalaman kepada orang lain. Ia merenungkan mimpi tidurnya, angan-angannya, fantasinya, dan arti kata-katanya, objek, peristiwa, konsep abstrak, seperti kematian, kehidupan, keberhasilan, dan kebahagiaan. Ia dapat mengidentifikasi bentuk-bentuk fisik yang berhubungan erat dengan masa usia subur atau mencukupkan diri dengan kehidupan atau makanan. Selama kehamilan berlangsung, terdapat rangkaian proses psikologis khusus yang jelas, yang terkadang tampak berkaitan erat dengan perubahan biologis yang sedang terjadi.

D. Pengaruh Psikologis pada Kehamilan

Kehamilan, di samping memberi kebahagiaan yang luar biasa, juga sangat menekan jiwa sebagian besar wanita. Pada beberapa wanita dengan perasaan ambivalen mengenai kehamilan, stres mungkin meningkat. Respon terhadap stres mungkin dapat terlihat bervariasi yang tampak atau tidak tampak. Sebagai contoh, sebagian besar wanita mengkhawatirkan apakah bayinya normal. Pada mereka yang memiliki janin dengan resiko tinggi untuk kelainan bawaan, stres meningkat. Selama kehamilan dan terutama mendekati akhir kehamilan, harus dibuat rencana untuk perawatan anak dan perubahan gaya hidup yang akan terjadi setelah kelahiran. Pada sejumlah wanita, takut terhadap nyeri melahirkan sangat menekan jiwa. Pengalaman kehamilan mungkin dapat diubah oleh komplikasi medis dan obstetrik yang dapat terjadi. Wanita dengan komplikasi kehamilan adalah 2 kali cenderung memiliki ketakutan terhadap kelemahan bayi mereka atau menjadi depresi. Sebaiknya masalah mengenai kesehatan mental dibicarakan. Skrining penyakit mental sebaiknya dilakukan pada pemeriksaan prenatal pertama. Ini

mencakup riwayat gangguan psikiatrik dahulu, termasuk rawat inap dan rawat jalan. Penilaian gangguan cemas dan mood dalam kehamilan mencakup pemeriksaan medis dasar yang sesuai dalam hal ini termasuk pemeriksaan darah lengkap, fungsi tiroid, ginjal dan hati. Disarankan juga pemeriksaan toksikologi urin.

E. Perubahan dan Adaptasi Psikologi pada Kehamilan

Kehamilan merupakan waktu transisi yaitu kehidupan sebelum memiliki anak yang berada dalam kandungan dan kehidupan setelah anak lahir. Secara umum emosi yang dirasakan oleh ibu hamil cukup labil, ia dapat memiliki reaksi yang ekstrim dan suasana hati yang cepat berubah. Ibu hamil menjadi sangat sensitif dan cenderung bereaksi berlebihan.

Ibu hamil lebih terbuka terhadap dirinya sendiri dan suka berbagi pengalaman dengan orang lain. Wanita hamil memiliki kondisi yang sangat rapuh, sangat takut akan kematian baik terhadap dirinya sendiri maupun bayinya.

F. Macam-macam Gangguan Psikologi pada Masa Kehamilan

1. Pasangan Infertil

Infertilitas merupakan suatu kondisi yang menunjukkan ketidakmampuan suatu pasangan untuk mendapatkan atau menghasilkan keturunan.

Adapun faktor penyebab kemandulan, antara lain:

a) Faktor Fisik

Merupakan kegagalan fungsi ginekologis pada salah satu pasangan atau keduanya. Gangguan fungsi ginekologis berkaitan dengan gangguan hormonal kehamilan, kegagalan reproduksi pria untuk memberikan sel-sel sperma optimal, impotensi, dan abnormalitas psikogenesis.

b) Faktor Psikis

Merupakan kemandulan yang disebabkan kompensasi takut hamil, ketakutan yang berhubungan dengan organ reproduksi wanita, perasaan berdosa, sterilisasi psikogenesis dan neurotic obsessive, psikosomatis, ketakutan pembedahan, persalinan, infantilisme, defence mechanism,

karier atau ketakutan kehilangan dalam keharmonisan pada hubungan coitus.

Pengaruh Psikis pada Pasangan dengan Kemandulan adalah :

- a) Ketakutan-ketakutan yang tidak disadari (di bawah alam sadar). Ketakutan yang bersifat infantil (kekanak-kanakan).
- b) Ketakutan tersebut tidak hanya berkaitan dengan fungsi reproduksi saja, akan tetapi berhubungan dengan segala aspek kegiatan seksual. Adapun sebab-sebab dari ketakutan tersebut biasanya dipengaruhi oleh pengalaman-pengalaman sejak pubertas.

12

Banyak faktor yang menyebabkan mengapa sepasang suami-istri tidak atau sukar menjadi hamil setelah kehidupan seksual normal yang cukup lama. Pada umumnya faktor-faktor organik atau fisiologi yang menjadi sebab utama. Tapi telah menjadi pendapat umum bahwa ketidakseimbangan jiwa dan kecemasan atau ketakutan yang berlebihan (emotional stress) dapat pula menurunkan derajat kesuburan wanita atau suaminya. Ketegangan jiwa dalam hal ini menyebabkan spasme dari deretan antara uterus dan tuba.

Menurut penyelidikan oleh Dinie dkk pada 678 kasus dengan keluhan mandul, mereka menemukan bahwa pada 554 kasus (81,6%) infertilitas disebabkan oleh kelainan organik, dan pada 124 kasus (18,4%) oleh psikologi. Setelah diketahui dan ditemukan sebabnya, maka kemudian dengan psikoterapi suami-istri dibebaskan dari tekanan psikologi atau emosional, maka kemudian si istri menjadi hamil.

Kesulitan psikologis biasanya mengakibatkan ketidakmampuan wanita untuk menjadi hamil atau menjadi seorang ibu. Sumber-sumber utama kemandulan disini dikatakan sebagai akibat gangguan psikologis yang kemudian sering mengganggu proses fisiologis.

2. Kehamilan Palsu (*Pseudocyesis*)

Pseudocyesis adalah kehamilan imajiner atau kehamilan palsu, secara psikis lebih berat gangguannya dari peristiwa abortus. Pseudocyesis adalah wanita yang tidak hamil tapi merasa bahwa dirinya hamil diikuti dengan munculnya gejala dan tanda

(dugaan) kehamilan. Gejala dan tanda (dugaan) yang muncul adalah amenorrhea (tidak datang haid), mual muntah dan gejala kehamilan yang tidak pasti karena adanya gejala dan tanda itu, maka wanita itu merasa ia benar-benar hamil. Hal ini banyak dijumpai pada wanita yang diinginkan sekali mempunyai anak dan juga terhadap seorang istri yang infertil yang ingin tetap dicintai oleh suaminya.

Tanda-tanda kehamilan pseudosiesis:

- a) Berhentinya haid
- b) Membesarnya perut
- c) Payudara besar dan ASI
- d) Panggul melebar
- e) Terjadi perubahan pada kelenjar endokrin

3. Kehamilan di Luar Nikah

Hamil di luar nikah adalah hamil di luar ikatan perkawinan. Pada umumnya terdapat pada wanita pubertas atau adolescence. Prosesnya adalah permainan seksual yang belum matang yang merupakan perbuatan seksual sebagai eksperimen atau coba-coba yang dilakukan para remaja.

Kehamilan di luar nikah biasanya diakibatkan oleh pergaulan bebas yang diakibatkan oleh didikan dari keluarganya berupa:

- a) Kekurangan kasih sayang yang diberikan oleh keluarga terhadap anak perempuannya akibat orang tua sibuk kerja, perceraian, dan broken home.
- b) Keluarga yang terlalu disiplin sehingga anak tersebut memberontak untuk menunjukkan kedewasaan.

Wanita yang mengalami hamil di luar nikah mengalami reaksi psikologi dan emosional pertama-tama terhadap segala akibat yang akan ditimbulkannya. Dapat dipahami bahwa mereka yang hamil sebelum menikah menolak kehamilannya dan mencari pertolongan untuk menggugurkan kandungannya atau mereka menjadi putus asa dan berusaha bunuh diri.

Dengan terjadinya hamil di luar nikah ini mengakibatkan timbulnya dampak buruk. Demikian juga kehamilan pra nikah yang terjadi pada remaja dapat mengakibatkan timbulnya masalah-masalah sebagai berikut ini:

5

Masalah Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi sangat penting bagi remaja (putri) yang kelak akan menikah dan menjadi orang tua. Kesehatan reproduksi yang prima akan menjadi generasi yang sehat dan berkualitas. Di kalangan remaja telah terjadi semacam revolusi hubungan seksual yang menjurus ke arah liberalisasi dan berakibat timbulnya berbagai penyakit menular seksual yang merugikan alat reproduksi antara lain sifilis, gonore, herpes alat kelamin, kondiloma akuminata, HIV dan pada akhirnya AIDS.

Jika suatu saat ingin hamil normal maka besar kemungkinan alat reproduksi sudah tidak baik dan menimbulkan berbagai komplikasi dalam kehamilan baik bagi ibu maupun janin yang dikandung.

Masalah Psikologi pada Kehamilan Remaja

Remaja yang hamil di luar nikah, menghadapi berbagai masalah tekanan psikologis. Yaitu ketakutan, kecewa, menyesal dan rendah diri. Dampak terberat adalah ketika pasangan yang menghamili tidak mau bertanggung jawab. Perasaan bersalah membuat mereka tidak berani berterus terang pada orang tua. Pada beberapa kasus seringkali ditemukan remaja yang hamil pra nikah menjadi frustrasi. Lalu nekat berusaha melakukan pengguguran kandungan dengan pijat ke dukun. Biasanya mereka mendapat referensi dari teman-teman sebaya agar minum obat-obatan tertentu untuk menggugurkan kandungan padahal mereka tidak tahu bahwa obat tersebut sangat berbahaya bagi keselamatan jiwa. Sementara dampak psikologis dari pihak orang tua adalah perasaan malu dan kecewa. Merasa gagal untuk mendidik putri mereka terutama dalam hal moral dan agama. Kehamilan di luar nikah masih belum bisa diterima di masyarakat Indonesia. Sehingga anak yang dilahirkan nantinya juga akan mendapat stigma sebagai anak haram hasil perzinahan. Kendati ada juga yang kemudian dinikahkan, kemungkinan besar pernikahan tersebut banyak yang gagal karena belum ada persiapan mental dan jiwa yang matang.

Masalah Sosial Ekonomi

Keputusan untuk melangsungkan pernikahan diusia dini yang berprovacut tujuan menyelesaikan masalah pasti tidak akan lepas dari kemelut seperti: penghasilan terbatas atau belum mampu mandiri dalam membiayai keluarga baru, putus sekolah, tergantung pada orang tua. Remaja yang hamil dan tidak menikah seringkali mendapat gunjing dari tetangga. Masyarakat di Indonesia masih belum bisa menerima single parent.kontrol sosial dan moral dari masyarakat ini memang tetap diperlukan sebagai rambu-rambu dalam pergaulan.

Dampak Kebidanan

Penyulit pada remaja lebih tinggi dibandingkan dengan "kurun waktu reproduksi sehat" antara umur 20 sampai dengan 30 tahun. Hal ini Karena Belum matangnya sistem reproduksi yang berpengaruh besar terhadap kesehatan ibu maupun janin.

14

4. Kehamilan yang tidak Dikehendaki

a. Permasalahan pada Kehamilan yang Tidak Dikehendaki

1) Kalangan Remaja

Kehamilan yang tidak dikehendaki biasanya terjadi pada remaja akibat hubungan yang terlampau bebas, tetapi juga pada wanita yang telah menikah sebagai akibat dari kegagalan kontrasepsi dan penolakan pada jenis kelamin bayi yang ia kandung.

Remaja bisa bilang kalau seks bebas pra nikah itu aman untuk dilakukan. Akan tetapi, bila remaja melihat, memahami ataupun merasakan akibat dari perilaku itu, ternyata hasilnya lebih banyak merugikan. Salah satu resiko dari seks pranikah atau seks bebas itu adalah kehamilan yang tidak diharapkan (KTD) . Kehamilan yang tidak direncanakan sebelumnya bisa merampas "Kenikmatan" masa remaja yang seharusnya dinikmati oleh remaja laki-laki maupun perempuan. Walaupun kehamilan itu sendiri dirasakan langsung oleh perempuan, tetapi remaja pria juga akan merasakan dampaknya karena harus

bertanggung jawab. Ada dua hal yang bisa dan biasa dilakukan remaja jika mengalami KTD (Kartini, 1992):

a) Mempertahankan Kehamilan

Semua dampak tersebut dapat membawa resiko baik fisik, psikis maupun sosial. Bila kehamilan dipertahankan resiko psikis yang timbul yaitu ada kemungkinan pihak perempuan menjadi ibu tunggal karena pasangan tidak mau menikahinya atau tidak mempertanggungjawabkan perbuatannya. Kalau mereka menikah, hal ini juga bisa mengakibatkan perkawinan bermasalah yang penuh konflik karena sama-sama belum dewasa dan belum siap memikul tanggung jawab sebagai orang tua. Selain itu, pasangan muda terutama pihak perempuan akan sangat dibebani oleh berbagai perasaan yang tidak nyaman, seperti dihantui rasa malu yang terus menerus, rendah diri, bersalah atau berdosa, depresi atau tertekan, pesimis dan lain-lain.

b) Mengakhiri Kehamilan (aborsi)

Bila kehamilan diakhiri bisa mengakibatkan dampak negatif secara psikis. Oleh karena itu, pelaku aborsi sering kali mengalami perasaan-perasaan takut, panik, tertekan atau stress, trauma mengingat proses aborsi dan kesakitan, kecemasan karena rasa bersalah atau dosa akibat aborsi.

2) Wanita Dewasa atau Ibu Yang Sudah Menikah

Seorang ibu yang tidak menghendaki kehadiran anak disebabkan karena mereka merasa akan mengganggu karirnya karena akan membuatnya terikat atau karena ia sudah terlampaui sibuk merawat anak-anak yang lain. Selain itu, mereka merasa tidak dapat membagi waktu antara kesibukan pekerjaan dengan merawat anak. Penyebab terjadinya KTD pada wanita atau ibu yang telah menikah antara lain karena kegagalan alat kontrasepsi yang dipakai.

- b. Tanda dan Gejala Gangguan Psikologis pada Wanita dengan Kehamilan yang Tidak Dikehendaki
 - 1) Pada kehamilan yang tidak dikehendaki, wanita merasa bahwa janin yang dikandungnya bukanlah bagian dari dirinya dan berusaha untuk mengeluarkan dari tubuhnya melalui tindakan seperti aborsi.
 - 2) Beberapa wanita bersikap aktif-agresif mereka sangat marah dan dendam pada kekasih atau suaminya serta merasa sanggup menanggung konsekuensi dari tindakannya. Selain itu, calon bayinya dianggap sebagai beban dan malapetaka bagi dirinya.

- 5. Kehamilan dengan Keguguran
 - a. Konsep Keguguran / Abortus

Abortus spontan adalah suatu keadaan terputusnya suatu kehamilan dimana fetus belum sanggup hidup sendiri di luar uterus (berat 400 -1.000 gram atau usia kehamilan kurang dari 28 minggu), sedangkan abortus kriminalis adalah abortus yang terjadi karena tindakan-tindakan yang tidak legal atau tidak berdasarkan indikasi medis (Rustam, M, 1998)
 - b. Faktor Penyebab Abortus
 - 1) Kemiskinan atau ketidakmampuan ekonomi.
 - 2) Ketakutan terhadap orang tua.
 - 3) Moralitas sosial.
 - 4) Rasa malu dan aib.
 - 5) Hubungan cinta yang tidak harmonis
 - 6) Pihak pria yang tidak bertanggung jawab.
 - 7) Kehamilan yang tidak diinginkan.
 - c. Tanda dan Gejala Gangguan Psikologis pada Abortus
 - 1) Reaksi psikologis wanita terhadap keguguran bergantung konstitusi psikisnya sendiri.
 - 2) Menimbulkan Sindrom Pasca-Abortus yang meliputi menangis terus-menerus, depresi berkepanjangan, perasaan bersalah, ketidakmampuan untuk memaafkan diri sendiri, kesedihan mendalam, amarah, kelumpuhan emosional, problem atau kelainan seksual, kekacauan pola makan, perasaan rendah diri, penyalahgunaan

alkohol dan obat-obatan terlarang, mimpi-mimpi buruk dan gangguan tidur lainnya, dorongan untuk bunuh diri, kesulitan dalam relasasi, serangan gelisa dan panik, serta selalu melakukan kilas balik.

10

6. Kehamilan dengan Janin Mati

Hamil dengan janin mati adalah kematian janin dalam kandungan yang dapat disebabkan oleh beberapa hal seperti;

- a. Kurang gizi
- b. Stres yang berkepanjangan
- c. Infeksi yang tidak terdiagnosis sebelumnya

Ibu dari janin yang meninggal pada periode perinatal akan mengalami penderitaan. Selama kehamilan mereka telah mulai untuk mengenali mereka telah memulai untuk mengenali dan merasa dekat dengan janinnya, ibu yang mengalami proses kehilangan atau kematian janin dalam kandungan akan mereka kehilangan. Pada proses berduka ibu memperlihatkan perilaku yang khas dan merasa emosional tertentu. Hal ini dikelompokkan kedalam berbagai tahapan meliputi :

- 1) Syok dan menyangkal, ketika disampaikan janinnya mati reaksi orang tua atau ibu pertama kali adalah syok, tidak percaya dan menyangkal.
- 2) Marah dan bergeming, beberapa ahli menyebut ini sebagai tahap pencarian karena orang tua mencari alasan tentang kematian. Mereka biasanya mencari hal-hal yang mungkin mereka lakukan dengan berbeda
- 3) Disorientasi dan depresi, emosi predomnan pada fase ini adalah kesedihan berduka dibarengi dengan kehilangan, mereka menolak dan menarik diri, orang tua mungkin mengalami kesulitan untuk kembali ke kehidupan normal sehari – hari.
- 4) Reorganisasi dan penerimaan, fase akhir berduka meliputi penerimaan rasa kehilangan dan kembali beraktivitas normal sehari – hari. Hal yang sangat individu ini mungkin membutuhkan waktu beberapa bulan. Energi emosional ditinggalkan dan dikurangi serta mengalami kembali hubungan baru serta aktivitas baru.

7. Kehamilan dengan Ketergantungan Obat

Ketergantungan obat adalah salah satu keadaan kebutuhan fisik atau mental (psikologis) atau kedua – duanya yang terjadi sebagai akibat. Kondisi ini dapat terjadi akibat pergaulan bebas, kurang perhatian dan kasih sayang dari suami dan keluarga, serta kurang rasa percaya diri.

Penggunaan obat-obatan oleh wanita hamil dapat menyebabkan masalah baik pada ibu maupun janinnya. Janin akan mengalami cacat fisik dan emosional. Pertumbuhan janin akan terhambat, sehingga dapat menyebabkan bayi lahir dengan berat badan rendah (BBLR). Bahkan dapat menyebabkan anak terhambat proses belajarnya nantinya dan bahkan ibu-ibu yang ketergantungan obat maka anaknya juga bisa ketergantungan obat. Selain itu penggunaan obat-obatan atau ketergantungan obat ini juga dapat menyebabkan terjadinya abortus, partus prematur dan abortio plasenta. Tidak hanya itu, wanita dengan ketergantungan obat ini memiliki efek stres yang tinggi karena pemikiran-pemikiran yang berupa khayalan yang bukan-bukan terhadap janinnya. Memikirkan janinnya lahir nanti dalam keadaan cacat dan atau meninggal dalam perutnya.

a) Jenis-jenis Obat yang Menimbulkan Ketergantungan

1) Antikolinergik

Yaitu jenis obat yang memberikan efek menenangkan, membuat pemakai tidak atau kurang mampu merasakan sensasi. Banyak digunakan dalam tindakan medis seperti anestesi (pembiusan), meliputi Atropine, Belladonna, dan Skopolamin.

2) Kanabis/Ganja

Yaitu jenis-jenis obat yang tergolong dalam kelas cannabis sativa atau tanaman rami. Tanaman semak/perdu yang tumbuh secara liar di hutan yang mana daun, bunga, dan biji kanabis berfungsi untuk relaksasi dan mengatasi keracunan ringan (intoksikasi ringan). Jenisnya antara lain *Mariyuana*, *Tetrahydrocannabinol* (THC), dan ganja.

3) Sedative pada susunan sistem saraf pusat

Yaitu berbagai jenis obat yang mampu menenangkan atau menjadikan fase relaksasi pada sistem saraf pusat,

yaitu *Barbiturat, Klordiazepoksid, Diazepam, Lorazepam, Glutetimida, dan Meproamat.*

4) **Stimulant** pada susunan sistem saraf pusat

Yaitu berbagai jenis obat-obatan yang mampu menstimulasi kerja sistem saraf pusat yang terdiri atas antiobesitas, Amfetamin, Kokain, Metilfenidat, Metaqualon, dan Fenmetrazin.

b) Halusinogen

i. Yaitu berbagai jenis obat-obatan yang memberikan efek rasa sejahtera dan euforia ringan, serta membuat pemakainya berhalusinasi, yaitu LSD, Ketamin, Meskalin, Dimetiltriptamin, dan Fensiklidin.

c) Opiat/Narkotik

i. Opiate atau opium adalah bubuk yang dihasilkan oleh tanaman yang bernama *Poppy/Papaver somniferum* dimana di dalam bubuk haram tersebut terkandung morfin yang sangat baik untuk menghilangkan rasa sakit dan kodein yang berfungsi sebagai obat antitusif. Jenisnya antara lain adalah Kodein, Heroin, Hidromorfon, Meperidin, Morfin, Opium, Pentazosin, dan Tripelenamin.

G. Pengelolaan Gangguan Psikologi

1. Pengelolaan Gangguan Psikologis pada Infertilitas

Gangguan psikologis pada infertilitas merupakan siklus yang tidak terputus. Infertilitas dapat disebabkan oleh adanya gangguan psikologis yang menghambat proses reproduksi itu sendiri dan dampak dari infertilitas ini juga mengakibatkan gangguan psikologis.⁴ Adapun penanganannya dapat dilakukan dengan konseling pasangan, mengingat kondisi ini melibatkan kedua belah pihak, yaitu suami dan istri.

10

2. Pengelolaan Gangguan Psikologis pada Kehamilan Palsu (*Pseudocyesis*)

Peristiwa *pseudocyesis* merujuk pada peristiwa *pseudologia*, yaitu fantasi-fantasi kebohongan yang selalu ditampilkan ke depan untuk mengingkari atau menghindari realitas yang tidak

menyenangkan. Wanita *pseudocyesis* ingin sekali menonjolkan egonya untuk menutupi kelemahan dirinya, oleh karena itu dipilihlah aliran konseling psikoanalisis dengan menekankan pentingnya riwayat hidup klien, pengaruh dari pengalaman diri pada kepribadian individu, serta irasionalitas dan sumber-sumber tak sadar dari tingkah laku manusia. Peran konselor dalam hal ini adalah menciptakan suasana senyaman mungkin agar klien merasa bebas untuk mengekspresikan pikiran-pikiran yang sulit. Proses ini bisa dilakukan dengan meminta klien berbaring di sofa dan konselor di belakang (sehingga tidak terlihat). Konselor berupaya agar klien mendapat wawasan dengan menyelami kembali dan kemudian menyelesaikan pengalaman masa lalu yang belum terselesaikan. Dengan begitu klien diharapkan dapat memperoleh kesadaran diri, kejujuran dan hubungan pribadi yang lebih efektif, dapat menghadapi ansietas dengan realistis, serta dapat mengendalikan tingkah laku irasional (Lesmana, 2006).

3. Pengelolaan Gangguan Psikologis pada Kehamilan di Luar Nikah

Penatalaksanaan yang bisa dilakukan guna menangani permasalahan ini adalah dengan konseling humanistik, di mana manusia sebagai individu berhak menentukan sendiri keputusannya dan selalu berpandangan bahwa pada dasarnya manusia itu adalah baik (Rogers, 1971). Sebagai konselor yang ingin memberikan konseling perlu memiliki tiga karakter seperti berikut ini.

- a. *Empati*, adalah kemampuan konselor untuk merasakan bersama dengan klien, usaha berpikir bersama tentang, dan untuk mereka (klien).
- b. *Positive regard (acceptance)*, yaitu menghargai klien dengan berbagai kondisi dan keberadaannya.
- c. *Congruence (genuineness)*, adalah kondisi transparan dalam hubungan terapeutik.

4. Pengelolaan Gangguan Psikologis pada Kehamilan yang Tidak Dikehendaki

Penanganan dalam permasalahan ini tidak jauh berbeda dengan penanganan pada kehamilan di luar nikah. Perbedaannya

hanya pada teknik konselingnya-karena kehamilan ini terjadi pada wanita yang telah menikah-yaitu dengan konseling pasangan.

10

5. Pengelolaan Gangguan Psikologis pada Kehamilan dengan Keguguran

Sindrom pasca-abortus berada dalam kategori "kekacauan akibat stress pasca-trauma". *The American Psychiatric (APA)* menjelaskan bahwa kekacauan akibat stress pasca-trauma terjadi apabila orang mengalami suatu peristiwa yang melampaui batas pengalaman manusia biasa, di mana pengalaman ini hampir dipastikan akan mengguncangkan jiwa siapa saja. *Sindrom Pasca-abortus* ditangani dengan konseling kejiwaan dan psikologis. Pada dasarnya terapi konseling untuk wanita post-aborsi tidak jauh berbeda dengan konseling karena kehilangan, di mana dalam konseling ini harus memperhatikan setiap fase dalam penerapannya.

14

6. Pengelolaan Gangguan Psikologis pada Kehamilan dengan Janin Mati

Dalam memberikan bantuan dan konseling pada ibu dengan janin mati harus disesuaikan dengan fase di mana ia berada. Dengan memperhatikan hal itu diharapkan bantuan yang diberikan adalah bantuan yang tepat, bukan bantuan yang justru membuat keadaan semakin kacau.

16

7. Pengelolaan Gangguan Psikologis pada Kehamilan dengan Ketergantungan Obat

- a. Ketergantungan obat merupakan suatu kondisi yang tercipta karena adanya pengaruh lingkungan dan faktor kebiasaan.
- b. Dalam penanganan permasalahan ini perlu dilakukan konseling dengan pendekatan *behavioristik*, dimana konselor membantu klien untuk belajar bertindak dengan cara-cara yang baru dan pantas, atau membantu mereka untuk memodifikasi atau mengeliminasi tingkah laku yang berlebih atau maladaptif.
- c. Tujuan dari konseling yang diberikan adalah untuk mengubah tingkah laku yang maladaptif dan belajar tingkah

laku yang lebih efektif. Memfokuskan pada faktor-faktor yang mempengaruhi tingkah laku dan menemukan cara untuk mengatasi tingkah laku yang bermasalah. Dalam hal ini bidan harus mampu membantu klien untuk mengubah tingkah laku maladaptifnya, yang tentunya melalui tahapan-tahapan dan proses yang kontinu.

- d. Riwayat pasien yang lengkap dengan pertanyaan secara spesifik sangat penting diperoleh bertujuan mendeteksi penyalahgunaan zat, sehingga akan dapat diperoleh faktor-faktor yang mempengaruhi ketergantungan obat pada wanita tersebut. Bidan harus mengerti bahwa wanita sering kali menggunakan lebih dari satu zat, contohnya, wanita yang menggunakan sedatif mungkin juga menggunakan stimulan.
- e. Bidan harus mampu memberikan penguatan/*reinforcement* dan terus memberikan dukungan pada wanita dalam setiap tahap perubahan tingkah laku pemulihannya, dan juga menanamkan pengertian akan berharganya sang buah hati, yang dapat mendorong wanita untuk melakukan proses pemulihan. Bidan harus memberikan dukungan kontinu pada wanita saat melakukan pemulihan dan pola kekambuhan adiksi.
- f. Jadilah pendengar yang baik bagi wanita dengan ketergantungan zat, karena sering kali penerimaan yang baik menimbulkan kepercayaan dan rasa tenang bagi wanita.

H. Konseling dan Komunikasi Terapeutik pada Masa Kehamilan

Tingginya angka kematian ibu (AKI) merupakan permasalahan, karena kematian ibu akan berdampak kepada seluruh keluarga. Mengingat masih tingginya AKI, diperlukan suatu kerja sama yang baik antara bidan dengan ibu. Salah satu upaya yang dapat dilakukan oleh bidan adalah dengan melakukan konseling. Konseling yang diberikan kepada ibu hamil maupun keluarga meliputi proses kehamilan, gejala kehamilan, tanda-tanda kehamilan, taksiran usia kehamilan, perkiraan persalinan, status kesehatan ibu dan janin, keluhan umum, tanda-tanda komplikasi kehamilan, dan lain-lain.

Konseling yang diberikan bidan pada trimester pertama dan kedua adalah pemberian informasi tentang perubahan-perubahan yang akan

terjadi selama perkembangan janin berdasarkan usia kehamilannya, perubahan pada ibu, dan usaha pencegahannya

I. Cara mengatasi Kondisi Perubahan Psikologis pada Ibu Hamil

1. Dapatkan informasi dari berbagai sumber tentang perubahan kondisi fisik dan psikologis pada saat kehamilan, terutama ibu hamil untuk anak pertama.
2. Komunikasi dengan suami segala hal yang dialami oleh ibu hamil, agar terjadi saling pengertian dan dukungan dari keluarga tentang perubahan yang dialami.
3. Untuk menjaga kesehatan dan perkembangan janin yang normal, rajin check up / periksa kehamilan.
4. Makan makanan yang sehat, bergizi untuk menunjang pertumbuhan dan perkembangan bayi.
5. Tetap menjaga penampilan.
6. Kurangi kegiatan yang bisa membahayakan pertumbuhan dan perkembangan janin.
7. Dengarkan music agar lebih rileks menghadapi setiap perubahan yang ada.
8. Melakukan senam hamil untuk dapat membantu ibu hamil menormalkan perubahan psikologis.
9. Latihan pernapasan yang teratur untuk mempersiapkan fisik pada waktu melahirkan.

J. Intervensi Yang Dapat Dilakukan

1. Menciptakan lingkungan terapeutik
Untuk mengurangi tingkat kecemasan, kepanikan, ketakutan akibat halusinasi, sebaiknya pada permulaan pendekatan dilakukan secara individual dan diusahakan agar terjadi kontak mata. Kalau perlu disentuh atau dipegang pendekatan harus dilakukan secara teratur tetapi tidak secara terus menerus. Dirumah harus disediakan sarana yang dapat merangsang perhatian dan mendorong pasien untuk berhubungan dengan realita, misalnya jam dinding, kalender, gambar atau hiasan dinding, majalah dan mainan. Penderita diajarkan untuk mengenali rangsangan halusinasi, membuktikan apakah rangsangan itu nyata atau tidak, misalnya dengan menanyakan

pada orang lain dan cara mengurangi timbulnya halusinasi, antara lain dengan selalu menyibukan diri dan mengurangi waktu untuk berkhayal.

2. Mengali permasalahan pasien dan membantu mengatasi masalah yang ada.

Setelah pasien lebih kooperatif dan komunikatif mengatasi masalah yang ada. Permasalahan penderita yang merupakan penyebab timbulnya halusinasi serta membantu mengatasi masalah yang ada.

3. Memberi aktivitas.

Penderita diajak beraktifitas/mengaktifkan diri untuk melakukan gerakan fisik misalnya olahraga, bermain atau melakukan kegiatan lain. Kegiatan ini dapat membantu mengarahkan penderita ke kehidupan nyata dan memilih kegiatan yang sesuai.

4. Melibatkan keluarga lain dalam proses perawatan.

5. Melaksanakan program terapi dokter.

Seringkali penderita menolak obat yang diberikan sehubungan dengan halusinasi yang diterimanya. Pendekatan sebaliknya persuasive. Keluarga harus mengerti agar obat yang diberikan benar-benar ditelan atau masuk.

DAFTAR PUSTAKA

- _____. 2003. Buku 2 : Asuhan Antenatal. Pusdiknakes.
- Stoppard, Miriam. 2002. *Kehamilan dan Kelahiran*. Jakarta : Mitra Media publisher.
- 16
Sulistyawati A. *Asuhan Kebidanan pada Masa Kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Susilowati H, Endang. 2006. *Lebih Jauh tentang Kehamilan*. Jakarta : Edsa Mahkota.
- Vera Wati, 2017 *Asuhan Kebidanan Berkelanjutan*. Semarang : Unissula
- Walsh, Linda. 2001. *Community - Based Care During the Childbearing Year*. W.B Saunders Company. United States of America.

Bab 9

KONSEP PERMASALAHAN BUDAYA

A. Pendahuluan

Indonesia merupakan negara yang berbhineka dari beragam aspek, mulai dari kesukuan, etnisitas, religi, bahasa dan sebagainya. Keberagaman yang menjadi modal sekaligus tantangan bagi bangsa Indonesia. Perkembangan media menjadikan isu multikulturalisme semakin menyeruak ke wacana publik. Persoalan kecil dalam isu multikulturalisme dapat dengan cepat meledak ketika media mengekspos kasus multikulturalisme yang terjadi. Kondisi masyarakat kontemporer ini ditengarai ada tiga kategori keanekaragaman golongan yang hidup dan mewarnai masyarakat, yaitu (1) keanekaragaman subkultur, (2) keanekaragaman perspektif dan (3) keanekaragaman komunal (Parekh, 2008 ; Pratiwi & Sukmono, 2018).

Kondisi masyarakat Indonesia yang beragam harus disadari membutuhkan paham multikulturalisme, dimana semangat dari paham multikulturalisme tersebut adalah tentang pengakuan terhadap kelompok-kelompok minoritas dalam keberagaman, hal ini seperti pemahaman dari Kymlica bahwa multikulturalisme itu ada karena disana ada perasaan keberagaman, diakuinya keberadaan minoritas dan kelompok etnis tertentu (Rahim, 2012).

Sehingga diperlukannya sebuah pendidikan multikultural di semua bidang, khususnya dalam dunia pendidikan, karena tanpa adanya pendidikan multikultural yang memadai maka keberagaman bangsa Indonesia lambat laun akan tergerus oleh ego-ego kelompok tertentu yang merasa berkuasa dan paling benar.

Pendidikan multikultural sendiri merupakan proses penanaman cara hidup menghormati, tulus, dan toleran terhadap keragaman budaya yang hidup di tengah-tengah masyarakat plural, sehingga diharapkan adanya kelenturan

mental bangsa menghadapi benturan konflik sosial (Muslimin, 2012).

11

Pendidikan multikultural cukup penting untuk dipahami dan diterapkan dalam segala bidang, khususnya oleh tenaga kesehatan atau bidan karena mereka nantinya akan berhadapan dengan pasien dari berbagai etnis dan golongan, sehingga dari pendidikan multikultural dalam dunia kesehatan lahirlah sebuah kompetensi multikultural yang bisa membantu tenaga kesehatan memberikan pelayanan di lapangan (Rustam Ibrahim, 2013)

11

Kompetensi multikultural sangat penting dikuasai oleh para tenaga kesehatan dalam menghadapi berbagai latar belakang budaya pasien. Berbedanya kebudayaan ini menyebabkan banyaknya mitos mengenai perawatan pada masa kehamilan, persalinan, nifas dan juga bayi. Mitos- mitos yang berkembang beberapa ada yang merugikan ibu dan anak, bahkan kebenarannya kadang tidak dapat dibuktikan, juga bisa berbahaya bagi ibu dan anak (Siti & Mayasari, 2015). Hal ini akibat kurangnya pengetahuan masyarakat tentang perawatan selama kehamilan, bersalin, nifas dan perawatan pada bayi. Disinilah peran tenaga kesehatan untuk memberikan promosi kesehatan yang ilmiah kepada masyarakat agar mampu memfilter mitos-mitos atau budaya yang merugikan masyarakat. Berdasarkan hasil penelitian Sukmono dan Junaedi (2015) menyimpulkan bahwa pentingnya bidan menguasai kompetensi komunikasi multikultural saat berkomunikasi dengan pasien dan keluarga agar tidak terjadi kesalahpahaman. Dengan bahasa lokal, maka makna dalam komunikasi bisa bersifat *mindfulness*.

Berbagai pemaparan terkait dengan multikulturalisme, kompetensi multikultural, pendidikan multikultural sampai fenomena pendidikan kebidanan maka jelas relevansi pendidikan multikultural dan pendidikan kebidanan adalah pendidikan multikultural penting diberikan kepada tenaga kesehatan dengan harapan agar mahasiswa mampu memahami bahwa di dalam lingkungan mereka dan juga lingkungan yang lain terdapat keragaman budaya. Keragaman budaya inilah yang akan berpengaruh pada tingkah laku, sikap, pola pikir manusia

sehingga manusia memiliki cara-cara, kebiasaan, aturan, bahkan adat istiadat yang berbeda-beda. Maka dari itu implementasi pendidikan multikultural perlu dikembangkan di perguruan tinggi kesehatan sehingga para lulusannya lebih siap jika berhadapan dengan keberagaman yang ada disekitar mereka, baik dengan pasien maupun dalam kehidupan sosial. (Pratiwi & Sukmono, 2018)

B. Aspek Sosial dan Budaya

1. Aspek Sosial dan Budaya Sangat Mempengaruhi Pola Kehidupan Manusia

Di era globalisasi sekarang ini dengan berbagai perubahan yang begitu ekstrim menuntut semua manusia harus memperhatikan aspek sosial budaya. Salah satu masalah yang kini banyak merebak di kalangan masyarakat adalah kematian ataupun kematian pada ibu dan anak yang sesungguhnya tidak lepas dari faktor-faktor sosial budaya dalam masyarakat dimana mereka berada, atau tidak, faktor-faktor kepercayaan dan pengetahuan budaya seperti konsepsi-konsepsi mengenai berbagai pantangan, hubungan sebab akibat antara dan kondisi kesehatan-sakit, kebiasaan dan ketidaktahuan, sering kali berdampak baik maupun negatif terhadap kesehatan ibu dan anak (N.Indrasari, 2014).

Menjadi seorang bidan, bukan hal yang mudah. Seorang bidan harus siap fisik maupun mental, karena tugas seorang bidan pekerjaan berat. Bidan yang siap mengabdikan di kawasan pedesaan memiliki tantangan yang besar dalam mengubah pola kehidupan masyarakat yang memiliki dampak negatif terhadap kesehatan masyarakat. Tidak mudah mengubah pola pikir ataupun sosial budaya masyarakat. Apalagi masalah persalinan yang umum masih banyak menggunakan dukun beranak. Ditambah lagi tantangan tantangan yang dihadapi bidan di pedesaan adalah kemiskinan, pendidikan rendah, dan budaya .

Karena itu, kemampuan mengenali dan mencari solusi bersama masyarakat menjadi kemampuan dasar yang harus

dimiliki bidan. dan lingkungan di Untuk itu seorang bidan agar dapat melakukan pendekatan terhadap masyarakat tersebut, yang meliputi tingkat pengetahuan penduduk, struktur pemerintahan, adat istiadat dan kebiasaan sehari-hari, pandangan norma dan nilai, agama, bahasa, kesenian, dan hal-hal lain yang berkaitan dengan wilayah tersebut. masyarakat perlu mempelajari sosial-budaya. (Pratiwi & Sukmono, 2018)

Salah satu kunci keberhasilan hubungan yang efektif adalah komunikasi. Kegiatan bidan yang pertama kali harus dilakukan bila datang ke suatu wilayah (Bustami et al., 2017) adalah :

1. Mempelajari bahasa yang digunakan oleh masyarakat setempat.
2. Kemudian seorang bidan perlu mempelajari sosial-budaya masyarakat tersebut, yang meliputi :
 - a. tingkat pengetahuan penduduk,
 - b. struktur pemerintahan, adat istiadat dan kebiasaan sehari-hari,
 - c. pandangan norma dan nilai, agama, bahasa, kesenian, dan hal-hal lain yang berkaitan dengan wilayah tersebut.
3. Bidan harus menunjukkan otonominya dan akuntabilitas profesi melalui pendekatan sosial dan budaya yang akurat. Manusia sebagai makhluk ciptaan Tuhan yang dianugerahi pikiran, perasaan dan kemauan secara naluriah memerlukan perantara budaya untuk menyatakan rasa seninya, baik secara aktif dalam kegiatan kreatif, maupun secara pasif dalam kegiatan apresiatif.
4. Mengadakan kegiatan apresiatif, yaitu mengadakan pendekatan terhadap kesenian atau kebudayaan seolah kita memasuki suatu alam rasa yang kasat mata.

Maka itu dalam mengadakan pendekatan terhadap kesenian kita tidak cukup hanya bersimpati terhadap kesenian itu, tetapi lebih dari itu yaitu secara empati. Melalui kegiatan-kegiatan kebudayaan tradisional

setempat bidan dapat berperan aktif untuk melakukan promosi kesehatan. (Pratiwi & Sukmono, 2018)

2. Persepsi Budaya Terhadap Kehamilan dan Persalinan

Perawatan kehamilan adalah salah satu faktor penting untuk diperhatikan untuk mencegah terjadinya komplikasi dan kematian ketika persalinan, disamping itu juga untuk menjaga pertumbuhan dan kesehatan janin.

Kondisi sosial budaya (adat istiadat) dan kondisi lingkungan (kondisi geografis) berpengaruh terhadap kesehatan reproduksi. Situasi budaya dalam hal ini adat istiadat saat ini memang tidak kondusif untuk *help seeking behavior* dalam masalah kesehatan reproduksi di Indonesia. Hal ini dikemukakan berdasarkan realita, bahwa masyarakat Indonesia pada umumnya sudah terbiasa menganggap bahwa kehamilan merupakan suatu hal yang wajar yang tidak memerlukan antenatal care. Hal ini tentu berkaitan pula tentang pengetahuan dan pemahaman masyarakat tentang pentingnya antenatal care dan pemeliharaan kesehatan reproduksi lainnya (Suryawati, 2007).

Memahami perilaku perawatan kehamilan (antenatal care) adalah penting untuk mengetahui dampak kesehatan bayi dan si ibu sendiri. Kenyataannya berbagai kalangan masyarakat di Indonesia, masih banyak ibu-ibu yang menganggap kehamilan sebagai hal yang biasa, alamiah dan kodrati. Mereka merasa tidak perlu memeriksakan dirinya secara rutin ke bidan ataupun dokter.

Pada dasarnya masyarakat mengkhawatirkan masa kehamilan dan persalinan. Masa kehamilan dan persalinan dideskripsikan oleh Bronislaw Malinowski menjadi fokus perhatian yang sangat penting dalam kehidupan masyarakat. Ibu hamil dan yang akan bersalin dilindungi secara adat, religi, dan moral dengan tujuan untuk menjaga kesehatan ibu dan bayi. Mereka

menganggap masa tersebut adalah masa kritis karena bisa membahayakan janin dan/atau ibunya. Masa tersebut direspons oleh masyarakat dengan strategi-strategi, seperti dalam berbagai upacara kehamilan, anjuran, dan larangan secara tradisional (Malinowski, Bronislaw, 1927: Perrin & Panoff, 1972)

Permasalahan yang cukup besar pengaruhnya pada kehamilan adalah masalah gizi. Permasalahan gizi pada ibu hamil di Indonesia tidak terlepas dari faktor budaya setempat. Hal ini disebabkan karena adanya kepercayaan-kepercayaan dan pantangan-pantangan terhadap beberapa makanan. Kepercayaan bahwa ibu hamil dan postpartum pantang mengonsumsi makanan tertentu menyebabkan kondisi ibu post partum kehilangan zat gizi yang berkualitas. Sementara, kegiatan mereka sehari-hari tidak berkurang ditambah lagi dengan pantangan-pantangan terhadap beberapa makanan yang sebenarnya sangat dibutuhkan oleh wanita hamil tentunya akan berdampak negatif terhadap kesehatan ibu dan janin. Kemiskinan masyarakat akan berdampak pada penurunan pengetahuan dan informasi, dengan kondisi ini keluarga, khususnya ibu akan mengalami resiko kekurangan gizi, menderita anemia dan akan melahirkan bayi berat badan lahir rendah. Tidak heran kalau anemia dan kurang gizi pada wanita hamil cukup tinggi terutama di daerah pedesaan. Dapat dikatakan bahwa persoalan pantangan atau tabu dalam mengonsumsi makanan tertentu terdapat secara universal di seluruh dunia. Pantangan atau tabu adalah suatu larangan untuk mengonsumsi jenis makanan tertentu, karena terdapat ancaman bahaya terhadap barang siapa yang melanggarnya.

Dalam ancaman bahaya ini terdapat kesan magis, yaitu adanya kekuatan superpower yang berbau mistik yang akan menghukum orang-orang yang melanggar pantangan atau tabu tersebut. Tampaknya

berbagai pantangan atau tabu pada mulanya dimaksudkan untuk melindungi kesehatan anak-anak dan ibunya, tetapi tujuan ini bahkan ada yang berakibat sebaliknya, yaitu merugikan kondisi gizi dan kesehatan.

Secara universal adat atau kepercayaan tentang makanan yang terkait dengan tabu ada di seluruh negara, baik di negara yang teknologinya sudah maju maupun di negara berkembang. Di Meksiko seorang wanita hamil dan setelah melahirkan dilarang makan makanan yang bersifat "dingin". Masyarakat Cina Amerika menganut teori "Yin" dan "Yang" sehingga wanita yang baru melahirkan harus dilindungi dari angin dan dilarang makan makanan dan minuman yang bersifat dingin, dan minum obat. Di beberapa negara berkembang umumnya ditemukan larangan atau pantangan tertentu bagi wanita hamil. Di Indonesia wanita hamil dan setelah melahirkan dilarang makan telur, daging, udang, ikan laut dan lele, keong, daun lembayung, buah pare, nanas, gula merah, dan makanan yang digoreng dengan minyak (Gizi et al., 2006)

Berikut contoh budaya di berbagai daerah, antara lain :

1. Di Jawa Tengah, ada kepercayaan bahwa ibu hamil pantang makan telur karena akan mempersulit persalinan dan pantang makan daging karena akan menyebabkan perdarahan yang banyak (Ipa et al., 2016).
2. Sementara di salah satu daerah di Jawa Barat, ibu yang kehamilannya memasuki 8-9 bulan sengaja harus mengurangi makannya agar bayi yang dikandungnya kecil dan mudah dilahirkan. Di masyarakat Betawi berlaku pantangan makan ikan asin, ikan laut, udang dan kepiting karena dapat menyebabkan ASI menjadi asin (Bustami et al., 2017).

6

Contoh lain di daerah Subang, ibu hamil pantang makan dengan menggunakan piring yang besar karena khawatir bayinya akan besar sehingga akan mempersulit persalinan. Selain itu, larangan untuk memakan buah-buahan seperti pisang, nenas, ketimun dan lain-lain bagi wanita hamil juga masih dianut oleh beberapa kalangan masyarakat terutama masyarakat di daerah pedesaan (Khasanah, 2011).

Budaya pantang pada ibu hamil sebenarnya justru merugikan kesehatan ibu hamil dan janin yang dikandungnya. Misalnya ibu hamil dilarang makan telur dan daging, padahal telur dan daging justru sangat diperlukan untuk pemenuhan kebutuhan gizi ibu hamil dan janin. Berbagai pantangan tersebut akhirnya menyebabkan ibu hamil kekurangan gizi seperti anemia dan kurang energi kronis (KEK).

Dampaknya, ibu mengalami pendarahan pada saat persalinan dan bayi yang dilahirkan memiliki berat badan rendah (BBLR) yaitu bayi lahir dengan berat kurang dari 2.500 gram. Tentunya hal ini sangat mempengaruhi daya tahan dan kesehatan si bayi. Memasuki masa persalinan merupakan suatu periode yang kritis bagi para ibu hamil karena segala kemungkinan dapat terjadi sebelum berakhir dengan selamat atau dengan kematian.

Keberhasilan persalinan ibu ditentukan oleh beberapa faktor, yaitu :

1. Ada tidaknya faktor resiko kesehatan ibu,
2. Pemilihan penolong persalinan,
3. Keterjangkauan dan ketersediaan pelayanan kesehatan, kemampuan penolong persalinan sampai sikap keluarga dalam menghadapi keadaan gawat.

Sebagian besar kelahiran berlangsung normal, namun bisa saja tidak, seperti akibat pendarahan dan kelahiran yang sulit. Persalinan merupakan peristiwa

(kesehatan) besar, sehingga komplikasinya dapat menimbulkan konsekuensi sangat serius. Sejumlah komplikasi sewaktu melahirkan sebenarnya bisa dicegah, misalnya komplikasi akibat melahirkan yang tidak aman bisa dicegah dengan pertolongan bidan atau tenaga medis lain. Komplikasi seperti ini menyumbang 6% dari angka kematian

Sekitar 60% persalinan di Indonesia berlangsung di rumah. Dalam kasus seperti ini, para ibu memerlukan bantuan seorang "tenaga persalinan terlatih". Sebenarnya, pemerintah pusat telah melatih banyak bidan, dan mengirim mereka ke seluruh penjuru Indonesia.

Namun, sepertinya pemerintah daerah tidak menganggap hal tersebut sebagai prioritas, dan tidak mempekerjakan para bidan setelah berakhirnya kontrak mereka dengan Kementerian Kesehatan. Selain itu, ada masalah terkait kualitas. Para bidan desa mungkin tidak mendapatkan pelatihan yang cukup atau mungkin kekurangan peralatan. Jika mereka bekerja di komunitas-komunitas kecil, mereka mungkin tidak menghadapi banyak persalinan, sehingga tidak mendapat pengalaman yang cukup (Bustami et al., 2017).

Namun salah satu dari masalah utamanya adalah jika disuruh memilih, banyak keluarga yang memilih tenaga persalinan tradisional.

Di daerah pedesaan, kebanyakan ibu hamil masih mempercayai dukun beranak untuk menolong persalinan yang biasanya dilakukan di rumah. Beberapa penelitian yang pernah dilakukan mengungkapkan bahwa masih terdapat praktik-praktik persalinan oleh dukun yang dapat membahayakan si ibu. Sebuah penelitian menunjukkan beberapa tindakan/praktik yang membawa resiko infeksi seperti "mengolesi" (memasahi vagina dengan minyak kelapa untuk memperlancar persalinan), "kodok" (memasukkan

tangan ke dalam vagina dan uterus untuk mengeluarkan plasenta) atau "nyanda" (setelah persalinan, ibu duduk dengan posisi bersandar dan kaki diluruskan ke depan selama berjam-jam yang dapat menyebabkan perdarahan dan pembengkakan) (Dr. H. Muzakir 2018).

Pemilihan dukun beranak sebagai penolong persalinan pada dasarnya disebabkan karena beberapa alasan, antara lain :

1. Dikenal secara dekat
2. Biaya murah
3. Mengerti dan dapat membantu dalam upacara adat yang berkaitan dengan kelahiran anak serta merawat ibu dan bayi sampai 40 hari.

Walaupun sudah banyak dukun beranak yang dilatih, namun praktek-praktek tradisional tertentu masih dilakukan. Interaksi antara kondisi kesehatan ibu hamil dengan kemampuan penolong persalinan sangat menentukan hasil persalinan yaitu kematian atau bertahan hidup.

Secara medis, penyebab klasik kematian ibu akibat melahirkan adalah :

1. Perdarahan,
2. Infeksi dan eklamsia (keracunan kehamilan).

Kondisi-kondisi tersebut bila tidak ditangani secara tepat dan profesional dapat berakibat fatal bagi ibu dalam proses persalinan. Namun, kefatalan ini sering terjadi tidak hanya karena penanganan yang kurang baik tetapi juga karena ada faktor keterlambatan pengambilan keputusan dalam keluarga.

Umumnya, terutama di daerah pedesaan, keputusan terhadap perawatan medis apa yang akan dipilih harus dengan persetujuan kerabat yang lebih tua atau keputusan berada di tangan suami yang seringkali menjadi panik melihat keadaan krisis yang terjadi. Kepanikan dan ketidaktahuan akan gejala-gejala tertentu saat persalinan dapat menghambat tindakan

yang seharusnya dilakukan dengan cepat. Tidak jarang pula nasehat-nasehat yang diberikan oleh teman atau tetangga mempengaruhi keputusan yang diambil. Keadaan ini seringkali pula diperberat oleh faktor geografis, dimana jarak rumah si ibu dengan tempat pelayanan kesehatan cukup jauh, tidak tersedianya transportasi, atau oleh faktor kendala ekonomi dimana ada anggapan bahwa membawa si ibu ke rumah sakit akan memakan biaya yang mahal. Selain dari faktor keterlambatan dalam pengambilan keputusan, faktor geografis dan kendala ekonomi, keterlambatan mencari pertolongan disebabkan juga oleh adanya suatu keyakinan dan sikap pasrah dari masyarakat bahwa segala sesuatu yang terjadi merupakan takdir yang tak dapat dihindarkan. Kenyataannya, perempuan mana pun dapat mengalami komplikasi kehamilan, kaya maupun miskin, di perkotaan atau di pedesaan, tidak peduli apakah sehat atau cukup (BAPPEDA ACEH, 2016).

Ini artinya, kita harus memperlakukan setiap persalinan sebagai satu potensi keadaan darurat yang mungkin memerlukan perhatian di sebuah pusat kesehatan atau rumah sakit, untuk penanganan cepat. Pengalaman internasional menunjukkan bahwa sekitar separuh dari kematian ibu dapat dicegah oleh bidan terampil, sementara separuhnya lainnya tidak dapat diselamatkan akibat tidak adanya perawatan yang tepat dengan fasilitas medis memadai (Greenway, Armstrong, & Colmer, 2006)

Selain pada masa hamil, pantangan-pantangan atau anjuran masih diberlakukan juga pada masa pasca persalinan. Pantangan ataupun anjuran ini biasanya berkaitan dengan proses pemulihan kondisi fisik. Misalnya, ada makanan tertentu yang sebaiknya dikonsumsi untuk memperbanyak produksi ASI, ada pula makanan tertentu yang dilarang karena dianggap dapat mempengaruhi kesehatan bayi. Secara

tradisional, ada praktek-praktek yang dilakukan oleh dukun beranak untuk mengembalikan kondisi fisik dan kesehatan si ibu (Khasanah, 2011).

Misalnya, mengurut perut yang bertujuan untuk mengembalikan rahim ke posisi semula, memasukkan ramuan-ramuan seperti daun-daunan kedalam vagina dengan maksud untuk membersihkan darah dan cairan yang keluar karena proses persalinan, atau memberi jamu tertentu untuk memperkuat tubuh (Dr. H. Muzakkir 2018).

3. Persepsi Budaya Terhadap Pola Asuh Anak

Usia 1-3 tahun adalah periode emas untuk masa tumbuh kembang anak. Oleh sebab itu sangat penting pola asuh dan status gizi anak diperhatikan oleh para orang tua. Pola asuh anak mencakup "pola asuh makan" dan "pola asuh perawatan". Orang tua yang mampu memberikan pola asuh yang baik maka status gizi anaknya juga akan baik. Menurut Prof Ali Khomsan, salah satu faktor yang menentukan kualitas gizi anak adalah pola asuh, dimana para ibu memegang peranan penting dalam pengasuhan anak, yaitu sebesar 94% (Redaksi Go4healtylife.com. 2010: Khasanah, 2011)

Pada awal-awal masa kehidupan anak yaitu usia 0-6 bulan dimana seharusnya ASI adalah makanan utamanya yang menyehatkan, tapi masih banyak ditemukan praktik-praktik budaya ibu yang memberikan makanan selain ASI. Pada beberapa masyarakat tradisional di Indonesia kita bisa melihat konsepsi budaya yang terwujud dalam perilaku berkaitan dengan pola pemberian makan pada bayi yang berbeda dengan konsepsi kesehatan modern. Sebagai contoh, pemberian ASI menurut konsep kesehatan modern ataupun medis dianjurkan selama 2 (dua) tahun dan pemberian makanan tambahan berupa makanan padat sebaiknya dimulai sesudah bayi berumur 6 bulan.

Namun, banyak masyarakat yang sudah memberikan makanan kepada bayi sebelum usia 6 bulan.

Walaupun pada masyarakat tradisional pemberian ASI bukan merupakan permasalahan yang besar karena pada umumnya ibu memberikan bayinya ASI, namun yang menjadi permasalahan adalah pola pemberian ASI yang tidak sesuai dengan konsep medis sehingga menimbulkan dampak negatif pada kesehatan dan pertumbuhan bayi (Sattu et al., 2013).

Disamping pola pemberian yang salah, kualitas ASI juga kurang. Hal ini disebabkan banyaknya pantangan terhadap makanan yang dikonsumsi si ibu baik pada saat hamil maupun sesudah melahirkan.

Berikut contoh budaya yang ada di daerah Sumatera :

1. Pada suku Sasak di Lombok, ibu yang baru bersalin memberikan nasi pakpak (nasi yang telah dikunyah oleh ibunya lebih dahulu) kepada bayinya agar bayinya tumbuh sehat dan kuat. Mereka percaya bahwa apa yang keluar dari mulut ibu merupakan yang terbaik untuk bayi.
2. Sementara pada masyarakat Kerinci di Sumatera Barat, pada usia sebulan bayi sudah diberi bubur tepung, bubur nasi nasi, pisang dan lain-lain.

Ada pula kebiasaan memberi roti, pisang, nasi yang sudah dilumatkan ataupun madu, teh manis kepada bayi baru lahir sebelum ASI keluar. Demikian pula halnya dengan pembuangan kolostrum (ASI yang pertama kali keluar). Di beberapa masyarakat tradisional, kolostrum ini dianggap sebagai susu yang sudah rusak dan tak baik diberikan pada bayi karena warnanya yang kekuning-kuningan. Selain itu, ada yang menganggap bahwa kolostrum dapat menyebabkan diare, muntah dan masuk angin pada bayi. Padahal, kolostrum sangat berperan dalam menambah daya

kekebalan tubuh bayi (Kalangi, Nico S 1994: (Khasanah, 2011)

Pada masa selanjutnya yaitu anak usia 2-5 tahun, kebutuhan gizi anak tidak lagi dipenuhi oleh ASI tapi mutlak diperoleh dari asupan makanan. Oleh karena itu, anak usia di bawah lima tahun (balita) merupakan kelompok yang rentan terhadap kesehatan dan gizi.

Kurang Energi Protein (KEP) adalah salah satu masalah gizi utama yang banyak dijumpai pada balita di Indonesia. Peran orang tua terutama ibu dalam pengasuhan anak bawah lima tahun sangat besar. Balita belum mampu mengatur pola makannya sendiri, sehingga peran ibu sangat penting disini. Namun, keterbatasan pengetahuan ibu dan adanya pengaruh budaya setempat menjadi kendala dalam pengasuhan anak⁸

Dalam setiap masyarakat ada aturan-aturan yang menentukan kuantitas, kualitas dan jenis-jenis makanan yang seharusnya dan tidak seharusnya dikonsumsi oleh anggota-anggota suatu rumah tangga, sesuai dengan kedudukan, usia, jenis kelamin dan situasi-situasi tertentu.

Misalnya, ibu yang sedang hamil tidak diperbolehkan atau dianjurkan untuk mengkonsumsi makanan tertentu, ayah yang bekerja sebagai pencari nafkah berhak mendapat jumlah makanan yang lebih banyak dan bagian yang lebih baik daripada anggota keluarga yang lain, atau anak laki-laki diberi makan lebih dulu daripada anak perempuan. Walaupun pola makan ini sudah menjadi tradisi ataupun kebiasaan, namun seharusnya yang paling berperan mengatur menu setiap hari dan mendistribusikan makanan kepada keluarga adalah ibu, dengan kata lain ibu mempunyai peran sebagai gate-keeper dari keluarga (Reddy, P.H. 1990: Pratiwi & Sukmono, 2018).

Pola asuh yang dipengaruhi kebiasaan atau budaya setempat tidak hanya dalam hal makanan. Pola asuh dalam perawatan anak yang sakit juga tidak lepas dari pengaruh budaya. Menurut Foster dan Anderson, persepsi terhadap penyebab penyakit akan menentukan cara pengobatannya. Penyebab penyakit dapat dikategorikan ke dalam dua golongan yaitu personalistik dan naturalistik.

Penyakit- penyakit yang dianggap timbul karena adanya intervensi dari agen tertentu seperti perbuatan orang, hantu, makhluk halus dan lain-lain termasuk dalam golongan personalistik. Sementara yang termasuk dalam golongan naturalistik adalah : penyakit- penyakit yang disebabkan oleh kondisi alam seperti cuaca, makanan, debu dan lain-lain. Perbedaan pandangan terhadap penyebab penyakit inilah yang menyebabkan perbedaan dalam pencarian pengobatan (Foster, George M dan Barbara G. Anderson. 1986: (Pratiwi & Sukmono, 2018).

Dari sudut pandang sistem medis modern adanya persepsi masyarakat yang berbeda terhadap penyakit seringkali menimbulkan permasalahan. Sebagai contoh, ada masyarakat pada beberapa daerah beranggapan bahwa bayi yang mengalami kejang-kejang disebabkan karena kemasukan roh halus, dan hanya dukun yang dapat menyembuhkannya. Padahal kejang-kejang tadi mungkin disebabkan oleh demam yang tinggi, atau adanya radang otak yang bila tidak disembuhkan dengan cara yang tepat dapat menimbulkan kematian.

Kepercayaan-kepercayaan lain terhadap demam dan diare pada bayi adalah karena bayi tersebut bertambah kepandaiannya seperti sudah mau jalan. Ada pula yang menganggap bahwa diare yang sering diderita oleh bayi dan anak-anak disebabkan karena pengaruh udara, yang sering dikenal dengan istilah "masuk angin". Karena persepsi terhadap penyebab

penyakit berbeda- beda, maka pengobatannya pun berbeda-beda. Misalnya, di suatu daerah dianggap bahwa diare ini disebabkan karena "masuk angin" yang dipersepsikan sebagai "mendinginnya" badan anak maka perlu diobati dengan bawang merah karena dapat memanaskan badan si anak.

DAFTAR PUSTAKA

- BAPPEDA ACEH. (2016). Kajian Faktor Resiko Kematian Ibu dan Bayi. *Laporan Penelitian Kajian Faktor Resiko Kematian Ibu Dan Bayi Di Provinsi Banda Aceh*, 1–30.
- Bustami, L. E. S., Insani, A. A., Iryani, D., & Yulizawati. (2017). Buku Ajar Kebidanan Komunitas. In CV. RUmahkayu Pustaka Utama.
- Gizi, K., Besi, K. T., Teh, D. A. N., & Kadar, T. (2006). PADA IBU HAMIL DI KOTA PEKALONGAN TAHUN 2006 Juni.
- Greenway, H., Armstrong, W., & Colmer, T. D. (2006). Conditions leading to high CO₂ (>5 kPa) in waterlogged-flooded soils and possible effects on root growth and metabolism. *Annals of Botany*, 98(1), 9–32. <https://doi.org/10.1093/aob/mcl076>
- Dr. H. Muzakkir, M.Kes. *Dukun dan Bidan Dalam Perspektif Sosiologi*. Makassar: CV SAH MEDIA, 2018.
- Ipa, M., Prasetyo, D. A., & Kasnodihardjo, K. (2016). Praktik Budaya Perawatan Dalam Kehamilan Persalinan Dan Nifas Pada Etnik Baduy Dalam. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 7(1). <https://doi.org/10.22435/kespro.v7i1.5097.25-36>
- Khasanah, N. (2011). Dampak Persepsi Budaya terhadap Kesehatan Reproduksi Ibu dan Anak di Indonesia. *Muwazah*, 3(2), 487–492.
- Muslimin. (2012). Pendidikan Multikultural sebagai Perekat Budaya Nusantara: Menuju Indonesia yang Lebih Baik. *Prosiding Seminar Internasional Multikultural & Globalisasi*, 7, 87–94. https://repository.ung.ac.id/get/simlit_res/4/46/Pendidikan_Multikultural_Sebagai_Perekat_Budaya_Nusantara_Menuju_Indonesia_yang_Lebih_Baik.pdf
- N.Indrasari. (2014). Hubungan Faktor Sosial Budaya Dengan Persalinan Oleh Dukun Bayi Didesa Negeri Agung Kecamatan Talang Padang, Tanggamus. Edisi Desember, VII(2), 19779–469.

- Perrin, E., & Panoff, M. (1972). Bronislaw Malinowski. *Revue Française de Sociologie*, 13, 733. <https://doi.org/10.2307/3320737>
- Pratiwi, M. L. E., & Sukmono, F. G. (2018). Pendidikan Multikultur Berkemajuan Dalam Pendidikan Kebidanan. *Jurnal Riset Kebidanan Indonesia*, 2(1), 7. <https://doi.org/10.32536/jrki.v2i1.19>
- Rahim, R. (2012). SIGNIFIKANSI PENDIDIKAN MULTIKULTURAL TERHADAP KELOMPOK MINORITAS. *Analisis*, XII, 161–182.
- Rustam Ibrahim. (2013). PENDIDIKAN MULTIKULTURAL: Pengertian, Prinsip, dan Relevansinya dengan Tujuan Pendidikan Islam. *Addin*, 7(1), 129–154.
- Sattu, M., Citrakesumasari, & Sirajuddin, S. (2013). Pemberian ASI Ibu Menyusui yang Tidak Eksklusif pada Suku Balantak Kabupaten Banggai Sulawesi Tengah. *Jurnal Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin*, 1–13.
- Siti, I., & Mayasari, S. (2015). STUDY OF DEVELOPING THE MYTHS OF PREGNANCY IN BPS Zubaidah. *University Research Colloquium 2015*, 64–72.
- Suryawati, C. (2007). Faktor Sosial Budaya dalam Praktik Perawatan Kehamilan, Persalinan, dan Pasca Persalinan (Studi di Kecamatan Bangsri Kabupaten Jepara). *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 2(1), 21-31-31. <https://doi.org/10.14710/jpki.2.1.21-31>

Bab 10

KONSEP MASALAH SOSIAL

A. Patologi Sosial dan Masalah Ilmu Sosial

Satu atau dua abad yang lalu, orang menyebut sesuatu sebagai penyakit sosial dengan ukuran moral. Hal yang berkaitan dengan semua peristiwa moralistik yang buruk dinyatakan sebagai gejala penyakit sosial. Pada abad ke-19 dan awal abad ke-20, para sosiologi mendefinisikan patologi sosial sebagai semua tingkah laku yang bertentangan dengan norma kebaikan, stabilitas lokal, pola kesederhanaan, moral, hak milik, solidaritas kekeluargaan, hidup rukun bertetangga, disiplin, kebaikan dan hukum formal.

Selanjutnya yang disebut sebagai masalah sosial ialah :

1. Segala bentuk tingkah laku yang melanggar adat istiadat, norma dan aturan hidup bermasyarakat yang dapat merusak kesejahteraan hidup bersama
2. Keadaan sosial yang dianggap mengganggu oleh sebagian besar masyarakat, tidak dikehendaki, berbahaya dan merugikan banyak orang.

Adat-istiadat dan kebudayaan mempunyai nilai pengontrol dan nilai sanksional terhadap tingkah laku anggota masyarakatnya. Sehingga tingkah laku yang dianggap melanggar norma, adat-istiadat, atau tidak terintegrasi dengan tingkah laku umum, dianggap sebagai masalah sosial (Eldino, 2020).

B. Perilaku Sosial Menyimpang

Perilaku Sosial yang menyimpang tidak lain adalah perilaku yang dapat dikategorikan seperti halnya tentang pelacuran. Sedangkan hal-hal yang dimasukkan dalam kategori pelacuran, menurut Kartini Kartono (2015) ini antara lain adalah :

1. Pergundikan: pemeliharaan bini tidak resmi, bini gelap atau perempuan piaraan. Mereka hidup sebagai suami isteri, namun tanpa ikatan perkawinan.

2. Tante girang atau loose married woman: yaitu wanita yang sudah kawin, namun tetap melakukan hubungan erotik dan seks dengan laki-laki lain baik secara iseng untuk mengisi waktu kosong, bersenang-senang just for fun dan mendapatkan pengalaman-pengalaman seks lain, maupun secara intensional untuk mendapatkan penghasilan.
3. Gadis-gadis panggilan: ialah gadis-gadis dan wanit-wanita biasa yang menyediakan diri untuk dipanggil dan dipekerjakan sebagai prostitute, melalui saluran-saluran tertentu.
4. Gadis bar atau B-girls: yaitu gadis-gadis yang bekerja sebagai pelayan-pelayan bar sekaligus bersedia memberikan pelayanan seks kepada para pengunjung.
5. Gadis juvenile delinquent: yaitu gadis-gadis muda dan jahat, yang didorong oleh ketidakmatangan emosinya dan retardasi/ keterbelakangan intelegnya, menjadi sangat pasif dan sugestibel sekali.
6. Gadis binal atau free girls; di Bandung mereka menyebut diri sebagai "bagong lieur" (babi hutan yang mabuk).

Hal-hal tersebut di atas menjelaskan bahwa adanya perilaku sosial yang terjadi antara perempuan dan laki-laki untuk saling memuaskan kebutuhannya (Kartono, 2015).

C. Pekerja Seks Komersial

1. Definisi

Pekerja seks komersial adalah profesi yang dilakukan seseorang (pria atau wanita) dengan cara menjual jasa dengan memuaskan kebutuhan seksual para pelanggannya secara bebas yang dilakukan di luar pernikahan dengan imbalan berupa uang. Lama waktu bekerja sebagai PSK merupakan faktor penting, karena semakin lama bekerja sebagai PSK, makin besar kemungkinan ia melayani pelanggan yang mengidap penyakit menular seksual (Manurung, dkk., 2016). Pekerja Seks Komersial (PSK) adalah para pekerja yang bertugas melayani aktivitas seksual dengan tujuan untuk mendapatkan upah atau imbalan dari yang telah memakai jasa mereka tersebut.

Pekerja seks komersial merupakan fenomena yang sudah ada sejak lama dengan dikenal istilah prostitusi. Prostitusi adalah gejala kemasyarakatan dimana wanita menjual diri melakukan perbuatan seksual sebagai mata pencarian, maka Pekerja seks komersial merupakan pekerjaan yang bertugas melayani aktivitas seksual dengan tujuan untuk mendapatkan upah atau uang (Bonger, 2017). Istilah Pekerja Seks Komersial menyiratkan bahwa penjualan jasa seksual dapat dilakukan oleh perempuan (laki-laki) sebagai bentuk pekerjaan dan pilihan rasional atas kebebasan perempuan untuk melakukan apa yang ia inginkan atas tubuhnya untuk mendapatkan penghasilan. Dalam kehidupan sehari-hari di Indonesia, istilah pelacur memang selalu identik dengan perempuan meskipun fakta sesungguhnya menunjukkan bahwa laki-laki juga menjadi penjual jasa seks komersial.

Wanita tuna susila adalah sebutan lain untuk pekerja seks komersial (PSK) yang melakukan pelacuran dengan menyerahkan dirinya pada banyak laki-laki untuk pemuasan seksual dan mendapatkan imbalan jasa atau uang bagi pelayanannya. Perbuatan melanggar susila ini dapat berakibat mendatangkan penyakit atau celaka kepada diri sendiri maupun orang lain yang bergaul dengan dirinya (Kartono, 2015). Selain PSK, pihak-pihak yang terlibat dalam pelacuran adalah konsumen, geromo/mucikari, dan perantara. Konsumen adalah pihak yang menggunakan jasa seks untuk memperoleh kepuasan seksual dari seorang pekerja seks dengan memberikan sejumlah imbalan materi. Geromo/mucikari adalah seseorang yang mendapatkan keuntungan materi dari transaksi seks melalui keterlibatannya secara sebagian atau sepenuhnya dalam mengadakan, memfasilitasi, dan mengendalikan pengelolaan pelacuran, termasuk penyediaan tempat untuk berlangsungnya transaksi seksual, mengawasi pelaksanaan dan atau perekrutan, menyediakan makan dan perlindungan, atau membuat keputusan atas mobilisasi kerja pekerja seks.

2. Aset Diri Yang Menarik Untuk Melakukan Pekerjaan Sebagai PSK

Wanita tuna susila, pelacur, kupu-kupu malam, bunga malam adalah istilah lain dari Pekerja Seks Komersial (PSK). Pelacur merupakan prostitusi, membiarkan diri berbuat cabul dan melakukan perzinaan secara bebas di mana wanita menjual diri dengan melakukan hubungan seks dengan lelaki yang bukan menjadi suaminya untuk memenuhi kebutuhan hidupnya dan sebagai mata pencahariannya.

Wanita yang melakukan pekerjaan ini karena merasa fisik yang mendukung, serta warna kulit yang menarik, nada bicara dan berpakaian yang ketat hingga membentuk lekukan tubuh dengan tujuan bisa menaik pengguna jasa. faktor yang melatarbelakangi seseorang untuk menjadi pelacur adalah faktor kepribadian. Ketidakbahagiaan akibat pola hidup, pemenuhan kebutuhan untuk membuktikan tubuh yang menarik melalui kontak seksual dengan bermacam-macam pria, dan sejarah perkembangan cenderung mempengaruhi perempuan menjadi pelacur.

3. Faktor-Faktor Penyebab Munculnya PSK (Pekerja Seks Komersial)

a. Kemiskinan

Kebutuhan yang semakin banyak pada seorang perempuan memaksa dia untuk mencari sebuah pekerjaan dengan penghasilan yang memuaskan namun kadang dari beberapa mereka harus bekerja sebagai PSK untuk pemenuhan kebutuhan tersebut. Dengan bekerja sebagai pekerja seks komersial diharapkan kebutuhan yang bersifat primer sampai tersier mampu diraih

b. Kekerasan seksual dan kepuasan

Penelitian menunjukkan banyak faktor penyebab perempuan menjadi PSK, diantaranya kekerasan seksual seperti perkosaan oleh bapak kandung, paman, guru dan sebagainya. Hal lain yang penting adalah karena tidak puas dengan kehidupan seksual yang dimiliki sebelumnya.

c. Penipuan

Faktor lain yaitu, penipuan dan pemaksaan dengan berkedok agen penyalur tenaga kerja. Kasus penjualan anak perempuan oleh orang tua sendiri pun juga kerap ditemui.

d. Pornografi

Menurut definisi undang-undang Anti pornografi, pornografi adalah bentuk ekspresi visual berupa gambar, tulisan, foto, film atau yang dipersamakan dengan film, video, tayangan atau media komunikasi lainnya yang sengaja dibuat untuk memperlihatkan secara terang-terangan atau tersamar kepada publik alat vital dan bagian-bagian tubuh serta gerakan-gerakan erotis yang menonjolkan sensualitas dan seksualitas, serta segala bentuk perilaku seksual dan hubungan seks manusia yang patut diduga menimbulkan rangsangan nafsu birahi pada orang lain.

e. Pendidikan

Karena tidak mempunyai kecerdasan yang cukup untuk memasuki sektor formal ataupun untuk menapaki jenjang pendidikan yang lebih tinggi (Moore, 2002).

f. Tidak adanya Undang-Undang yang melarang pelacuran

g. Adanya keinginan dan dorongan dan dorongan manusia untuk menyalurkan kebutuhan seks, khususnya di luar ikatan pernikahan.

h. Kebudayaan eksploitasi pada zaman ini, khususnya mengeksploitasi kaum lemah atau wanita untuk tujuan-tujuan komersial.

i. Ajakan teman-teman yang sudah terjun terlebih dahulu dalam dunia pelacuran.

j. Ada kebutuhan seks normal, akan tetapi tidak dipuaskan oleh pihak suami (Koentjoro, 2004).

4. Persoalan-Persoalan Psikis dan Sosial yang Mempengaruhi Perilaku PSK

a. Akibat gaya hidup modern

Seseorang perempuan pastinya ingin tampil dengan keindahan tubuh dan barang-barang yang dikenalkannya.

Namun ada dari beberapa mereka yang terpojok karena masalah keuangan untuk pemenuhan keinginan tersebut maka mereka mengambil jalan terakhir dengan menjadi PSK untuk kepuasan dirinya.

- b. *Broken home*
Kehidupan keluarga yang kurang baik dapat memaksa seseorang remaja maupun orang dewasa untuk melakukan hal-hal yang kurang baik diluar rumah atau jauh dari tempat tinggal dan itu dimanfaatkan oleh seseorang yang tidak bertanggung jawab dengan mengajaknya bekerja sebagai PSK.
 - c. Kenangan masa kecil yang buruk
Tindak pelecehan yang semakin meningkat pada seorang perempuan bahkan adanya pemerkosaan pada anak kecil bisa menjadi faktor dia menjadi seorang PSK.
 - d. Tempat tinggal
Kehidupan rumah atau lingkungan sekitar sangat mempengaruhi perilaku dan pengetahuan seseorang untuk melakukan hal-hal yang berkaitan dengan pekerjaan mereka sehingga dengan sendirinya fenomena- fenomena yang sering terjadi pada kehidupannya dapat dipertanggungjawabkan.
5. Dampak yang Ditimbulkan bila Seseorang Bekerja Sebagai PSK (Pekerja Seks Komersial)
- a. Keluarga dan masyarakat tidak dapat lagi memandang nilainya sebagai seorang perempuan.
 - b. Stabilitas sosial pada dirinya akan terhambat, karena masyarakat hanya akan selalu mencemooh dirinya.
 - c. Memberikan citra buruk bagi keluarga.
 - d. Mempermudah penyebaran penyakit menular seksual, seperti gonore, klamidia, herpes kelamin, sifilis, hepatitis B dan HIV/AIDS.
 - e. Merusak sendi-sendi moral, susila, hukum dan agama

6. Stigma yang Menyebabkan PSK dianggap Sebagai Pekerjaan yang Tidak Bermoral.
 - a. Pekerjaan ini identik dengan perzinahan yang merupakan suatu kegiatan seks yang dianggap tidak bermoral oleh banyak agama.
 - b. Perilaku seksual oleh masyarakat dianggap sebagai kegiatan yang berkaitan dengan tugas reproduksi yang tidak seharusnya digunakan secara bebas demi untuk memperoleh uang.
 - c. Pelacuran dianggap sebagai ancaman terhadap kehidupan keluarga yang dibentuk melalui perkawinan dan melecehkan nilai sakral perkawinan.
 - d. Kaum wanita membenci pelacuran karena dianggap sebagai pencuri cinta dari laki-laki (suami) mereka sekaligus pencuri hartanya (Al-Sadawi, 2002).

7. Karakteristik kepribadian pekerja seks komersial

Karakteristik kepribadian pekerja seks komersial (PSK) memiliki cara berpikir yang tidak terorganisir dengan baik dan kurang realistis. Dalam hal ini memiliki ketergantungan secara emosi, mudah cemas, frustrasi dan merasa tidak aman. Sedangkan dalam hubungan sosial, mereka tidak mampu menyesuaikan diri dengan baik di lingkungan luas. Hal ini dikarenakan perasaan tidak mampu, perasaan tidak berdaya dan perasaan rendah diri sehingga menarik diri dari lingkungan yang luas. Selain itu mereka cenderung mencari kasih sayang dan perhatian orang lain dengan cara apapun walaupun mereka harus melanggar norma-norma yang ada di lingkungan sekitar (Pembriyanti, 2011).

Ciri-ciri khas dari PSK adalah Wanita yang sering disebut pelacur, lawan pelacur adalah gigolo, cantik, manis, rupawan, menarik, baik wajah maupun tubuhnya, bisa menggairahkan seks kaum pria, masih muda dan suka memakai pakaian sangat mencolok, beraneka warna, eksentrik untuk menarik perhatian kaum pria, menggunakan teknik-teknik seksual yang mekanistik, cepat, tidak hadir secara psikis tanpa emosi atau afeksi (Kartono, 2009).

8. Tipe Pelacuran

Pelacuran memiliki beragam bentuk yang tumbuh dan berkembang sesuai perkembangan jaman. Ada pelacuran yang prakteknya dapat diidentifikasi dengan mudah, seperti halnya di lokalisasi, kawasan remang-remang (jalur lalu lintas jarak jauh) atau di antara pelacur jalanan yang berkeliaran di tempat-tempat terbuka untuk menjajakan dirinya. Ada pula praktek pelacuran yang terselubung yang tidak mudah dikenali karena pelakunya berkedok menjalankan aktivitas non-prostitusi.

Pelacuran di Indonesia dikategorikan ke dalam 2 kelompok yaitu: tipe tradisional (umum) dan tipe non-tradisional. Yang termasuk dalam pelacuran tipe umum adalah pelacuran yang sebagian besar dilakukan di wilayah lokalisasi yang dilakukan oleh perempuan untuk tujuan mendapatkan uang. Dengan kata lain dalam kelompok ini, hanya uang yang menjadi alat pembayaran. Para penjual jasa seks di kelompok ini umumnya berasal dari keluarga miskin, memiliki tingkat pendidikan rendah dan menjadi pekerja seks karena kesulitan ekonomi.

Sementara itu pelacuran non-tradisional umumnya dilakukan oleh mereka yang berlatar belakang sosial ekonomi menengah ke atas dan pendidikan tinggi di kota besar. Termasuk di dalamnya praktek pelacuran yang dilakukan oleh para pelajar atau mahasiswa dan para profesional atau mereka yang sudah memiliki pekerjaan tetap. Selain motif ekonomi, pekerja seks non-tradisional ini menjadi pekerja seks untuk tujuan petualangan dan eksperimen. Di samping menerima pembayaran dalam bentuk uang, tidak jarang mereka juga menerima balas jasa berupa barang-barang mewah dan mahal.

Sejalan dengan perkembangan teknologi informasi, tipe lain dari pelacuran non-tradisional yang masuk dalam kategori *cyber prostitution* juga mulai marak di Indonesia. Dalam *cyber prostitution*, pengelola menawarkan jasa pelayanan seks komersial melalui sebuah *website*, termasuk yang melibatkan para artis atau selebritis. Jika telah terjadi transaksi maka pengelola atau mucikari akan membawa pekerja seks yang dipesan ke tempat yang telah ditentukan oleh pemesan seperti hotel atau apartemen. Jenis praktek pelacuran kontemporer

tersebut sangat sulit untuk diidentifikasi karena praktiknya bersifat sangat tertutup dan selektif. ³

Tipe Pekerja Seks Komersial (PSK) di Indonesia berdasarkan cara masuk (*entry method*) yang terdiri atas 3 (tiga) cara yang berbeda.

- a. Cara masuk yang mengikat (*bonded entry*) yang umumnya terjadi karena orangtua, pasangan, wali atau perantara keluarga seorang perempuan mendapatkan pembayaran uang muka dari para mucikari/perekrut. Kasus-kasus *bonded entry* ini umumnya terjadi di wilayah pedesaan miskin.
 - b. Melalui pemaksaan (*involuntary entry*) di mana seseorang menjadi pekerja seks karena adanya paksaan atau ancaman. Para korban umumnya mengalami penipuan atau penculikan baik oleh pihak yang mereka kenal atau pihak asing, seperti yang terjadi pada kasus-kasus perdagangan manusia (*human trafficking*) untuk tujuan eksploitasi seks.
 - c. Pelacuran atas keinginan sendiri (*voluntary entry*)
9. Kebermaknaan Hidup Pekerja Seks Komersial

Makna hidup yang dimiliki oleh para pekerja seks komersial adalah hanya untuk memenuhi tujuan hidupnya yaitu untuk menghidupi diri dan keluarganya. Perilaku para pekerja seks ini terbentuk dari hasil pengalaman kegagalan dalam perjalanan hidup mereka masing-masing. Pekerja seks tidak memperdulikan bagaimana orang lain atau masyarakat menilai dirinya sebagai pekerja seks dengan pandangan negatifnya karena tujuan hidup bekerja sebagai pekerja seks adalah untuk memenuhi kebutuhan hidupnya dan keluarganya. Orang lain memandangnya sebagai penderitaan karena pekerjaan yang dijalannya rendah dan hina, tetapi bagi pekerja seks melihatnya sebagai sebuah perjuangan untuk tetap mencapai kehidupan yang penuh arti. Pekerjaan sebagai pekerja seks menjadi mata pencaharian mereka bahkan ada yang bisa untuk membiayai sekolah anak-anaknya sampai ke jenjang perguruan tinggi dan banyak dari pekerja seks komersial menyembunyikan status

pekerjaan sebagai pekerja seks terhadap keluarganya. Namun ada pula yang justru pekerjaan tersebut didukung oleh suami dan keluarganya.

Konsep diri yang dimiliki para pekerja seks tidak berpengaruh terhadap kebermaknaan hidupnya. Kegagalan dalam memenuhi keinginan untuk makna hidup ini menimbulkan kehampaan yang termanifestasi dalam bentuk keinginan untuk memenuhi kepuasan langsung dan sesaat, selain itu tidak adanya aktivitas kreatif dan produktif yang dapat memuaskan sehingga mereka lebih banyak menghabiskan waktunya dengan berkumpul dan mengobrol. Pekerja seks tidak memperdulikan bagaimana orang lain atau masyarakat (Purwaningtyastuti dan Savitri, 2016).

10. Ibu Pekerja Seks Komersial

Fenomena kehamilan akibat hubungan seksual dengan pelanggan menjadi ketertarikan pada peneliti terdahulu, mulai dari bagaimana pengasuhan ibu PSK terhadap pola gizi anak, terdapat pula pengalaman ibu PSK yang masih aktif bekerja setelah melahirkan, dan hubungan ibu PSK dengan keluarga disaat masih harus bekerja di lokasi. PSK memiliki risiko terjadi kehamilan akibat hubungan seksual dengan pelanggan. Dari kehamilan yang terjadi, ibu dapat mengambil keputusan untuk mempertahankan atau menggugurkan kandungan. Bagi ibu yang memilih untuk mempertahankan kandungan dapat memberikan pemaknaan berbeda-beda terhadap anak karena keputusan merawat anak dalam situasi yang sulit di tengah masih aktif bekerja menjadi PSK dan anak diasuh oleh orang lain.

Alasan mempertahankan Kehamilan :

a. Faktor Internal

Memandang bahwa anak yang didalam kandungan tidak berdosa dan tidak bersalah sehingga memutuskan untuk tidak melakukan aborsi sebagai bentuk tanggung jawab atas risiko pekerjaan yang dilakukan. anak yang dikandung tidak memiliki dosa dan kesalahan. Keputusan

didasari oleh rasa tanggung jawab atas perbuatan yang dilakukan dan tidak ingin menambah dosa kembali.

b. Faktor Eksternal

Pengambilan keputusan, dipengaruhi oleh dukungan yang berasal dari lingkungan sekitar tempat kerja yang sudah terbiasa dengan kehamilan pada pekerja seks komersial. Sehingga berani mengambil risiko untuk mempertahankan dan tidak peduli dengan pandangan negatif dari sekitar. tidak merawat anak secara langsung dan memilih menitipkan kepada orang lain. Hal ini dilakukan karena merasa lingkungan kerja tidak sehat bagi anak dan percaya pada perawat orang tua asuh (Fachrunnizal dan Setyawan, 2020)

Ibu pekerja seks komersial sering melibatkan orang lain dalam mengurus anak. Seringkali ibu kurang memperhatikan gizi dan tumbuh kembang anak karena terlalu sibuk bekerja dan memberikan kepercayaan penuh pada pengasuh (Sophia, Aruben, & Suyatno, 2015).

Pengasuhan yang dilakukan orang tua di dalam keluarga sebagai salah satu bentuk penanaman nilai bagi pendidikan anak. Melalui nilai-nilai yang ada orang tua akan membentuk bagaimana cara untuk mengasuh dan mewariskan nilai positif pada anak. Anak dari ibu pekerja seks komersial terkadang merasakan bahwa tidak ada kepedulian bagi dirinya, baik sisi pendidikan maupun perkembangan mental (Nikmah, 2012). Oleh karena itu, pemaknaan kehadiran seorang anak dengan keputusan memberikan rasa kasih sayang dalam merawat, memenuhi kebutuhan tumbuh kembang anak, dan tetap berkomitmen pada keputusan membesarkan anak memberi nilai tersendiri bagi ibu disaat tuntutan ibu masih aktif bekerja menjadi pekerja seks komersial. Ibu dapat menaruh harapan bahwa stigma pada anak seorang pekerja seks komersial tidaklah selalu buruk dan anak tersebut dapat menjadi pribadi yang tumbuh dengan baik dan masa depan yang cerah. Brooks (2013) mendefinisikan orang tua sebagai individu yang memelihara, melindungi, dan membimbing menuju kedewasaan. Orang tua membuat komitmen untuk

mempersiapkan investasi bagi perkembangan anak jangka panjang sebagai bentuk tanggung jawab.

Anak merupakan salah satu anugerah Tuhan yang dapat membawa kebahagiaan bagi orang tua. Kehadiran anak dalam sebuah keluarga sangat dinantikan karena dianggap sebagai penerus garis keturunan, hasil cinta kehidupan perkawinan. Konsep *Value of Children* (VOC) yang mengungkapkan bahwa anak memiliki nilai dari harapan orang tua dan kebutuhan orang tua. Nilai kehadiran seorang anak dapat ditinjau dari berbagai macam nilai, seperti nilai ekonomi, nilai psikologis, dan nilai sosial mengungkap makna pada satu orang dengan orang lain dapat berbeda. Sumber makna hidup ditemukan dengan cara melakukan sesuatu yang berharga pada pekerjaan, berbagi cinta dengan kepedulian kepada orang lain, dan melakukan keberanian pada keadaan-keadaan sulit. Suatu kejadian tertentu dapat mempengaruhi bagaimana seseorang memaknai hidupnya dan peristiwa yang terjadi (Zulfitri, 2013).

Makna kehadiran anak bagi ibu pekerja seks komersial yaitu sebagai reorientasi bekerja dari kesenangan menjadi kepedulian, sumber semangat agar dapat segera berhenti menjadi PSK, kekuatan dalam menghadapi kesulitan, kebanggaan memiliki anak. Harapan kehidupan yang lebih baik bagi anak agar tidak meniru apa yang ibu lakukan menjadi modal penanaman nilai positif dan pemberian pendidikan pada anak. Keputusan masih bertahan menjadi pekerja seks komersial hingga saat ini semata-mata untuk memenuhi kebutuhan anak walaupun terdapat keinginan untuk segera terlepas dari kelamnya lokalisasi dan menjalani hidup yang lebih baik dengan keluarga (Koentjoro, 2004).

11. Dampak Prostitusi Terhadap Kehidupan Masyarakat

Dampak negatif yang bersifat langsung maupun tidak langsung yang ditimbulkan oleh praktik pelacuran merupakan salah satu sumber justifikasi untuk menjadikan prostitusi sebagai masalah sosial, sumber maksiat dan kejahatan, serta penyakit masyarakat yang harus diberantas. Pelacuran dipandang membawa beragam dampak yang tidak diinginkan

terhadap berbagai aspek kehidupan masyarakat. Dari sudut pandang hak asasi manusia kemanusiaan, pelacuran dipandang sebagai pelanggaran hak asasi manusia dan nilai-nilai kemanusiaan.

Dari aspek kesehatan, pelacuran seringkali dipandang sebagai media penyebaran penyakit menular berbahaya seperti HIV/AIDS, hepatitis, penyakit menular seksual, terutama untuk praktek seks komersial yang tidak aman. Pekerja seks Komersial dan pengguna jasa prostitusi termasuk kelompok yang paling rentan untuk mengidap penyakit menular seksual dan HIV/AIDS. Selain pihak-pihak yang terlibat langsung dalam praktek prostitusi, penularan penyakit seksual berbahaya dan mematikan juga menulari kelompok lain yang tidak berkaitan langsung dengan praktik prostitusi seperti pasangan sah (istri) pengguna jasa seks komersial.

Selain aspek kesehatan fisik, pelacuran juga menimbulkan dampak negatif terhadap kesehatan jiwa pekerja seks. Berbagai studi menunjukkan bahwa pelacur seringkali mengalami tindak kekerasan seksual dari konsumennya atau mengalami kekerasan fisik, emosional dan tindakan eksploitatif lainnya yang dilakukan oleh pengelola pelacuran dan atau pengguna jasa. Ketergantungan pekerja seks terhadap pengelola pelacuran seringkali menghambat korban untuk keluar dari kondisi kekerasan tersebut. Pengalaman tindak kekerasan ini dapat mempengaruhi kesehatan jiwa korban. Selain itu, dampak negatif terhadap kesehatan jiwa terkait dengan pola hidup para pekerja seks komersial yang umumnya terisolasi karena pembatasan-pembatasan interaksi atau mobilitas untuk mengontrol para pekerja seks.

Dari aspek sosial, pelacuran dipandang mengancam norma-norma sosial dan agama serta lembaga keluarga dan perkawinan. Pelacuran juga dipandang dapat menggoyahkan kesakralan dan ketahanan lembaga perkawinan (misal: perselingkuhan dan perceraian) atau menimbulkan dampak negatif terhadap perilaku seksual anggota masyarakat, termasuk para generasi muda (demoralisasi akhlak). Pelacuran juga dapat menimbulkan pelabelan negatif terutama kepada anak-anak

yang lahir dari ibu yang berpraktek sebagai seorang pekerja seks. Pandangan tersebut dapat saja bertahan untuk beberapa generasi sehingga menumbuhkan diskriminasi terhadap pekerja seks dan keturunannya .

Dari sudut pandang ekonomi, pelacuran meningkatkan biaya sosial untuk melaksanakan program-program penegakan hukum termasuk razia atau pelayanan rehabilitasi sosial, terutama bagi para pekerja seks. Pemerintah dan masyarakat juga harus terlibat membiayai penyediaan pelayanan kesehatan yang mahal untuk mengobati dan merawat penderita yang mengalami penyakit-penyakit menular berbahaya yang ditularkan melalui praktek seks komersial. Selain itu, pelacuran juga dipandang berdampak negatif terhadap berkembangnya kriminalitas. Pelacuran berpotensi tinggi menjadi media bagi praktek-praktek kriminal yang menawarkan keuntungan tinggi. Termasuk di dalamnya peredaran obat-obat terlarang, premanisme, penyalahgunaan wewenang dan kekuasaan oleh aparat pemerintah serta kejahatan terorganisir yang melibatkan jaringan baik di dalam maupun luar negeri. Selanjutnya, prostitusi sangat rentan untuk terjadinya berbagai kegiatan pelanggaran hukum lainnya seperti perdagangan perempuan dan anak, pemaksaan pelacuran, pelacuran anak dan kejahatan seks terhadap anak-anak, atau bentuk perbudakan seks lainnya. Biaya membeli layanan seks komersial dapat membebani kehidupan keluarga dan masyarakat karena menjadi penghamburan dimana sumber ekonomi dialokasikan kepada aspek yang bersifat divestasi.

12. Rehabilitasi Pekerja Seks Komersial

Pelaksanaan rehabilitasi ditujukan kepada pekerja seks yang berniat untuk meninggalkan pekerjaannya dan beralih profesi serta berintegrasi kembali ke dalam masyarakat luas namun terkendala oleh kepercayaan diri atau kemampuan lainnya. Pekerja seks komersial mendapatkan pembinaan mental, sosial, fisik, dan keterampilan kerja untuk mengubah cara pandang mereka tentang prostitusi dan mempersiapkan mereka untuk meninggalkan pekerjaan sebagai pekerja seks dan

berintegrasi dengan masyarakat. Keterampilan yang dipelajari dalam proses rehabilitasi diharapkan dapat didayagunakan sebagai sumber penghasilan untuk menjalani kehidupan.

Prinsip penting yang dapat dijadikan rujukan sebagai praktek terbaik dalam pelayanan yang membantu pekerja seks meninggalkan pekerjaan mereka.

a. Intervensi holistik

Pendekatan untuk membantu memperkuat motivasi pekerja seks serta meningkatkan rasa percaya diri serta kemampuan mereka untuk berani meninggalkan profesinya. Dengan kata lain intervensi ini harus mampu membantu menangani berbagai hambatan yang seringkali dihadapi oleh pekerja seks. Termasuk kondisi psikologis yang bersumber dari trauma masa kecil dan atau kondisi eksploitatif yang dialami selama menjalani pekerjaan sebagai pekerja seks komersial.

b. Kemudahan akses

Paksaan untuk mengikuti kegiatan rehabilitasi karena terjaring razia berdampak negatif terhadap efektivitas rehabilitasi. Selain itu, layanan-layanan rehabilitasi dapat disebar di titik-titik yang mudah diakses oleh pekerja seks dan tidak terkesan eksklusif sehingga dapat mengurangi stigma sosial.

c. Mengantisipasi perubahan motivasi

Intervensi harus dilakukan dengan kesabaran. Harus ada pemahaman bahwa niat pekerja seks untuk meninggalkan profesinya seringkali berubah-ubah. Kesabaran dan penguatan yang konsisten diperlukan dalam intervensi terhadap mereka.

d. Hubungan didasarkan atas rasa saling percaya

Perlunya membangun kepercayaan para pekerja seks terhadap para pelaksana rehabilitasi dan sebaliknya. Sebaliknya, hubungan yang didasarkan atas kecurigaan, sikap menyalakan, stigma dan diskriminasi dapat berpengaruh negatif terhadap interaksi penyedia layanan dan peserta sehingga menghambat pencapaian hasil kegiatan.

- e. Pelayanan yang berdedikasi dan didukung oleh sumber yang memadai

Termasuk di dalamnya program yang jelas dan terukur, Fasilitas sarana dan prasarana yang mendukung, sumber pendanaan yang memadai, serta sumber daya manusia yang berdedikasi dan kompeten.

Berbagai kajian mendiskusikan kompleksitas dalam rehabilitasi pekerja seksual mengingat cukup banyak peserta rehabilitasi yang kembali menjadi pekerja seks setelah menjalani program karena adanya berbagai hambatan pada aspek individual, relasi, dan struktural. Perasaan malu dan bersalah, perasaan rendah diri, penolakan keluarga, terbatasnya jaringan sosial, stigma dan diskriminasi masyarakat, rendahnya keterampilan kerja, ketidakberdayaan ekonomi, dan kesulitan mengakses pelayanan sosial.

Rehabilitasi perlu mengintegrasikan peserta dengan pelayanan-pelayanan sosial atau kebijakan sosial yang dapat berfungsi sebagai perlindungan sosial ataupun penguatan kapasitas seperti program Program Keluarga Harapan, Kredit Usaha Kecil, Kejar Paket A, B, atau C dan sebagainya.

13. Pertanggungjawaban Pidana Pekerja Seks Komersial

Pasal 296 KUHP berbunyi " barang siapa dengan sengaja menyebabkan dan memudahkan perbuatan cabul oleh orang lain dengan orang lain, dan menjadikan sebagai pencarian atau kebiasaan , diancam dengan pidana penjara paling lama satu tahun empat bulan atau pidana denda paling banyak lima belas ribu rupiah". Pasal 506 KUHP berbunyi " barang siapa menarik keuntungan dari perbuatan cabul seorang wanita dan menjadikannya sebagai pencarian, diancam dengan pidana kurungan paling lama satu tahun". Namun apabila kegiatan layanan seks tersebut dilakukan dengan ancaman kekerasan atau paksaan terhadap seseorang untuk mau dijadikan pekerja seks, maka tindakan tersebut dikenakan pidana berdasarkan Undang-Undang Nomor 21 Tahun 2007 Tentang Pemberantasan Tindak Pidana Perdagangan Orang.

D. Surrogate Mother

1. Definisi

Surrogate mother yaitu ibu pengganti atau sewa rahim atau *gestational agreement* merupakan praktek penyewaan rahim seorang perempuan yang mengikatkan diri dalam suatu perjanjian dengan pihak lain dengan tujuan dapat hamil dan melahirkan bayi yang sebelumnya dilakukan persenyawaan sperma dan ovum antara pasangan pihak lain, lalu hasil persenyawaan tersebut ditanamkan ke dalam rahim perempuan tadi (Ratman, D. 2012).

4
Teknik *Surrogate Mother* Teknik ibu pengganti dapat diartikan sebagai penggunaan rahim wanita lain untuk mengandungkan benih wanita (ovum) yang telah dibuahi oleh benih lelaki (sperma), dan janin itu dikandung oleh wanita tersebut sehingga dilahirkan. Perempuan yang menggunakan rahimnya untuk hamil dimana janin yang dikandungnya tersebut milik wanita lain dan setelah bayi lahir hak kepemilikan atau hak asuh bayi tersebut diserahkan kepada wanita lain dan ayah dari bayi tersebut. Praktek *surrogate mother* atau lazim diterjemahkan dalam Bahasa Indonesia dengan ibu pengganti tergolong metode atau upaya kehamilan di luar cara yang alamiah (Arikhman, 2016). *Surrogate mother* disebut juga sewa rahim karena lazimnya pasangan suami isteri yang ingin memiliki anak ini akan memberikan imbalan kepada ibu pengganti yang sanggup mengandung benih mereka, dengan syarat ibu pengganti tersebut akan menyerahkan anak setelah dilahirkan atau pada waktu yang telah ditetapkan sesuai perjanjian. Sewa rahim biasanya dilakukan bila istri tidak mampu atau tidak boleh hamil atau melahirkan. Embrio dibesarkan dan dilahirkan dari rahim wanita lain bukan istri walaupun bayi itu menjadi milik pasangan suami isteri yang ingin mempunyai anak tersebut

Surrogate Mother merupakan teknik bayi tabung (*fertilisasi in vitro*) di mana sperma dan ovum pasangan suami isteri yang di proses dalam tabung, lalu dimasukkan kedalam rahim orang lain, bukan kedalam rahim isteri. Perempuan yang bersedia dititipkan embrionya tersebut disebut *surrogate mother*, umumnya dengan perjanjian antara *surrogate mother* dengan pasangan suami isteri

yang ingin menggunakan jasa *surrogate mother* tersebut yang biasa disebut dengan *intended parent*, dalam isi perjanjian ini *surrogate mother*, diberi biaya untuk kebutuhan selama proses mengandung anak tersebut, saat proses melahirkan, dan setelah melahirkan. *Surrogate mother*, ini setelah melahirkan anak tersebut harus menyerahkan kepada *intended parent* (Judiasih, dkk., 2017).

2. Sejarah *Surrogate Mother*

Sejarah *surrogate mother* dimulai pada tahun 1870 di China, akhirnya pada tahun 1985 di Amerika Serikat, seorang perempuan sukses yang pertama hamil sebagai ibu pengganti dan melahirkan tahun 1986, sekaligus memunculkan persoalan hukum pertama, dimana ibu pengganti tidak mau menyerahkan bayi ke ibu genetik. Berbagai persoalan muncul antara lain tahun 1990 di California, ibu pengganti tidak bersedia menyerahkan bayi, juga ada kasus lain seperti orang tua genetik janin dapat meminta aborsi ketika komplikasi yang tak terduga muncul, dan ibu pengganti menentangnya (Merino F, 2010).

Perkembangan dunia kedokteran yang semakin maju membuat *surrogate mother* menjadi mudah dilakukan, saat kemajuan teknologi kedokteran berkembang pesat, dengan ditemukannya metode pengawetan sperma, maka pada tahun 1970 dimulainya era pembuahan luar rahim (*in vitro fertilization*) yang masih dikenal dengan program bayi tabung. *Surrogate mother* terjadi karena seorang perempuan (istri) tidak mempunyai harapan untuk mengandung secara normal, karena memiliki penyakit atau kecacatan yang dapat menghalanginya dari mengandung dan melahirkan anak, tidak memiliki rahim akibat tindakan operasi pembedahan, ingin memiliki anak tetapi tidak mau memikul beban kehamilan/melahirkan/menyusukan/menjaga kecantikannya, telah menopause, dan perempuan yang menjadikan rahimnya sebagai alat komoditi dalam mencari nafkah dan memenuhi kebutuhan ekonominya (Beck K, 2011). Permasalahan inipun ditunjang dengan kemajuan teknologi kedokteran terkait permasalahan reproduksi, yaitu cara kelahiran di luar cara ilmiah

atau disebut dengan *Assisted Reproductive Technologies (ART)*. *Assisted Reproductive Technologies (ART)* merupakan cara untuk memiliki keturunan yang dilakukan oleh pihak ketiga (pasangan suami istri) melalui cara sewa rahim agar memiliki keturunan. Ibu pengganti yang menerima kompensasi atas bayi tabung ini disebut *surrogate mother* komersial, jika tidak disebut sebagai *surrogate mother* altruistic.

3. Tipe Penyewaan Rahim

Secara umum terdapat lima bentuk tipe teknik sewa rahim (Arikhman, 2016), yaitu:

- a. Sel telur istri dipertemukan dengan sperma suami, kemudian dimasukkan ke dalam rahim wanita lain. Kaedah ini digunakan dalam keadaan isteri memiliki sel telur yang baik, tetapi rahimnya dibuang karena pembedahan, kecacatan, akibat penyakit yang kronik atau sebab-sebab yang lain.
- b. Sama dengan tipe yang pertama, kecuali sel telur dan sperma yang telah dipertemukan tersebut dibekukan dan dimasukkan ke dalam rahim ibu pengganti setelah kematian pasangan suami isteri itu.
- c. Sel telur istri dipertemukan dengan sperma lelaki lain (bukan suaminya) dan dimasukkan ke dalam rahim wanita lain. Keadaan ini apabila suami mandul dan isteri ada halangan atau kecacatan pada rahimnya tetapi sel telur istri dalam keadaan baik.
- d. Sperma suami dipertemukan dengan sel telur wanita lain, kemudian dimasukkan ke dalam rahim wanita lain. Keadaan ini berlaku apabila isteri mengalami penyakit pada kandung telur dan rahimnya sehingga tidak mampu menjalani kehamilan, atau isteri telah mencapai tahap menopause.
- e. Sperma suami dan sel telur istri dipertemukan, kemudian dimasukkan ke dalam rahim isteri yang lain dari suami yang sama. Dalam keadaan ini isteri yang lain sanggup mengandungkan anak suaminya dari isteri yang tidak boleh hamil.

4. Sebab dilakukannya sewa rahim (*Surrogate Mother*)
 - a. Seseorang wanita tidak mempunyai harapan untuk mengandung secara biasa kerana ditimpa penyakit atau kecacatan yang menghalangnya dari mengandung dan melahirkan anak
 - b. Rahim wanita tersebut dibuang karena pembedahan
 - c. Wanita tersebut ingin memiliki anak tetapi tidak mau memikul beban kehamilan, melahirkan dan menyusukan anak dan ingin menjaga kecantikan tubuh badannya dengan mengelakkan dari terkesan akibat kehamilan
 - d. Wanita yang ingin memiliki anak tetapi telah putus haid (menopause)
 - e. Wanita yang ingin mencari pendapatan dengan menyewakan rahimnya kepada orang lain (Selian M.A.H, 2017).

5. Klasifikasi *Surrogacy*
 - a. *Traditional surrogacy*
Traditional surrogacy merupakan kondisi dimana ibu pengganti akan diinseminasi buatan dengan sperma calon ayah kemudian bayi yang dilahirkan akan diberikan ke ayah dan pasangannya. Dalam hal ini secara biologis ibu pengganti tersebut adalah ibunya karena menggunakan telurnya yang dibagi secara IUI (*IntraUterine Insemination*)
 - b. *Gestational surrogacy*
Gestational surrogacy atau disebut *Partial Surrogacy* atau *Host Surrogacy* merupakan kondisi dimana ibu pengganti tidak memiliki hubungan biologis dengan janin yang akan dikandungnya. Embrio dihasilkan dari ovum dan sperma yang disatukan melalui teknologi reproduksi berbantu IVF (*In Vitro Fertilization*) kemudian dilakukan embrio transfer ke rahim wanita yang menyewakan rahimnya.

6. Tinjauan Sosial, Etika, dan Hukum *Surrogate Mother* Di Indonesia
Penerapan teknologi reproduksi buatan diiringi persoalan yang kompleks, baik dari sisi sosial, etika, hokum, maupun sisi agama. Semakin meningkatnya perhatian terhadap masalah

yang mengemuka, juga diikuti oleh peningkatan jumlah dan keberagaman persoalan yang muncul ke permukaan.

a. Tinjauan Sosial *Surrogate Mother* Di Indonesia

Studi antropologi kepada ibu pengganti, menunjukkan bahwa ibu pengganti terlibat dalam berbagai teknik *distancing*, untuk memastikan bahwa mereka tidak memiliki ikatan emosional pada bayi. Banyak ibu pengganti sengaja membantu perkembangan ikatan emosional antara ibu biologis dengan anak yang dikandung (Teman E, 2010). Meskipun ibu pengganti umumnya merasa puas dengan pengalaman mereka sebagai pengganti, ada kasus-kasus dimana tidak sesuai harapan yang terkait ketidakpuasan. Ibu pengganti dapat mengalami gangguan emosi ketika berpartisipasi sebagai ibu pengganti. Hal ini bisa disebabkan kurangnya dukungan emosional termasuk depresi ketika menyerahkan anak, kesedihan, dan bahkan penolakan untuk melepaskan anak.

Tujuan *surrogacy* bukanlah kepentingan anak, tetapi untuk memenuhi keinginan orang dewasa. Selain itu bagi orang-orang yang tidak bertanggung jawab, praktik ini dijadikan bisnis untuk *human trafficking* yaitu sengaja mengambil wanita-wanita muda untuk dijadikan komoditi *surrogate mother* dengan bayaran sedikit sedangkan bayaran dari orang tua pembawa benihnya sebenarnya lebih tinggi dari yang diberikan kepada ibu penggantinya. Bisnis inilah yang dimanfaatkan segelintir orang tidak bertanggung jawab dengan mengeksploitasi wanita. Praktik *surrogacy* ini juga dapat menimbulkan banyak masalah seperti kesulitan mengenai pembentukan kewarganegaraan anak, masalah lain yang dapat timbul diantaranya

- 1) masalah kesehatan atau kehidupan ibu pengganti akan terancam selama kehamilan
- 2) masalah jika ibu pengganti mengubah pikirannya dan ingin menjaga anaknya

- 3) masalah jika anak itu lahir dengan cacat dan orang tua pembawa benih tidak mau menerima kenyataan itu, atau jika kecacatan terdeteksi selama kehamilan dan penyewa meminta pertanggungjawaban pada ibu pengganti
- 4) status anak menjadi tidak jelas di masyarakat, terutama bila jenis yang metode yang digunakan tidak memiliki hubungan genetik dengan kedua orang tua yang mengadopsinya
- 5) masalah jika yang melakukan praktik surrogacy ini adalah orang tua tunggal yang mengambil sperma atau ovum dari donor dan pendonor tersebut meminta hak asuh atas anak tersebut, lebih jauh lagi jika pendonor tersebut memiliki anak dari pasangannya yang lain dan anak keturunan mereka menikah karena sebelumnya tidak diketahui keturunannya maka akan terjadi *inbreeding* atau *incest* (hubungan sedarah), incest ini secara genetika akan banyak menimbulkan masalah dengan munculnya kelainan-kelainan genetik pada keturunannya. Dan masalah-masalah lain yang akan timbul kelak kemudian hari.

Surrogacy mempunyai sederet pelanggaran terhadap hak asasi anak, hak tersebut dapat diklasifikasikan kedalam beberapa pelanggaran berupa penelantaran, yaitu anak kehilangan kasih sayang, anak yang dilahirkan oleh si ibu sewa tidak mendapatkan kasih sayang dari ibu kandungnya sendiri, anak tidak mengetahui orang tuanya, dibesarkan dan diasuh oleh orang tuanya sendiri, anak disuramkan asal usulnya, dan anak dipisahkan dari ibu kandungnya, anak kehilangan hak waris orang tua kandungnya, anak mendapat pandangan buruk di masyarakat, anak tersebut dapat disangkal oleh orang tua kandungnya maupun oleh orang tua titipan. Anak yang dihasilkan dari proses sewa rahim, sangat memungkinkan adanya penolakan atau sangkalan dari dua pihak sekaligus, baik orang tua kandung maupun orang tua biologis.

b. Tinjauan Etika *Surrogate Mother* Di Indonesia

Rahim yang digunakan sebagai alat reproduksi dengan tujuan untuk mendapatkan keuntungan materi semata sangatlah tidak etis, karena pandangan yang beredar di masyarakat bahwa rahim merupakan tempat berkembangnya embrio dan tidak untuk tujuan ekonomi semata. Masyarakat menilai jika rahim digunakan sebagai tempat "persewaan" embrio akan menurunkan harkat dan martabat wanita. Setiap wanita mempunyai hak dan kewajiban untuk mempergunakan rahimnya sesuai dengan semestinya. Berkembangnya teknologi reproduksi buatan dan semakin berkembangnya dinamika pemikiran masyarakat tentang etika, norma, nilai dan sistem keyakinan. Mengakibatkan dalam satu sisi perkembangan teknologi tidak dapat dibendung, namun tidak mampu diikuti oleh penataan perangkat yang mengatur etika dan hukum, sehingga penilaian benar atau tidak lebih banyak berdasarkan pada sudut kepentingan.

Praktek sewa rahim ini banyak diperdebatkan karena akibat yang ditimbulkan dapat membawa dampak negatif dalam masyarakat terutama nasib dan nasab anak. Indikasi pelanggaran hak anak merupakan isu penting dalam perdebatan sewa rahim ini. Hak anak yang seharusnya diberikan menjadi tersingkirkan dengan ambisi orang dewasa. Anak disamarkan nasabnya, anak dihilangkan hak warisnya serta anak disuramkan asal-usulnya.

Masalah etika yang dapat terjadi antara lain kekhawatiran tentang eksploitasi, komodifikasi, dan paksaan ketika wanita dibayar untuk menjadi hamil dan melahirkan, terutama dalam kasus dimana ada perbedaan kekuasaan antara pihak pasangan dengan ibu pengganti, pandangan masyarakat untuk mengizinkan perempuan untuk membuat kontrak menggunakan tubuh, perlindungan hak asasi perempuan sebagai ibu pengganti, kewajiban kontrak sebagai ibu pengganti, kewenangan yuridiksi memutuskan yang bertentangan dengan nurani ibu pengganti, insting seorang ibu (Schenker JG, 2008).

c. Tinjauan Hukum *Surrogate Mother* Di Indonesia

Pelaksanaan peminjaman rahim di Indonesia mengalami kendala tidak adanya payung hukum (aturan perundang-undangan) yang mengatur peminjaman rahim serta di Indonesia. Karena keberadaannya yang belum mempunyai payung hukum, peminjaman rahim menimbulkan kekhawatiran para pihak yang menjalaninya bahwa perbuatan tersebut adalah ilegal. Hukum Indonesia, tidak memperbolehkan praktek ibu pengganti secara implisit. Dalam pasal 127 UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, diatur bahwa upaya kehamilan di luar cara alamiah, hanya dapat dilakukan oleh pasangan suami istri yang sah dengan ketentuan. Jadi, yang diperbolehkan oleh hukum Indonesia, adalah metode pembuahan sperma dan ovum dari suami istri yang sah, yang ditanamkan dalam rahim istri dari mana ovum berasal, metode ini dikenal dengan metode bayi tabung. Metode atau upaya kehamilan di luar cara alamiah selain yang diatur dalam pasal tersebut, termasuk ibu pengganti atau sewa menyewa/penitipan rahim, secara hukum tidak dapat dilakukan di Indonesia.

Praktek ibu pengganti atau sewa menyewa rahim belum diatur di Indonesia. Oleh karena itu, tidak ada perlindungan hukum bagi para pelaku perjanjian ibu pengganti ataupun sewa menyewa rahim. Dalam pasal 1338 KUHPer memang diatur mengenai kebebasan berkontrak, di mana para pihak dalam berkontrak bebas untuk membuat perjanjian, apapun isi dan bagaimanapun bentuknya. Semua perjanjian yang dibuat secara sah berlaku undang-undang bagi mereka yang membuatnya. Akan tetapi, asas kebebasan berkontrak tersebut tetap tidak boleh melanggar syarat-syarat sahnya perjanjian yaitu: Kesepakatan para pihak, kecakapan para pihak, mengenai suatu hal tertentu, dan sebab yang halal. Syarat sahnya perjanjian adalah harus memiliki sebab yang halal, yaitu tidak bertentangan dengan undang-undang, kesusilaan, maupun dengan ketertiban umum. Sedangkan praktek ibu

pengganti bukan merupakan upaya kehamilan yang dapat dilakukan menurut UU Kesehatan, dengan demikian syarat sebab yang halal tidak terpenuhi. Hal lain yang penting diperhatikan dalam ibu pengganti adalah hak-hak anak yang terlahir dari ibu pengganti tidak boleh terabaikan, khususnya hak identitas diri yang dituangkan dalam akta kelahiran. Apabila terjadi perselisihan antara ibu dengan si ibu pengganti, maka penyelesaiannya harus mengedepankan prinsip kepentingan terbaik bagi si anak (Ratman D, 2012).

Peraturan yang dapat dikatakan secara ketentuan, sebagai berikut : 1. Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Pasal 127 ayat 1. 2. Peraturan Menteri Kesehatan No. 39 Menkes/SK/2010 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Teknologi Reproduksi Berbantu. 3. Peraturan Pemerintahan Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi, Pasal 1 angka 10, Pasal 40 ayat (1-4), Pasal 43 ayat (1), dan ayat (3). Dalam Pasal 127 ayat (1) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan diatur bahwa kehamilan di luar cara alaminya hanya dilakukan oleh pasangan suami-istri yang sah dengan syarat sebagai berikut :

- a) Hasil sperma dan ovum dari suami-istri yang bersangkutan ditanamkan dalam rahim istri dari mana ovum itu berasal.
- b) Dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan untuk melakukan hal itu.
- c) Pada fasilitas pelayanan kesehatan tertentu.

Pelaksanaan upaya kehamilan diluar cara alami harus dilakukan sesuai dengan norma hukum, norma agama, norma kesusilaan, dan norma kesopanan. Berdasarkan ketentuan Undang-Undang Kesehatan yang berlaku di Indonesia, metode atau upaya kehamilan diluar cara alaminya selain yang diatur dalam ketentuan tersebut, secara hukum tidak dapat dilakukan di Indonesia. Larangan peminjaman rahim pada Undang-Undang tentang Kesehatan berdasarkan atas muatan asas dan tujuan dari

undang-undang tersebut, yaitu pembangunan kesehatan yang diselenggarakan dengan berasaskan peri kemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender dan non diskriminatif dan norma-norma agama.

Metode kehamilan di luar cara alamiah selain yang diatur dalam Pasal 127 ayat (1) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan tersebut, dalam hal ini ibu pengganti atau *surrogate mother* atau penitipan embrio ke dalam rahim wanita lain secara hukum belum dapat dilakukan di wilayah hukum Indonesia. Dalam prakteknya, peminjaman rahim atau ibu pengganti membuka peluang lebar adanya anak yang dilahirkan di luar nikah. Seorang gadis atau janda yang bersedia untuk melahirkan tanpa nikah dan hanya melalui penyewaan rahimnya saja, dapat membawa dampak buruk serta penderitaan terhadap masa depan anak, di antaranya adalah :

- a) Anak terlahir dengan status anak di luar nikah. Pasal 42 Undang-Undang Perkawinan Nomor 1 Tahun 1974 menyatakan bahwa anak yang sah adalah anak yang dilahirkan dalam atau sebagai akibat perkawinan yang sah.
- b) Anak kehilangan hak waris orang tua kandungnya
- c) Anak mendapat stigma buruk di masyarakat
- d) Anak tersebut dapat disangkal oleh orang tua kandungnya maupun oleh orang tua titipan

Jadi, yang diperbolehkan di hukum Indonesia adalah metode bayi tabung dengan sperma milik suami dan ovum milik istri yang terikat dalam perkawinan yang sah di mata hukum yang kemudian ditanam di rahim istri yang bersangkutan atau ditanamkan dalam rahim istri dimana ovum itu berasal. *Surrogacy* juga berbenturan dengan KUH Perdata, yang berbunyi "*perjanjian-perjanjian tidak hanya mengikat untuk hal-hal yang dengan sengaja tegas dinyatakan di dalamnya, tetapi juga untuk segala sesuatu yang menurut sifat perjanjian, diharuskan oleh kepatutan, kebiasaan atau undang-undang*" sehingga pasal ini menyatakan bahwa

dalam menentukan suatu perjanjian, para pihak tidak hanya terikat terhadap apa yang secara tegas disetujui dalam perjanjian tersebut, tetapi juga terikat oleh kepatutan, kebiasaan, dan undang-undang dimana hal tersebut berdasarkan hukum yang berlaku tidak dapat dilakukan di Indonesia.

Hal ini berarti bahwa metode atau kehamilan di luar cara alamiah selain yang diatur dalam pasal 127 UU Kesehatan, termasuk *surrogate mother*, secara hukum tidak dapat dilakukan di Indonesia. Larangan ini juga termuat dalam UU Kesehatan yang lama, yang menegaskan bahwa kehamilan diluar cara alami dapat dilaksanakan sebagai upaya terakhir untuk membantu suami istri mendapat keturunan, dan Permenkes tentang Penyelenggaraan Pelayanan Teknologi Reproduksi Buatan, yang menegaskan bahwa pelayanan teknologi reproduksi buatan hanya dapat diberikan kepada pasangan suami istri yang terikat perkawinan yang sah, dan sebagai upaya terakhir untuk memperoleh keturunan serta berdasarkan suatu indikasi medik. Kedua peraturan perundang-undangan tersebut, terdapat kesamaan yang menegaskan bahwa bayi tabung yang diperbolehkan hanya kepada pasangan suami isteri yang sah, lalu menggunakan sel sperma dan sel telur dari pasangan tersebut yang kemudian embrionya ditanam dalam rahim isteri bukan wanita lain atau menyewa rahim. Bahkan diancam sanksi pidana, hal ini dilakukan untuk menjamin status anak tersebut sebagai anak sah dari pasangan suami isteri

Menurut pasal 127 ayat (1) Undang-Undang Nomor. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Selanjutnya UU Kesehatan) diatur bahwa upaya kehamilan di luar cara alamiah hanya dapat dilakukan oleh pasangan suami istri yang sah dengan ketentuan:

- a) Hasil pembuahan sperma dan ovum dari suami istri yang bersangkutan ditanamkan dalam rahim istri dari mana ovum berasal

- b) Dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan untuk itu
- c) Pada fasilitas pelayanan kesehatan tertentu.
Persyaratan mengenai kehamilan diluar cara alaminya diatur oleh peraturan pemerintah. Diantaranya yaitu :
 - a) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes RI) Nomor 73 / Menkes / PER / II / 1999 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Teknologi Reproduksi Buatan. Pasal 4 Permenkes ini menyatakan bahwa "pelayanan teknologi reproduksi buatan hanya diberikan kepada pasangan suami istri yang terikat perkawinan yang sah dan sebagai upaya akhir untuk memperoleh keturunan serta berdasarkan pada suatu indikasi medik". Terhadap pelanggaran aturan ini dapat dikenakan sanksi tindakan administratif (Pasal 10 ayat (1) Permenkes RI).
 - b) SK Dirjen Yan Medik Depkes RI tahun 2000 Tentang Pedoman Pelayanan Bayi Tabung di Rumah Sakit:
 - 1) Pelayanan teknik reproduksi buatan hanya dapat dilakukan dengan sel sperma dan sel telur pasangan suami-istri yang bersangkutan
 - 2) Pelayanan reproduksi buatan merupakan bagian dari pelayanan infertilitas, sehingga kerangka pelayannya merupakan bagian dari pengelolaan pelayanan infertilitas secara keseluruhan
 - 3) Dilarang melakukan *surogasi* dalam bentuk apapun. Jadi, yang diperbolehkan oleh hukum Indonesia adalah metode pembuahan sperma dan ovum dari suami istri yang sah yang ditanamkan dalam rahim istri dari mana ovum berasal. Metode ini dikenal dengan metode bayi tabung. Adapun metode atau upaya kehamilan di luar cara alaminya selain yang diatur dalam pasal 127 UU Kesehatan termasuk *Surrogate Mother* tidak diperbolehkan oleh aturan hukum.

DAFTAR PUSTAKA

- Al-Sa'dawi, N. (2002). *Perempuan, Agama, dan Moralitas*. Jakarta. Erlangga.
- Arikhman, N. (2016). Tinjauan Sosial, Etika Dan Hukum Surrogate Mother Di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Medika Sainatika*, 7(2), 140-150.
- Brooks, J. B. (2013). *The process of parenting 9th edition*. New York. McGraw-Hill.
- Eldino, A. (2020). Kehidupan Pekerja Seks Komersial Di Perumahan Kuantan Jaya Kecamatan Tenayan Jaya. *JOM FISIP*, 7(2), 1-13.
- Fachrunniza., Setyawan, I. (2020). Makna Anak Bagi Ibu Pekerja Seks Komersial. *Jurnal Empati*, 8(3), 111-122.
- Judiasih,S.D., Dajaan, S.S. (2017). Aspek Hukum Surrogate Mother Dalam Perspektif Hukum Indonesia, 1(2), 141-150.
- Kartini Kartono. (2015). *Patologi Sosial*. Jakarta. Raja Grafindo Persada.
- Kartono, K. (2009). *Patologi Sosial jilid 1*. Jakarta. Rajawali Pers.
- Koentjoro. (2004). *On the Spot: Tutur Dari Sarang Pelacur*. Yogyakarta. Tinta.
- Manurung, C., Korompis, M.D., Manueke, I., Rumajar, PD. (2016). Karakteristik Pekerja Seksual Komersial Dan Kejadian Penyakit Menular Seksual Di Kota Bitung. *JKL*, 6(2), 54-57.
- Merino, F. (2010). *Adoption and Surrogate Pregnancy*. New York. Infobase Publishing.
- Moore, T. (2002). *Jiwa dari Seks*. Batam. Interaksara.
- Nikmah, F. (2012). Konsep diri anak pekerja seks komersial yang tinggal di tengah masyarakat. *Jurnal Penelitian dan Pengukuran Psikologi*, 1(1), 78-84.

- Purwaningtyastuti., Savitri, D. (2016). Kebermaknaan Hidup Pekerja Seks Komersial Ditinjau Dari Konsep Diri. *Jurnal Dinamika Sosial Budaya*, 18(2), 260-273.
- Ratman, D. (2012). *Surrogate mother dalam perspektif etika dan hukum: bolehkah sewa rahim di indonesia?*. Jakarta. PT Elex Media Komputindo.
- Ratman, D. (2012). *Surrogate Mother dalam perspektif Etika dan Hukum*. Jakarta. PT Gramedia.
- Republik Indonesia. (2012). *Kitab Undang-Undang Hukum Pidana*. Jakarta. Wacana Intelektual.
- Schenker, J.G. (2008). Assisted reproductive technology: perspectives in Halakha (Jewish religious law). *Reproductive Biomedicine Online (Reproductive Healthcare Limited)*, 17(3), 17-24.
- Selian, M.A.H. (2017). Surrogate Mother: Tinjauan Hukum Perdata dan Islam. *Jurnal Yuridis*, 4(2), 131-147.
- Sophia, D., Aruben, R., & Suyatno. (2015). Kajian kasus hubungan pola asuhan gizi, pengetahuan gizi ibu pekerja seks komersial dengan status gizi pada anak baduta (studi di kompleks lokalisasi tegalrejo, kecamatan bergas, kabupaten semarang, jawa tengah tahun 2014). *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 3(1), 239-243.
- Teman, E. (2010). *Birth of a Mother: The Surrogate Body and the Pregnant Self*. Berkeley: University of California Press.
- Zulfitri, N. M. (2013). Studi deskriptif : nilai anak bagi orang tua yang memiliki anak tunggal. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Universitas Surabaya*, 2(2), 1-22.

BIOGRAFI PENULIS

1. Hanny Puspita Ariani

2. Setiawandari, SST., M.Kes.

Penulis dilahirkan di Kota Surabaya, pada tanggal 27 Februari 2075. Penulis adalah dosen tetap di Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Fakultas Sains dan Kesehatan Universitas PGRI Adi Buana Surabaya. Menyelesaikan Pendidikan DIII Kebidanan Poltekkes Kemenkes Surabaya tahun 2009. Melanjutkan pendidikan D-IV Bidan Pendidik di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Unggul Surabaya. Pada tahun 2014 penulis melanjutkan pendidikan S2 pada Program Studi Kedokteran Keluarga Universitas Sebelas Maret Surakarta. Beberapa mata kuliah yang diampu yaitu Asuhan Kebidanan Kehamilan, Asuhan Kebidanan Persalinan, Asuhan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal, Kebidanan Komplementer dan Komunikasi Kebidanan. Sebelumnya penulis juga telah menghasilkan buku yang berjudul Asuhan Kebidanan Continuity of Care, Modul Kegawatdaruratan Maternal Neonatal, Modul Pijat Bayi. Penulis juga menghasilkan beberapa publikasi pada jurnal nasional terakreditasi Sinta 2 dan 3. Penulis aktif dalam berorganisasi profesi Bidan (Ikatan Bidan Indonesia) Cabang Kabupaten Sidoarjo. Penulis dapat dihubungi melalui email : setiawandari@unipa.ac.id nomor telepon 081232006875.



3. Tetty Rihardini, S.ST., M.Keb.

Lahir di Sidoarjo, 1 Juli 1981. Penulis adalah seorang Bidan yang mengabdikan diri sebagai pendidik calon penerus generasi profesi bidan di Universitas PGRI Adi Buana Surabaya sejak 2004 hingga saat ini. Menyelesaikan pendidikan D-III pada Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Surabaya dan melanjutkan pendidikan D-IV Bidan Pendidik di Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung serta melanjutkan pendidikan S2 pada Program Studi Magister Kebidanan di Universitas Brawijaya Malang.



Penulis aktif dalam berorganisasi profesi Bidan (Ikatan Bidan Indonesia). Penulis dapat dihubungi melalui email: tettyrihardini@gmail.com atau nomor telepon 08563466981

4. Efi Kristiana, SST., M.Kes.

Penulis dilahirkan di Kota Ngawi, pada tanggal 02 April 1989. Menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan di Akademi Kebidanan Muhammadiyah Kotawaringin Timur, dan tahun 2012 melanjutkan pendidikan D-IV Bidan Pendidik di Universitas Respati Yogyakarta. Pada tahun 2013 penulis melanjutkan pendidikan S2 pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Kesehatan Reproduksi di Universitas Respati Indonesia. Saat ini penulis merupakan dosen tetap di Program Studi D-III Kebidanan, Akademi Kebidanan Wiyata Mitra Husada Nganjuk.



5. Ratna Sari Dewi, S.ST., M.Kes

Penulis dilahirkan di Kota Surabaya, pada tanggal 16 Januari 1985. Penulis adalah seorang Dosen Tetap di Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan, STIKes Insan Cendekia Medika Jombang. Menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan di STIKes Insan Cendekia Medika Jombang, dan melanjutkan pendidikan D-IV Bidan Pendidik di STIKes Insan Cendekia Medika Jombang. Pada tahun 2014 Penulis lulus dari pendidikan S2 pada Program Studi Kesehatan Ibu dan Anak di Universitas Diponegoro Semarang. Beberapa mata kuliah yang diampu di kampus yakni Manajemen Pelayanan Kebidanan, Patient Safety dan Keselamatan Kesehatan Kerja, Kewirausahaan, Farmakologi dalam Kebidanan, Asuhan Kebidanan Komprehensif dan Ilmu Kesehatan Masyarakat. Sebelumnya Penulis juga menghasilkan Modul yang berjudul Asuhan Kebidanan Komprehensif 1, Praktikum Breast Spa. Penulis juga menghasilkan beberapa Publikasi pada Jurnal Nasional antara lain Kecemasan Ibu Hamil Usia Resiko Tinggi dalam Menghadapi Kehamilannya, Penggunaan Buku KIA dengan Pengetahuan Tentang Antenatal Care pada Ibu Hamil, dan Pengaruh Ibu Bekerja terhadap Pemberian ASI Eksklusif pada Bayi Usia 0-6 Bulan. Selain itu penulis juga menghasilkan Pengabdian Kepada Masyarakat antara lain Edukasi Kesehatan Ibu dan Anak di Masa Pandemi Covid-19, Penggunaan Masker yang Benar untuk Mencegah Penularan Virus Corona pada Anak-Anak, dan Edukasi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dalam Pencegahan Covid-19.



Penulis juga aktif dalam ADRI (Perkumpulan Ahli dan Dosen Republik Indonesia) dan saat ini Penulis dipercayakan sebagai Sekretaris Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan STIKes Insan Cendekia Medika Jombang. Penulis dapat dihubungi melalui email : bidanratnasaridewi@yahoo.co.id atau nomor telepon 085648344444.

6. Dr. Mareta B. Bakoll, SST., MPH.

Penulis lahir di Kupang, tanggal 10 Maret 1976. Menamatkan SD GMIT 2 Kupang tahun 1987; SMPN 1 Kupang tahun 1990; Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) Kupang Kelas Paralel Atambua tahun 1993; D1 Bidan di Akademi Perawat Santo A. Paulo Surabaya tahun 1994; D3 Kebidanan di Akademi Kebidanan Kupang tahun 2001; D4 Bidan Pendidik di Universitas Padjadjaran Bandung tahun 2003; memperoleh gelar Master of Public Health minat Kesehatan Ibu dan Anak-Kesehatan Reproduksi dari Universitas Gadjah Mada Yogyakarta tahun 2009; memperoleh gelar Doktor (Dr) dari Universitas Airlangga Surabaya pada bulan Maret tahun 2017.



Pengalaman bekerja diawali dengan diangkat menjadi Bidan PTT Angkatan I dan ditempatkan sebagai Kepala Puskesmas Pembantu Fatumonas, Kecamatan Amfoang Selatan, Kabupaten Kupang tahun 1994-1998; PNS Dinkes Provinsi NTT yang diperbantukan sebagai Asisten Dosen pada Akademi Kebidanan Kupang tahun 2001-2009; Dosen Tetap Poltekkes Kemenkes Jurusan Kebidanan Kupang sejak tahun 2010-sekarang. Saat ini dipercayakan sebagai Ketua Jurusan Kebidanan Kupang Periode 2018-2022.

Sejak berkarir sebagai Dosen, banyak penelitian, pengabdian masyarakat yang dilakukan, sebagai pembicara pada seminar, workshop, dan pelatihan serta publikasi ilmiah terkait dengan bidang kompetensi baik nasional maupun internasional berupa jurnal, prosiding, buku ajar, buku referensi, book chapter, buku panduan/modul, dan HAKI.

7. Sofa Qurrata A'yun

8. Eka Deviany Widyawaty, SST. M.Kes.

Penulis dilahirkan di Kota Bogor, pada tanggal 13 Desember 1992. Penulis adalah dosen tetap di Program Studi D-III Kebidanan, Akademi Kebidanan Wijaya Kusuma Malang. Menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan di Akademi Kebidanan Wiyata Mitra Husada Nganjuk, dan melanjutkan pendidikan D-IV Bidan Pendidik di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Jombang. Pada tahun 2016 penulis melanjutkan pendidikan S2 pada Program Studi Ilmu Kesehatan Reproduksi di Universitas Airlangga Surabaya. Beberapa mata kuliah yang diampu dikampus yakni Keterampilan Dasar Praktik Klinik, Keterampilan Dasar Kebidanan, Konsep Kebidanan, Ilmu SosialBudaya Dasar, dan Asuhan Kebidanan Kehamilan. Sebelumnya penulis juga telah menghasilkan buku yang berjudul meniran untuk terapi endometriosis. Penulis juga menghasilkan beberapa publikasi pada jurnal nasional terakreditasi antara lain hubungan pengetahuan ibu hamil trimester II-III tentang senam hamil dengan melakukan senam hamil, hubungan riwayat status gizi ibu saat hamil dengan berat badan lahir, dan hubungan motivasi keluarga ibu hamil dengan keteraturan mengkonsumsi tablet Fe. Penulis juga aktif dalam berorganisasi profesi Bidan (Ikatan Bidan Indonesia) dan saat ini penulis dipercayakan sebagai Ketua LPPM Akademi Kebidanan Wijaya Kusuma Malang. Penulis dapat dihubungi melalui email : ekadeviany719@gmail.com atau nomor telepon 082233325390.



9. Dr. Marni Br Karo, S.Tr.Keb, SKM., M.Kes

Penulis berasal dari desa Bekerah Tanah Karo Sumatra Utara dan lahir dari pasangan alm. S. Karo-Karo dan alm. R. Br S. Meliala. Menikah dengan P.Terkelin Sembiring dan dikarunia 3 orang anak, dua orang laki-laki dan satu orang perempuan. Pendidikan yang telah ditempuh SDN lulus 1987, SMPN lulus 1990 di Tiga serangkai Tanah Karo Sumatra Utara, Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) Kesdam I/BB Binjai lulus 1994,



D1 Bidan Depkes Medan lulus 1995, Sarjana Kesehatan Masyarakat di Universitas Muhammadiyah Jakarta lulus 2004 , D3 Kebidanan Poltekkes III Jakarta lulus 2008, S2 Kesehatan Reproduksi lulus 2011, DIV Kebidanan lulus 2015 dan mendapatkan beasiswa dari Kemenristek Dikti untuk melanjutkan S3 Ilmu Kedokteran lulus 2017 di Universitas Hasanudin Makassar. Pengalaman bekerja di RSU FK UKI Jakarta dari 1996 sampai 2005, Praktek Bidan Mandiri 1996 sampai 2014 dan menjadi dosen di STIKes Medistra Indonesia sejak 2005 sampai sekarang. Aktif di organisasi Ikatan Bidan Indonesia (IBI) sejak 1996, Perinasia 1996, AIC 2016, APCORE 2017, PDRI 2018 , PDIM 2019, IAKMI 2020, PWII

2020, Cel Kodelin 2021, Kodepena 2021 sampai sekarang. Sejak menjadi dosen aktif melakukan penelitian dan pengabdian. Penulis telah menerbitkan beberapa buku dan publikasi ilmiah yang dimuat di jurnal internasional terindeks Scopus dan jurnal nasional terakreditasi SINTA.

10. Yusri Dwi Lestari

Perempuan dan anak di Indonesia masih menjadi kelompok yang rentan terhadap tindakan yang melanggar Hak Asasi Perempuan dan Anak. Salah satu masalah yang menjadi keprihatinan pemerintah adalah maraknya kasus kekerasan dan perdagangan manusia (*human trafficking*) dari latar belakang sosial yang ada. Faktor kemiskinan, masalah ekonomi, rendahnya pendidikan, pergeseran nilai moral, masalah sosial budaya, gaya hidup dan makin besarnya jumlah penduduk yang mempersempit lapangan pekerjaan, membuat perempuan dan anak rentan terhadap permasalahan *trafficking* dan kekerasan. Kekerasan terhadap perempuan dan anak adalah setiap perbuatan berdasarkan perbedaan jenis kelamin yang berkaitan atau mungkin berakibat kesengsaraan atau penderitaan perempuan dan anak secara fisik, seksual atau psikologis, termasuk ancaman perbuatan tertentu, pemaksaan atau perampasan, baik yang terjadi di depan umum maupun dalam kehidupan pribadi.

Buku ini membahas tentang Konsep perempuan dan anak dengan kondisi rentan (*vulnerable women and child*), Kebutuhan khusus pada permasalahan fisik terutama pada disabilitas, psikologis, geografi, ekonomi, sosial, budaya, Asuhan berkelanjutan (*continuity of care*) pada ibu berkebutuhan khusus, Konsep permasalahan budaya dan Konsep masalah sosial.



Diterbitkan Oleh :

**RENA CIPTA
MANDIRI**

📍 Kedungkandang, Kota Malang
✉️ renactamandiri@gmail.com
☎️ HP. 0822-3332-5390

ISBN 978-623-98674-2-3



ASUHAN KEBIDANAN PADA PEREMPUAN DAN ANAK DALAM KONDISI RENTAN

ORIGINALITY REPORT

28%

SIMILARITY INDEX

30%

INTERNET SOURCES

0%

PUBLICATIONS

7%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	eprints.poltekkesjogja.ac.id Internet Source	3%
2	almaiyyah.iainpare.ac.id Internet Source	3%
3	journal.unpad.ac.id Internet Source	3%
4	journal.unhas.ac.id Internet Source	2%
5	aynurhaqim.wordpress.com Internet Source	2%
6	jurnal.stikeskendedes.ac.id Internet Source	2%
7	fhukum.unpatti.ac.id Internet Source	2%
8	dikrushcomp.blogspot.com Internet Source	2%
9	www.unicef.org Internet Source	1%
10	krisnayantinila5.blogspot.com Internet Source	1%
11	repository.umy.ac.id Internet Source	1%
12	melakatrין.wordpress.com Internet Source	1%

text-id.123dok.com

13	Internet Source	1 %
14	kuliahkbidan.blogspot.com Internet Source	1 %
15	umicii.blogspot.com Internet Source	1 %
16	digilib.akbidyo.ac.id Internet Source	1 %
17	docplayer.info Internet Source	1 %

Exclude quotes On

Exclude matches < 350 words

Exclude bibliography On

ASUHAN KEBIDANAN PADA PEREMPUAN DAN ANAK DALAM KONDISI RENTAN

GRADEMARK REPORT

FINAL GRADE

/0

GENERAL COMMENTS

Instructor

PAGE 1

PAGE 2

PAGE 3

PAGE 4

PAGE 5

PAGE 6

PAGE 7

PAGE 8

PAGE 9

PAGE 10

PAGE 11

PAGE 12

PAGE 13

PAGE 14

PAGE 15

PAGE 16

PAGE 17

PAGE 18

PAGE 19

PAGE 20

PAGE 21

PAGE 22

PAGE 23

PAGE 24

PAGE 25

PAGE 26

PAGE 27

PAGE 28

PAGE 29

PAGE 30

PAGE 31

PAGE 32

PAGE 33

PAGE 34

PAGE 35

PAGE 36

PAGE 37

PAGE 38

PAGE 39

PAGE 40

PAGE 41

PAGE 42

PAGE 43

PAGE 44

PAGE 45

PAGE 46

PAGE 47

PAGE 48

PAGE 49

PAGE 50

PAGE 51

PAGE 52

PAGE 53

PAGE 54

PAGE 55

PAGE 56

PAGE 57

PAGE 58

PAGE 59

PAGE 60

PAGE 61

PAGE 62

PAGE 63

PAGE 64

PAGE 65

PAGE 66

PAGE 67

PAGE 68

PAGE 69

PAGE 70

PAGE 71

PAGE 72

PAGE 73

PAGE 74

PAGE 75

PAGE 76

PAGE 77

PAGE 78

PAGE 79

PAGE 80

PAGE 81

PAGE 82

PAGE 83

PAGE 84

PAGE 85

PAGE 86

PAGE 87

PAGE 88

PAGE 89

PAGE 90

PAGE 91

PAGE 92

PAGE 93

PAGE 94

PAGE 95

PAGE 96

PAGE 97

PAGE 98

PAGE 99

PAGE 100

PAGE 101

PAGE 102

PAGE 103

PAGE 104

PAGE 105

PAGE 106

PAGE 107

PAGE 108

PAGE 109

PAGE 110

PAGE 111

PAGE 112

PAGE 113

PAGE 114

PAGE 115

PAGE 116

PAGE 117

PAGE 118

PAGE 119

PAGE 120

PAGE 121

PAGE 122

PAGE 123

PAGE 124

PAGE 125

PAGE 126

PAGE 127

PAGE 128

PAGE 129

PAGE 130

PAGE 131

PAGE 132

PAGE 133

PAGE 134

PAGE 135

PAGE 136

PAGE 137

PAGE 138

PAGE 139

PAGE 140

PAGE 141

PAGE 142

PAGE 143

PAGE 144

PAGE 145

PAGE 146

PAGE 147

PAGE 148

PAGE 149

PAGE 150

PAGE 151

PAGE 152

PAGE 153

PAGE 154

PAGE 155

PAGE 156

PAGE 157

PAGE 158

PAGE 159

PAGE 160

PAGE 161

PAGE 162

PAGE 163

PAGE 164

PAGE 165

PAGE 166

PAGE 167

PAGE 168

PAGE 169

PAGE 170

PAGE 171

PAGE 172

PAGE 173

PAGE 174

PAGE 175

PAGE 176

PAGE 177

PAGE 178

PAGE 179

PAGE 180

PAGE 181

PAGE 182

PAGE 183

PAGE 184

PAGE 185

PAGE 186

PAGE 187

PAGE 188

PAGE 189

PAGE 190

PAGE 191
