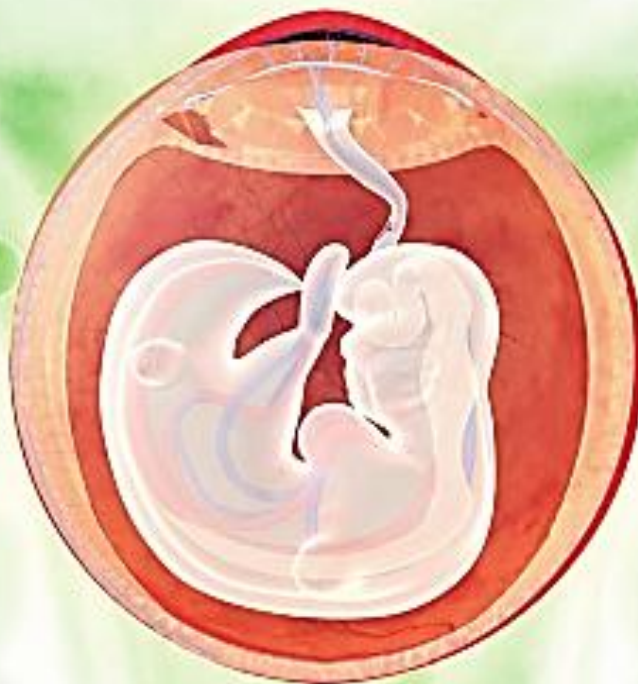




BUKU AJAR

KESEHATAN REPRODUKSI

REMAJA & LANSIA



ATIKAH RAHAYU
MEITRIA SYAHADATINNA NOOR
FAHRINI YULIDASARI
FAUZIE RAHMAN
ANDINI OCTAVIANA PUTRI

BUKU AJAR

**KESEHATAN
REPRODUKSI**
REMAJA & LANSIA

Pasal 72 Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2002 tentang Hak Cipta:

- (1) Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) atau Pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).
- (2) Barangsiapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
- (3) Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak memperbanyak penggunaan untuk kepentingan komersial suatu Program Komputer dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
- (4) Barangsiapa dengan sengaja melanggar Pasal 17 dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
- (5) Barangsiapa dengan sengaja melanggar Pasal 19, Pasal 20, atau Pasal 29 ayat (3) dipidana dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun dan/atau denda paling banyak Rp150.000.000,00 (seratus lima puluh juta rupiah).
- (6) Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melanggar Pasal 24 atau Pasal 55 dipidana dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun dan/atau denda paling banyak Rp150.000.000,00 (seratus lima puluh juta rupiah).
- (7) Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melanggar Pasal 25 dipidana dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun dan/atau denda paling banyak Rp150.000.000,00 (seratus lima puluh juta rupiah).
- (8) Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melanggar Pasal 27 dipidana dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun dan/atau denda paling banyak Rp150.000.000,00 (seratus lima puluh juta rupiah).
- (9) Barangsiapa dengan sengaja melanggar Pasal 28 dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp1.500.000.000,00 (satu miliar lima ratus juta rupiah).

BUKU AJAR

KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA & LANSIA

Atikah Rahayu, SKM, MPH
dr. Meitria Syahadatinna Noor, M.Kes
Fahrini Yulidasari, SKM, MPH
Fauzie Rahman, SKM, MPH
Andini Octaviana Putri, SKM

*Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran
Universitas Lambung Mangkurat*



Pusat Penerbitan dan Percetakan UNAIR
Airlangga University Press

Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Remaja dan Lansia

Atikah Rahayu, SKM, MPH, dkk

Perpustakaan Nasional RI. Data Katalog Dalam Terbitan (KDT)

Rahayu, A.

Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Remaja dan Lansia/Atikah Rahayu, dkk. - Cet.1 -Surabaya: Airlangga University Press, 2017.

117 hlm.: 23 cm.

ISBN 978-602-6606-23-5

1.Reproduksi I. Judul

372.372

Penerbit:

Airlangga University Press
Kampus C Unair, Mulyorejo Surabaya 60115
Telp. (031) 5992246, 5992247 Fax. (031) 5992248
E-mail: aup.unair@gmail.com

ANGGOTA IKAPI: 001/JTI/95
ANGGOTA APPTI: 001/KTA/APPTI/X/2012
AUP 300/23.663/06.17 (0.1)

Dicetak oleh:

Pusat Penerbitan dan Percetakan (AUP)
(OC 161/06.16/AUP-A1E)

Cetakan pertama — 2017

Dilarang mengutip dan/atau memperbanyak tanpa izin tertulis dari Penerbit sebagian atau seluruhnya dalam bentuk apa pun.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah swt, berkat rahmat dan petunjuk-Nya sehingga dapat menyelesaikan penyusunan buku bacaan yang diharapkan menjadi buku ajar bagi para mahasiswa kedokteran khususnya kesehatan masyarakat, untuk mengenal, mempelajari dan memahami konsep dasar kesehatan reproduksi remaja dan lansia serta permasalahannya. Buku Ajar ini hadir dengan harapan dapat memenuhi rasa keingintahuan bagaimana konsep dasar dari kesehatan reproduksi remaja dan permasalahan yang terjadi, selain itu juga kesehatan reproduksi bagi lansia. Buku ini diharapkan dapat memberikan pemahaman yang komprehensif terhadap fenomena kesehatan reproduksi.

Mudah-mudahan buku ini memberikan manfaat besar untuk meningkatkan pengetahuan mahasiswa dalam rangka mencapai kompetensi yang disyaratkan dalam kurikulum, juga sebagai bekal apabila telah menyelesaikan pendidikan serta bekerja di bidang kesehatan reproduksi dan kesehatan ibu dan anak.

Kami ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendorong dan memberikan motivasi untuk penyusunan buku ajar ini, khususnya Dekan Fakultas Kedokteran Unlam, yang selalu menekankan pentingnya kegunaan untuk mahasiswa ketimbang tebalnya suatu buku ajar. Terima kasih kepada Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat yang telah memberikan kepercayaan kepada kami untuk mengasuh atau memberikan kuliah atau membimbing praktek lapangan dalam mata kuliah Kesehatan Reproduksi Remaja dan Lansia.

Penghargaan dan terima kasih juga kami sampaikan kepada seluruh anggota tim yang membantu sejak perkuliahan ini diberikan. Buku ini memang dirasakan jauh dari lengkap dan sempurna, keterangan detail tetap dianjurkan untuk membaca buku-buku dan kepastakaan yang tercantum dalam daftar referensi.

Akhirnya guna penyempurnaan buku ini, kami tetap memohon masukan, kritik, saran agar nantinya terwujud sebuah buku ajar praktis, informatif, penuh manfaat dan menjadi rujukan dalam memahami konsep dasar kesehatan reproduksi remaja dan lansia.

Banjarbaru, Mei 2017

Daftar isi

KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
BAB 1 Kesehatan Reproduksi Remaja	1
BAB 2 Tumbuh Kembang Remaja	19
BAB 3 Sindroma Premenstruasi.....	31
BAB 4 Infeksi Menular Seksual dan HIV/AIDS	39
BAB 5 Kehamilan tidak Diinginkan dan Aborsi	55
BAB 6 Pengaruh Napza dan Miras Terhadap Kehidupan Remaja.....	63
BAB 7 Program Kesehatan Peduli Remaja	79
BAB 8 Usia Lanjut	89
BAB 9 Posyandu Lansia	97
BAB 10 Promosi Kesehatan untuk Kesehatan Reproduksi Remaja dan Lansia	107
REFERENSI PENDUKUNG.....	113
PENUTUP	117

BAB I KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA

KOMPETENSI

Kompetensi umum

Setelah mengikuti perkuliahan pada materi ini mahasiswa mampu menjelaskan tentang konsep kesehatan reproduksi remaja.

Kompetensi khusus

Setelah mendapatkan perkuliahan ini mahasiswa dapat menjelaskan:

- a. Konsep kesehatan reproduksi dan ruang lingkup pelayanan kesehatan reproduksi esensial dan komprehensif,
- b. Definisi dan batasan usia remaja, dan
- c. Konsep kesehatan reproduksi remaja (KRR) dan program kesehatan reproduksi remaja (KRR).

MATERI PEMBELAJARAN

Konsep Kesehatan Reproduksi dan Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial dan Komprehensif

Konsep Kesehatan Reproduksi

Kesehatan Reproduksi adalah kesehatan secara fisik, mental, dan kesejahteraan sosial secara utuh pada semua hal yang berhubungan dengan sistem dan fungsi, serta proses reproduksi dan bukan hanya kondisi yang bebas dari penyakit dan kecacatan. Setiap orang harus mampu memiliki kehidupan seksual yang memuaskan dan aman bagi dirinya, juga mampu menurunkan serta memenuhi keinginannya tanpa ada hambatan apa pun, kapan, dan berapa sering untuk memiliki keturunan. Setiap orang berhak dalam mengatur jumlah keluarganya, termasuk memperoleh penjelasan yang lengkap tentang cara-cara kontrasepsi sehingga dapat memilih cara yang tepat dan disukai. Selain itu, hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi lainnya, seperti pelayanan antenatal, persalinan, nifas dan pelayanan bagi anak dan kesehatan remaja juga perlu dijamin (Harahap, 2003).

Ruang lingkup kesehatan reproduksi dalam lingkup kehidupan adalah sebagai berikut (Harahap, 2003):

- a. Kesehatan ibu dan bayi baru lahir,
- b. Pencegahan dan penanggulangan infeksi saluran reproduksi termasuk PMS-HIV/AIDS,
- c. Pencegahan dan penanggulangan komplikasi aborsi,
- d. Kesehatan reproduksi remaja,
- e. Pencegahan dan penanganan *infertile*,
- f. Kanker pada usia lanjut,
- g. Berbagai aspek kesehatan reproduksi lain, misalnya kanker servik, mutilasi genital, fistula, dan lain-lain.

Hak-hak reproduksi

Berdasarkan hasil Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan, disepakati hal-hal reproduksi yang bertujuan untuk mewujudkan kesehatan bagi individu secara utuh, baik kesehatan rohani dan jasmani, meliputi (Minkjosastro, 1999):

- a. Hak mendapat informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi,
- b. Hak mendapat pelayanan dan perlindungan kesehatan reproduksi,
- c. Hak kebebasan berfikir tentang pelayanan kesehatan reproduksi,
- d. Hak dilindungi dan kematian karena kehamilan,
- e. Hak untuk menentukan jumlah dan jarak kehamilan,
- f. Hak atas kebebasan dan keamanan yang berkaitan dengan kehidupan reproduksinya,
- g. Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk termasuk perlindungan dari pelecehan, perkosaan, kekerasan, penyiksaan seksual,
- h. Hak mendapatkan manfaat kemajuan ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi,
- i. Hak atas pelayanan dan kehidupan reproduksinya,
- j. Hak untuk membangun dan merencanakan keluarga,
- k. Hak untuk bebas dari segala bentuk diskriminasi dalam berkeluarga dan kehidupan kesehatan reproduksi,
- l. Hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam politik yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi.

Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial dan Komprehensif

Kebijakan Nasional Kesehatan Reproduksi di Indonesia menetapkan bahwa Kesehatan Reproduksi mencakup 5 (lima) komponen atau program terkait, yaitu Program Kesehatan Ibu dan Anak, Program Keluarga Berencana, Program Kesehatan Reproduksi Remaja, Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular Seksual (PMS) termasuk HIV/AIDS, dan Program Kesehatan Reproduksi pada Usia Lanjut. Pelaksanaan Kesehatan Reproduksi dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan siklus hidup (*life-cycle approach*) agar diperoleh sasaran yang pasti dan pelayanan yang jelas berdasarkan kepentingan sasaran atau klien dengan memperhatikan hak reproduksi mereka (Johnson dan Everitt, 2000).

Saat ini, kesehatan reproduksi di Indonesia yang diprioritaskan baru mencakup empat komponen atau program, yaitu: Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir, Keluarga Berencana, Kesehatan Reproduksi Remaja, serta Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular Seksual (PMS) termasuk HIV/AIDS. Pelayanan yang mencakup 4 komponen atau program tersebut disebut Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE). Jika PKRE ditambah dengan pelayanan Kesehatan Reproduksi untuk Usia Lanjut, maka pelayanan yang diberikan akan mencakup seluruh komponen Kesehatan Reproduksi, yang disebut Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif (PKRK). Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE) bertumpu pada pelayanan dari masing-masing program terkait yang sudah

ada di tingkat pelayanan kesehatan dasar. Ini berarti bahwa Paket Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial bukan suatu program pelayanan yang baru maupun berdiri sendiri, namun berupa keterpaduan berbagai pelayanan dari program yang terkait, dengan tujuan agar sasaran atau klien memperoleh semua pelayanan secara terpadu dan berkualitas, termasuk dalam aspek komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) (Johnson dan Everitt, 2000).

Di bawah ini keadaan dan masalah beberapa komponen kesehatan reproduksi yang dapat memberikan gambaran umum tentang keadaan kesehatan reproduksi yaitu sebagai berikut (Iskandar, 1997):

Komponen Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir

Peristiwa kehamilan, persalinan dan masa nifas merupakan kurun kehidupan wanita yang paling tinggi risikonya karena dapat membawa kematian, dan makna kematian seorang ibu bukan hanya satu anggota keluarga tetapi hilangnya kehidupan sebuah keluarga. Dalam rangka mengurangi terjadinya kematian ibu karena kehamilan dan persalinan, harus dilakukan pemantauan sejak dini agar dapat mengambil tindakan yang cepat dan tepat sebelum berlanjut pada keadaan kebidanan darurat. Upaya intervensi yang dilakukan dapat berupa pelayanan *antenatal*, pelayanan persalinan atau partus dan pelayanan *postnatal* atau masa nifas. Informasi yang akurat perlu diberikan atas ketidaktahuan bahwa hubungan seks yang dilakukan, akan mengakibatkan kehamilan, dan bahwa tanpa menggunakan kontrasepsi kehamilan yang tidak diinginkan bisa terjadi. Dengan demikian tidak perlu dilakukan pengguguran yang dapat mengancam jiwa.

Masalah kematian ibu merupakan masalah kompleks yang diwarnai oleh derajat kesehatan, termasuk status kesehatan reproduksi dan status gizi ibu sebelum dan selama kehamilan. Sekitar 60% ibu hamil dalam keadaan yang mempunyai satu atau lebih keadaan "4 terlalu" (terlalu muda, kurang dari 20 tahun; tua, lebih dari 35 tahun; sering, jarak antar-anak kurang dari 2 tahun; banyak, lebih dari 3 anak). Prevalensi infeksi saluran reproduksi diperkirakan juga cukup tinggi karena rendahnya *hygiene* perorangan dan paparan penyakit menular seksual (PMS) yang meningkat. Kejadian kematian ibu juga berkaitan erat dengan masalah sosial-budaya, ekonomi, tradisi dan kepercayaan masyarakat. Hal ini pada akhirnya menjadi latar belakang kematian ibu yang mengalami komplikasi *obstetric*, yaitu dalam bentuk "3 terlambat", diantaranya 1) terlambat mengenali tanda bahaya dan mengambil keputusan di tingkat keluarga; 2) terlambat mencapai tempat pelayanan kesehatan; dan 3) terlambat mendapat penanganan medis yang memadai di tempat pelayanan kesehatan. Permasalahan kesehatan ibu tersebut merupakan refleksi dari masalah yang berkaitan dengan kesehatan bayi baru lahir. Angka kematian bayi (AKB) kematian pada masa perinatal/neonatal pada umumnya berkaitan dengan kesehatan ibu selama hamil, kesehatan janin selama di dalam kandungan dan proses pertolongan persalinan yang diterima ibu atau bayi, yaitu asfiksia, hipotermia karena prematuritas/BBLR, trauma persalinan dan tetanus neonatorum.

Komponen Keluarga Berencana

Promosi keluarga berencana (KB) dapat ditujukan pada upaya peningkatan kesejahteraan ibu sekaligus kesejahteraan keluarga. Calon suami-istri agar merencanakan hidup berkeluarga atas dasar cinta kasih, serta pertimbangan rasional tentang masa depan yang baik bagi kehidupan suami istri dan anak-anak mereka serta masyarakat. Keluarga berencana bukan hanya sebagai upaya atau strategi kependudukan dalam menekan pertumbuhan penduduk agar sesuai dengan daya dukung lingkungan tetapi juga merupakan strategi bidang kesehatan dalam upaya peningkatan kesehatan ibu melalui pengaturan jarak dan jumlah kelahiran. Pelayanan yang berkualitas juga perlu ditingkatkan dengan lebih memperhatikan pandangan klien atau pengguna pelayanan.

Komponen Pencegahan dan Penanganan Infeksi Saluran Reproduksi (ISR) (termasuk Penyakit Menular Seksual dan HIV/AIDS).

Jenis infeksi saluran reproduksi (ISR) dibagi menjadi 3 kategori yaitu, 1) Penyakit Menular Seksual (PMS) meliputi infeksi klamida, gonorrhoe, trikomoniasis, sifilis, ulkus mole, herpes kelamin, dan infeksi *human immunodeficiency virus* (HIV); 2) Infeksi endogen karena pertumbuhan berlebihan kuman yang biasanya ada di saluran reproduksi wanita normal, seperti *vaginosis bacterial* dan *kandidiasis vulvovaginal*; 3) Infeksi iatrogenik, yaitu infeksi yang terjadi karena dilakukannya tindakan medis.

Upaya pencegahan dan penanggulangan ISR di tingkat pelayanan dasar masih jauh dari yang diharapkan. Upaya tersebut baru dilaksanakan secara terbatas di beberapa provinsi, berupa upaya pencegahan dan penanggulangan PMS dengan pendekatan sindrom melalui pelayanan KIA/KB. Hambatan sosial-budaya sering mengakibatkan ketidaktuntasan dalam pengobatannya, sehingga menimbulkan komplikasi ISR yang serius seperti kemandulan, keguguran, dan kecacatan pada janin.

Pencegahan dan penanganan infeksi ditujukan pada penyakit dan gangguan yang berdampak pada saluran reproduksi. Baik yang disebabkan penyakit infeksi yang non PMS, seperti *tuberculosis*, malaria, filariasis, dan lain sebagainya, maupun penyakit infeksi yang tergolong penyakit menular seksual (PMS), seperti *gonorrhoea*, *sifilis*, *herpes genital*, *chlamydia*, dan sebagainya, ataupun kondisi infeksi yang berakibat infeksi rongga panggul (*pelvic inflammatory diseases*/PID) seperti alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR), yang dapat berakibat seumur hidup pada wanita maupun pria, misalnya kemandulan serta akan menurunkan kualitas hidupnya. Salah satu yang juga sangat mendesak saat ini adalah upaya pencegahan PMS yang fatal yaitu infeksi virus *Human Immunodeficiency Virus* (HIV).

Komponen Kesehatan Reproduksi Remaja

Upaya promosi dan pencegahan masalah kesehatan reproduksi juga perlu diarahkan pada masa remaja, yang ditandai dengan terjadi peralihan dari masa anak menjadi dewasa, dan perubahan-perubahan dari bentuk dan fungsi tubuh terjadi dalam waktu relatif cepat. Hal ini ditandai dengan berkembangnya tanda seks sekunder dan berkembangnya jasmani secara pesat, menyebabkan remaja secara fisik mampu melakukan fungsi proses reproduksi tetapi belum dapat mempertanggungjawabkan akibat dari proses

reproduksi tersebut. Informasi dan penyuluhan, konseling, serta pelayanan klinis perlu ditingkatkan untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi remaja ini.

Permasalahan prioritas kesehatan reproduksi pada remaja dapat dikelompokkan sebagai menjadi 1) kehamilan tak dikehendaki, yang seringkali menjurus kepada aborsi yang tidak aman dan komplikasinya; 2) kehamilan dan persalinan usia muda yang menambah risiko kesakitan dan kematian ibu; 3) Masalah PMS, termasuk infeksi HIV/AIDS. Masalah kesehatan reproduksi remaja selain berdampak secara fisik, juga dapat berpengaruh terhadap kesehatan mental dan emosi, keadaan ekonomi serta kesejahteraan sosial dalam jangka panjang. Dampak jangka panjang tersebut tidak hanya berpengaruh terhadap remaja itu sendiri, tetapi juga terhadap keluarga, masyarakat dan bangsa pada akhirnya.

Komponen Usia Lanjut

Masalah kesehatan usia lanjut semakin meningkat bersamaan dengan bertambahnya presentase penduduk usia lanjut. Masalah prioritas pada kelompok ini antara lain meliputi gangguan pada masa *menopause*, osteoporosis, kanker prostat, dan penyakit kardiovaskular serta penyakit degeneratif, yang dapat berpengaruh terhadap organ reproduksi. Di samping itu, kekurangan gizi dan gangguan otot serta sendi sering memperburuk keadaan tersebut.

Melengkapi siklus kehidupan keluarga, komponen ini akan mempromosikan peningkatan kualitas penduduk usia lanjut pada saat menjelang dan setelah akhir kurun usia reproduksi (*menopause/adropause*). Upaya pencegahan dapat dilakukan melalui *skrining* keganasan organ reproduksi misalnya kanker rahim pada wanita, kanker prostat pada pria serta pencegahan defisiensi hormonal dan akibatnya seperti kerapuhan tulang dan lain-lain.

Batasan Usia Remaja

Remaja adalah masa transisi antara masa anak dan dewasa, dimana terjadi pacu tumbuh (*growth spurt*), timbul ciri-ciri seks sekunder, tercapai fertilitas dan terjadi perubahan-perubahan psikologik serta kognitif (BKKBN, 2001).

Masa remaja merupakan bagian dari proses tumbuh kembang, yaitu masa peralihan dari anak menuju dewasa. Pada tahap ini, anak mengalami percepatan pertumbuhan, perubahan-perubahan baik fisik maupun psikologis. Oleh karenanya, remaja sangat rentan sekali mengalami masalah psikososial, yakni masalah psikis atau kejiwaan yang timbul sebagai akibat terjadinya perubahan sosial (Iskandarsyah, 2006).

Masa remaja adalah masa transisi yang ditandai oleh adanya perubahan fisik, emosi dan psikis. Masa remaja antara usia 10-19 tahun, adalah suatu periode masa pematangan organ reproduksi manusia, dan sering disebut masa pubertas. Masa pubertas ditandai dengan terjadinya perubahan-perubahan fisik (meliputi penampilan fisik seperti bentuk tubuh dan proporsi tubuh) dan fungsi fisiologis (kematangan organ-organ seksual). Perubahan fisik yang terjadi pada masa pubertas ini merupakan peristiwa

yang paling penting, berlangsung cepat, drastis, tidak beraturan dan bermuara dari perubahan pada sistem reproduksi. Hormon-hormon mulai diproduksi dan mempengaruhi organ reproduksi untuk memulai siklus reproduksi serta mempengaruhi terjadinya perubahan tubuh. Perubahan tubuh ini disertai dengan perkembangan bertahap dari karakteristik seksual primer dan karakteristik seksual sekunder. Karakteristik seksual primer mencakup perkembangan organ-organ reproduksi, sedangkan karakteristik seksual sekunder mencakup perubahan dalam bentuk tubuh sesuai dengan jenis kelamin misalnya, pada remaja putri ditandai dengan *menarche* (menstruasi pertama), tumbuhnya rambut-rambut pubis, pembesaran buah dada, pinggul. Sedangkan pada remaja putra mengalami *pollution* (mimpi basah pertama), pembesaran suara, tumbuh rambut-rambut pubis, tumbuh rambut pada bagian tertentu seperti di dada, di kaki, kumis dan sebagainya (Iskandarsyah, 2006).

Berdasarkan umur kronologis dan berbagai kepentingan, terdapat berbagai definisi tentang remaja, sebagai berikut:

- a. Menurut World Health Organization (WHO) remaja adalah jika anak berusia 12 sampai 24 tahun.
- b. Usia remaja menurut UU perlindungan anak no. 23 tahun 2002 adalah 10–18 tahun.
- c. Pada buku-buku pediatri, pada umumnya mendefinisikan remaja adalah bila seorang anak telah mencapai umur 10–18 tahun (untuk anak perempuan) dan 12–20 tahun (untuk anak laki-laki).
- d. Menurut UU no. 4 tahun 1979 mengenai kesejahteraan anak, remaja adalah individu yang belum mencapai 21 tahun dan belum menikah.
- e. Menurut UU Perburuhan, anak dianggap remaja apabila telah mencapai umur 16–18 tahun atau sudah menikah dan mempunyai tempat untuk tinggal.
- f. Menurut UU Perkawinan no. 1 tahun 1974, anak dianggap sudah remaja apabila cukup matang untuk menikah, yaitu umur 16 tahun (untuk anak perempuan) dan 19 tahun (untuk anak laki-laki).
- g. Menurut Diknas, anak dianggap remaja bila anak sudah berumur 18 tahun, yang sesuai dengan saat lulus Sekolah Menengah.

Dalam tumbuh kembangnya menuju dewasa, berdasarkan kematangan psikososial dan seksual, semua remaja akan melewati tahapan sebagai berikut (Iskandarsyah, 2006):

- a. Masa remaja awal/dini (*early adolescence*): umur 10–13 tahun
 - 1) Tampak dan memang merasa lebih dekat dengan teman sebaya,
 - 2) Tampak dan merasa ingin bebas,
 - 3) Tampak dan memang lebih banyak memperhatikan keadaan tubuhnya dan mulai berfikir khayal (abstrak).
- b. Masa remaja pertengahan (*middle adolescence*): umur 14–16 tahun
 - 1) Tampak dan merasa ingin mencari identitas diri,
 - 2) Ada keinginan untuk berkenan atau tertarik pada lawan jenis,
 - 3) Timbul perasaan cinta yang mendalam,
 - 4) Kemampuan berfikir abstrak (berkhayal) makin berkembang,
 - 5) Berkhayal mengenai hal-hal yang berkaitan dengan seksual.

- c. Masa remaja lanjut (*late adolescence*): umur 17–19 tahun
- 1) Menampakkan pengungkapan kebebasan diri,
 - 2) Dalam mencari teman sebaya lebih selektif,
 - 3) Memiliki citra (gambaran, keadaan, peranan) terhadap dirinya,
 - 4) Dapat mewujudkan perasaan cinta,
 - 5) Memiliki kemampuan berfikir khayal atau abstrak.

Konsep Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) dan Program Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR)

Batasan Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) dan Program Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR)

Sejak Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (ICPD) pada tahun 1994, masyarakat internasional secara konsisten mengukuhkan hak-hak remaja akan informasi tentang kesehatan reproduksi yang benar dan pelayanan kesehatan reproduksi termasuk konseling. Masyarakat internasional juga telah mengingatkan kembali bahwa hak dan tanggung jawab para orang tua adalah membimbing, termasuk tidak menghalangi anak remajanya, untuk mendapatkan akses terhadap pelayanan dan informasi yang mereka butuhkan tentang kesehatan reproduksi yang baik (Muadz dkk, 2008).

Sejak tahun 2000, Pemerintah Indonesia telah mengangkat kesehatan reproduksi remaja (KRR) menjadi program nasional. Program KRR merupakan upaya pelayanan untuk membantu remaja memiliki status kesehatan reproduksi yang baik melalui pemberian informasi, pelayanan konseling, dan pendidikan keterampilan hidup (Muadz dkk, 2008).

Kesehatan reproduksi remaja adalah suatu kondisi sehat yang menyangkut sistem, fungsi dan proses reproduksi yang dimiliki oleh remaja. Pengertian sehat disini tidak semata-mata bebas penyakit atau bebas dari kecacatan namun juga sehat secara mental serta sosial-kultural. Remaja perlu mengetahui kesehatan reproduksi agar memiliki informasi yang benar mengenai proses reproduksi serta berbagai faktor yang ada disekitarnya. Dengan informasi yang benar, diharapkan remaja memiliki sikap dan tingkah laku yang bertanggung jawab mengenai proses reproduksi (Depkes RI, 2003).

Kepedulian pemerintah terhadap masalah kesehatan reproduksi remaja cenderung semakin tinggi. Hal ini disebabkan antara lain karena berbagai masalah yang dihadapi remaja semakin kompleks. Masa remaja sangat erat kaitannya dengan perkembangan psikis pada periode yang dikenal sebagai pubertas serta diiringi dengan perkembangan seksual. Kondisi ini menyebabkan remaja menjadi rentan terhadap masalah-masalah perilaku berisiko, seperti melakukan hubungan seks sebelum menikah dan penyalahgunaan napza, yang keduanya dapat membawa risiko terhadap penularan HIV dan AIDS. Kompleksitas permasalahan remaja tersebut perlu mendapat perhatian secara terus menerus baik dari pihak pemerintah, LSM, masyarakat, maupun keluarga, guna menjamin kualitas generasi mendatang (Depkes RI, 2003).

Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) yang disahkan melalui Peraturan Presiden no. 7 tahun 2005, maka program KRR merupakan salah satu program prioritas dalam pembangunan nasional. Tujuan dari program kesehatan reproduksi remaja secara eksplisit dinyatakan untuk meningkatkan pemahaman, pengetahuan, sikap dan perilaku positif remaja tentang kesehatan dan hak-hak reproduksi, guna meningkatkan derajat kesehatan reproduksinya dan mempersiapkan kehidupan berkeluarga dalam mendukung upaya peningkatan kualitas generasi mendatang (Depkes RI, 2003).

Beberapa fakta menunjukkan bahwa permasalahan pada remaja perlu mendapat perhatian, misalnya tingkat pengetahuan remaja di Indonesia tentang kesehatan reproduksi masih rendah, khususnya dalam hal cara-cara melindungi diri terhadap risiko kesehatan reproduksi, seperti pencegahan KTD, IMS, serta HIV dan AIDS. Hasil Survei Kesehatan Reproduksi Remaja (SKRRI) tahun 2002-2003 yang dilakukan oleh BPS memperlihatkan bahwa tingkat pengetahuan dasar penduduk usia 15-24 tahun tentang ciri-ciri pubertas sudah cukup baik, namun dalam hal pengetahuan tentang masa subur, risiko kehamilan, dan anemia relatif masih rendah.

Alasan Pelaksanaan Program KRR

Masa remaja ditandai pula dengan banyaknya rasa ingin tahu pada diri seseorang dalam berbagai hal, tidak terkecuali bidang seks. Seiring dengan bertambahnya usia seseorang, organ reproduksi juga mengalami perkembangan dan pada akhirnya akan mengalami kematangan. Pada masa pubertas, hormon-hormon yang mulai berfungsi selain menyebabkan perubahan fisik atau tubuh juga mempengaruhi dorongan seks remaja. Remaja mulai merasakan dengan jelas meningkatnya dorongan seks dalam dirinya, misalnya muncul ketertarikan dengan orang lain dan keinginan untuk mendapatkan kepuasan seksual. Kematangan organ reproduksi dan perkembangan psikologis remaja yang mulai menyukai lawan jenisnya serta arus media informasi baik elektronik maupun non elektronik akan sangat berpengaruh terhadap perilaku seksual individu remaja tersebut (Wasposito, 2005).

Sebagai akibat proses kematangan sistem reproduksi ini, seorang remaja sudah dapat menjalankan fungsi prokreasinya, artinya sudah dapat mempunyai keturunan. Meskipun demikian, hal ini tidak berarti bahwa remaja sudah mampu bereproduksi dengan aman secara fisik. Usia reproduksi sehat untuk wanita adalah antara 20–30 tahun. Faktor yang mempengaruhinya ada bermacam-macam. Misalnya, sebelum wanita berusia 20 tahun secara fisik kondisi organ reproduksi seperti rahim belum cukup siap untuk memelihara hasil pembuahan dan pengembangan janin. Selain itu, secara mental pada umur ini wanita belum cukup matang dan dewasa. Seorang ibu muda biasanya memiliki kemampuan perawatan pra-natal kurang baik karena rendahnya pengetahuan dan rasa malu untuk datang memeriksakan diri ke pusat pelayanan kesehatan (Depkes RI, 2005).

Salah satu masalah yang sering timbul pada remaja terkait dengan masa awal kematangan organ reproduksi pada remaja adalah perilaku seks bebas (*free sex*) masalah kehamilan yang terjadi pada remaja usia sekolah diluar

pernikahan, dan terjangkitnya penyakit menular seksual termasuk HIV/AIDS. Remaja melakukan hubungan seks dapat disebabkan antara lain tekanan pasangan, merasa sudah siap melakukan hubungan seks, keinginan dicintai, keingintahuan tentang seks, keinginan menjadi populer, tidak ingin diejek “masih perawan”, pengaruh media massa (tayangan TV dan internet) yang menampakkan bahwa normal bagi remaja untuk melakukan hubungan seks, serta paksaan dari orang lain untuk melakukan hubungan seks. Pergaulan seks bebas berisiko besar mengarah pada terjadinya kehamilan tak diinginkan (KTD) (PKBI, 1997).

Kehamilan tak diinginkan (KTD) terjadi karena beberapa faktor seperti faktor sosio-demografik (kemiskinan, seksualitas aktif dan kegagalan dalam penggunaan kontrasepsi, media massa), karakteristik keluarga yang kurang harmonis (hubungan antar keluarga), status perkembangan (kurang pemikiran tentang masa depan, ingin mencoba-coba, kebutuhan akan perhatian), penggunaan dan penyalahgunaan obat-obatan. Selain itu kurangnya pengetahuan yang lengkap dan benar tentang proses terjadinya kehamilan dan metode pencegahannya, kegagalan alat kontrasepsi, serta dapat juga terjadi akibat tindak perkosaan (Affandi, 1997).

Kehamilan tidak diinginkan (KTD) berdampak bukan hanya secara fisik, psikis namun juga sosial. Siswi yang mengalami kehamilan biasanya mendapatkan respon dari dua pihak. *Pertama*, dari pihak sekolah, biasanya jika terjadi kehamilan pada siswi, maka yang sampai saat ini terjadi adalah sekolah meresponnya dengan sangat buruk dan berujung dengan dikeluarkannya siswi tersebut dari sekolah. Remaja menjadi putus sekolah, kehilangan kesempatan bekerja dan berkarya dengan menjadi orang tua tunggal dan menjalani pernikahan dini yang tidak terencana. *Kedua*, dari lingkungan dimana siswi tersebut tinggal, lingkungan akan cenderung mencemooh dan mengucilkan siswi tersebut. Hal tersebut terjadi jika karena masih kuatnya nilai norma kehidupan masyarakat kita. Akibatnya siswa akan kesulitan beradaptasi secara psikologis, kesulitan berperan sebagai orang tua (tidak bisa mengurus kehamilan dan bayinya), akhirnya berujung pada stress dan konflik, aborsi ilegal yang lebih lanjut berisiko mengakibatkan kematian ibu dan bayi (Affandi, 1997).

Selain masalah kehamilan pada remaja masalah yang juga sangat menggelisahkan berbagai kalangan dan juga banyak terjadi pada masa remaja adalah banyaknya remaja yang mengidap HIV/AIDS. Dilihat dari jumlah pengidap dan peningkatan jumlahnya dari waktu ke waktu, maka dewasa ini HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) dan AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) sudah dapat dianggap sebagai ancaman hidup bagi masyarakat Indonesia (Admosuharto, 1993).

Berbagai permasalahan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi remaja diatas memerlukan suatu upaya pengembangan program pendidikan kesehatan reproduksi remaja yang dapat mencakup penyediaan pelayanan klinis, pemberian informasi akurat, mempertimbangkan kemampuan dan sisi kehidupan remaja, menjamin program yang cocok atau relevan dengan remaja serta utamanya mendapat dukungan masyarakat. Pendidikan KRR berbasis sekolah merupakan salah satu alternatif strategi yang tepat karena

bisa mencakup semua tantangan diatas. Pendidikan kesehatan reproduksi remaja (KRR) yang dilakukan oleh sekolah merupakan salah satu upaya untuk membimbing remaja mengatasi konflik seksualnya. Oleh berbagai pihak, sekolah dan guru dianggap sebagai pihak yang layak memberikan pendidikan KRR ini (Depkes RI, 2003).

Pendidikan KRR untuk memberikan bekal pengetahuan kepada remaja mengenai anatomi dan fisiologi reproduksi, proses perkembangan janin, dan berbagai permasalahan reproduksi seperti kehamilan, PMS, HIV/AIDS, KTD dan dampaknya, serta pengembangan perilaku reproduksi sehat untuk menyiapkan diri melaksanakan fungsi reproduksi yg sehat (fisik, mental, ekonomi, spiritual). Pendidikan KRR dapat diwujudkan dalam penyuluhan, bimbingan dan konseling, pencegahan, penanganan masalah yang berkaitan dengan KRR termasuk upaya mencegah masalah perinatal yang dapat dialami oleh ibu dan anak yang dapat berdampak pada anggota keluarga lainnya (Depkes RI, 2005).

Dasar hukum

Landasan hukum yang dipergunakan sebagai dasar dalam pembinaan KRR adalah:

- a. UU no. 4 tahun 1979 tentang Kesejahteraan Anak,
- b. UU no. 10 tahun 1992 tentang Pengembangan Kependudukan dan Keluarga Sejahtera,
- c. UU no. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan,
- d. Instruksi Presiden RI no. 2 tahun 1989 tentang Pembinaan Kesejahteraan Anak,
- e. Instruksi Presiden RI no. 3 tahun 1997 tentang Penyelenggaraan Pembinaan dan Pengembangan Kualitas Anak,
- f. Keputusan Menkes no. 433/MENKES/SK/VI/1998 tentang Pembentukan Komisi Kesehatan Reproduksi.

Sasaran

- a. Sasaran utama: kelompok remaja berusia 10–19 tahun di sekolah maupun di luar sekolah.
- b. Sasaran sekunder: orang tua, keluarga yang mempunyai anak remaja, guru/pamong belajar, organisasi pemuda, pemimpin agama.
- c. Sasaran tersier: petugas kesehatan, petugas lintas sektoral, LSM, organisasi masyarakat.

Pengetahuan dasar yang perlu diberikan kepada remaja agar mereka mempunyai kesehatan reproduksi yang baik antara lain (Depkes RI, 2005):

- a. Pengenalan mengenai sistem, proses dan fungsi alat reproduksi (aspek tumbuh kembang remaja),
- b. Alasan remaja perlu mendewasakan usia perkawinan serta cara merencanakan kehamilan agar sesuai dengan keinginannya dan pasangannya,
- c. Penyakit menular seksual dan HIV/AIDS serta dampaknya terhadap kondisi kesehatan reproduksi,
- d. Bahaya narkoba dan miras pada kesehatan reproduksi,
- e. Pengaruh sosial dan media terhadap perilaku seksual,

- f. Kekerasan seksual dan cara menghindarinya,
- g. Mengembangkan kemampuan berkomunikasi termasuk memperkuat kepercayaan diri agar mampu menangkal hal-hal yang bersifat negatif,
- h. Hak-hak reproduksi.

Tujuan Program KRR

a. Tujuan Umum

Meningkatkan kualitas remaja melalui upaya peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku positif remaja tentang kesehatan reproduksi dan pemenuhan hak-hak reproduksi bagi remaja secara terpadu dengan memperhatikan keadilan dan kesetaraan gender.

b. Tujuan Khusus

1. Meningkatnya komitmen para penentu dan pengambil kebijakan dari berbagai pihak terkait, baik pemerintah dan non pemerintah.
2. Meningkatnya efektivitas penyelenggaraan upaya kesehatan reproduksi remaja melalui peningkatan fungsi, peran dan mekanisme kerja di pusat, provinsi dan kabupaten/kota.
3. Meningkatnya keterpaduan dan kemitraan pelaksanaan program KRR bagi seluruh sektor terkait, dipusat, provinsi dan kabupaten/kota.

Kebijakan dan Strategi KRR

Arah Kebijakan Program KRR adalah mewujudkan TEGAR REMAJA, dalam rangka Tegar Keluarga untuk mewujudkan Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera sebagai misi Keluarga Berencana Nasional. Kehidupan remaja adalah tahap transisi kehidupan yang memiliki 5 masa transisi kehidupan (*five life transitions of youth*) pada saat remaja dihadapkan untuk mengambil keputusan dalam lima bidang kehidupan yaitu:

- a. melanjutkan sekolah,
- b. mencari pekerjaan,
- c. memulai kehidupan berkeluarga,
- d. menjadi anggota masyarakat, dan
- e. mempraktekkan hidup sehat.

Dari lima bidang atau tahapan kehidupan dimana remaja harus mengambil keputusan ternyata sangat tergantung pada cara remaja mengambil keputusan untuk bisa mempraktekkan hidup sehat. Keputusan apakah remaja mempraktekkan atau tidak mempraktekkan hidup sehat akan mewarnai kualitas kehidupan pada 4 bidang kehidupan yang lain. Mempraktekkan pola hidup sehat pada masa transisi kehidupan remaja adalah dalam rangka mewujudkan kehidupan TEGAR REMAJA. Adapun ciri TEGAR REMAJA adalah remaja yang:

- a. menunda usia pernikahan,
- b. berperilaku sehat,
- c. terhindar dari resiko TRIAD-KRR (seksualitas, HIV dan AIDS, dan napza),
- d. bercita-cita mewujudkan Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera,
- e. menjadi contoh, model, idola, dan sumber informasi bagi teman sebayanya.

Ruang Lingkup Program KRR

Secara garis besar ruang lingkup program KRR meliputi:

- a. Perkembangan seksualitas dan resiko (termasuk pubertas, anatomi dan fisiologi organ reproduksi dan kehamilan tidak diinginkan) dan penundaan usia kawin,
- b. Pencegahan Infeksi Menular Seksual (IMS), HIV dan AIDS,
- c. Pencegahan Penyalahgunaan NAPZA (Narkotika, Alkohol, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya),
- d. Masalah-masalah remaja yang terkait dengan dampak dari resiko TRIAD KRR seperti: kenakalan remaja, perkelahan antar remaja dan lain-lain.

RINGKASAN

Kesehatan reproduksi adalah kesehatan secara fisik, mental, dan kesejahteraan sosial secara utuh pada semua hal yang berhubungan dengan sistem dan fungsi, serta proses reproduksi. Ruang lingkupnya meliputi kesehatan ibu dan bayi baru lahir, pencegahan dan penanggulangan infeksi saluran reproduksi, pencegahan dan penanggulangan komplikasi aborsi, kesehatan reproduksi remaja, kanker pada usia lanjut dan berbagai aspek reproduksi lain. Hak-hak reproduksi antara lain: hak mendapatkan informasi, pendidikan, pelayanan, perlindungan, kebebasan berfikir, menentukan jumlah anak dan kehamilan, membangun dan merencanakan keluarga serta hal lain yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi. Ruang lingkup pelayanan kesehatan reproduksi esensial dan komprehensif mencakup 5 (lima) komponen atau program terkait, yaitu Program Kesehatan Ibu dan Anak, Program Keluarga Berencana, Program Kesehatan Reproduksi Remaja, Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular Seksual (PMS) termasuk HIV/AIDS, dan Program Kesehatan Reproduksi pada Usia Lanjut.

Kesehatan reproduksi remaja adalah suatu kondisi sehat yang menyangkut sistem, fungsi dan proses reproduksi yang dimiliki oleh remaja. Tujuan dari program kesehatan reproduksi remaja secara eksplisit dinyatakan untuk meningkatkan pemahaman, pengetahuan, sikap dan perilaku positif remaja tentang kesehatan dan hak-hak reproduksi, guna meningkatkan derajat kesehatan reproduksinya dan mempersiapkan kehidupan berkeluarga dalam mendukung upaya peningkatan kualitas generasi mendatang. Landasan hukum yang dipergunakan sebagai dasar dalam pembinaan KRR antara lain UU no. 4 tahun 1979 tentang Kesejahteraan Anak dan UU no. 10 tahun 1992 tentang Pengembangan Kependudukan dan Keluarga Sejahtera. Sasaran utama program KRR adalah kelompok remaja usia 10-19 tahun baik di lingkungan sekolah atau di luar sekolah.

Secara garis besar ruang lingkup program KRR meliputi:

- a. Perkembangan seksualitas dan resiko (termasuk pubertas, anatomi dan fisiologi organ reproduksi dan kehamilan tidak diinginkan) dan penundaan usia kawin,
- b. Pencegahan Infeksi Menular Seksual (IMS), HIV dan AIDS,

- c. Pencegahan Penyalahgunaan NAPZA (Narkotika, Alkohol, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya),
- d. Masalah-masalah remaja yang terkait dengan dampak dari resiko TRIAD KRR seperti: kenakalan remaja, perkelahan antar remaja dan lain-lain.

LATIHAN

PETUNJUK MENERJAKAN SOAL :

- I. **Untuk option jawaban abjad**, petunjuknya yaitu :
 - Pilihlah jawaban pertanyaan yang paling tepat atau saudara anggap benar dengan memberikan tanda silang (**x**) pada lembar jawaban
 - Jangan lupa menuliskan Nama dan NIM dan Tanda Tangan
- II. **Untuk option jawaban angka**, pilihlah dengan ketentuan:
 - A = jika jawaban 1, 2 dan 3 benar
 - B = jika jawaban 1 dan 3 benar
 - C = jika jawaban 2 dan 4 benar
 - D = jika jawaban 4 saja benar
 - E = jika jawaban semua benar/salah

Skenario berikut untuk soal no. 1 s.d. 5:

Puskesmas A terletak di kota besar, memiliki cakupan wilayah yang luas dengan penduduk yang padat. 30% penduduknya adalah remaja, 20%nya adalah lansia. Sisanya bayi/balita, anak dan dewasa. Program puskesmas yang paling berkembang adalah kesehatan ibu dan anak, KB, kesehatan remaja dan lansia. Sasaran program tersebut berdasarkan Kriteria WHO. Puskesmas tersebut hanya membina 3 SMU/ sederajat dan 1 SLTP/ sederajat di wilayah kerjanya dengan berbagai masalah kesehatan yang telah ditangani. Langkah awal Puskesmas A adalah memberikan pendidikan seks di sekolah-sekolah secara bertahap yaitu berupa pengenalan untuk siswa SMP dan materi lanjut untuk SMA.

1. Pelayanan kesehatan reproduksi Puskesmas A termasuk jenis pelayanan:
 - a. Pelayanan kesehatan reproduksi esensial
 - b. Pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif
 - c. Pelayanan kesehatan reproduksi paripurna
 - d. Pelayanan kesehatan reproduksi dasar
 - e. Pelayanan kesehatan reproduksi berkelanjutan
2. Dasar pertimbangan dan strategi diangkatnya program kesehatan reproduksi remaja di Puskesmas A adalah:
 - a. Kehamilan dapat terjadi jika melakukan hubungan seksual tanpa alat kontrasepsi
 - b. Untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga
 - c. Pencegahan dan penanganan infeksi seksual reproduksi
 - d. Upaya promosi dan pencegahan masalah kesehatan reproduksi remaja

- e. Untuk meningkatkan kualitas hidup hingga usia lanjut
3. Fenomena kesehatan remaja yang timbul pada program KRR di Puskesmas A adalah:
 - a. Remaja aktif seksual yang telah mencapai kematangan mental dan sosial
 - b. Risiko berganti-ganti pasangan seksual
 - c. Kondisi remaja sesuai dengan usia reproduksi sehat
 - d. Mudah terinfeksi penyakit
 - e. Percobaan pengguguran kandungan pada tenaga medis
4. Sasaran sekunder program KRR Puskesmas A adalah:
 - a. Kelompok remaja berusia 10 – 19 tahun di sekolah maupun di luar sekolah
 - b. Orang tua, keluarga yang mempunyai anak remaja
 - c. Petugas kesehatan di sekolah yang ditunjuk Puskesmas
 - d. Petugas lintas sektoral dan LSM terkait kegiatan reproduksi remaja
 - e. Organisasi masyarakat yang sukarela bergerak di bidang remaja
5. Remaja binaan Puskesmas A diharapkan dapat memiliki pengetahuan tentang *five life transitions of youth*, hingga mampu mengambil keputusan dalam hal:
 - a. Melanjutkan sekolah
 - b. Menunda usia perkawinan
 - c. Menghindari risiko masalah seksualitas, HIV/AIDS, NAPZA
 - d. Menghindari risiko masalah napza
 - e. Menjadi contoh, model, idola, dan sumber informasi bagi teman sebayanya

BAB II TUMBUH KEMBANG REMAJA

KOMPETENSI

Kompetensi umum

Setelah mengikuti perkuliahan pada materi ini, mahasiswa mampu menjelaskan tentang konsep tumbuh kembang remaja.

Kompetensi khusus

Setelah mendapatkan perkuliahan ini mahasiswa dapat menjelaskan:

- a. Struktur anatomi dan fisiologi organ genitalia laki-laki.
- b. Struktur anatomi dan fisiologi organ genitalia wanita.
- c. Mekanisme menstruasi.
- d. Hormon yang berperan pada tumbuh kembang remaja.
- e. Pertumbuhan somatik pada masa remaja.
- f. Pertumbuhan organ-organ reproduksi pada masa remaja.
- g. Pemantauan pertumbuhan *linier* pada remaja.

MATERI PEMBELAJARAN

Struktur Anatomi Dan Fisiologi Organ Genitalia Laki-Laki

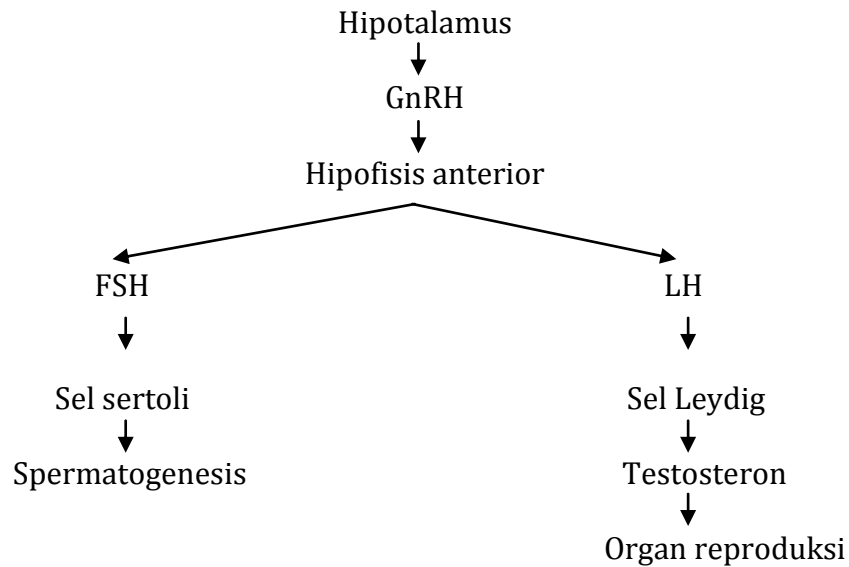
Organ genitalia laki-laki terbagi menjadi organ genitalia luar, dalam dan kelenjar asesorius. Organ genitalia luar laki-laki adalah sebagai berikut (Sumiaty, 2011):

- a. Penis, untuk meletakkan sperma ke dalam organ genitalia wanita dan untuk mengeluarkan urin.
- b. Skrotum, pembungkus buah zakar, berfungsi untuk *thermoregulator*.

Organ genitalia laki-laki bagian dalam adalah testis yang jumlahnya sepasang, terletak di dalam skrotum. Fungsinya untuk menghasilkan hormon *testosterone* dan memproduksi sperma. Sedangkan kelenjar asesorius laki-laki adalah (Sumiaty, 2011):

- a. *Epididimis*. Fungsinya sebagai tempat pematangan sperma, bagian ekornya untuk menyimpan sperma, mengeluarkan zat yang membuat suspensi cairan sperma menjadi lebih encer dan sebagai transportasi sperma.
- b. *Vesikula seminalis*. Produksi zat kimia untuk suspensi cairan sperma.
- c. *Prostat*. Mengandung zat untuk memelihara spermatozoa di luar tubuh.
- d. *Kelenjar cowper*. Berfungsi untuk melicinkan uretra dan vagina saat koitus.
- e. *Kelenjar littre*. Berfungsi untuk melicinkan uretra dan vagina saat koitus.

Cairan sperma terdiri dari 2 komponen, yaitu sel sperma dan cairan semen. Pengaturan pembentukan sperma dan hormon pada laki-laki adalah sebagai berikut (Johnson and Everitt, 2000):



Bagan 2.1 Pembentukan Sperma dan Hormon pada Laki-Laki

Struktur Anatomi Dan Fisiologi Organ Genitalia Wanita

Organ genitalia wanita terdiri dari organ genitalia luar dan dalam. Organ genitalia luar terdiri dari (Mochtar, 1998):

- Mons veneris*: daerah yang menggantung di atas tulang kemaluan dan akan ditumbuhi rambut kemaluan.
- Bibir besar kemaluan*: terdapat di kanan dan kiri, berbentuk lonjong, lanjutan *mons veneris*.
- Bibir kecil kemaluan*: bagian dalam dari bibir besar.
- Klitoris*: identik dengan penis pada pria, sangat sensitif karena banyak mengandung jaringan saraf.
- Vulva*: daerah yang dibatasi klitoris, bibir kecil kemaluan, dan *perineum*.
- Introitus vagina*: pintu masuk ke dalam vagina.
- Selaput dara*: selaput yang menutupi introitus vagina, dapat berbentuk semilunar, tapisan atau fimbria.
- Lubah kemih*: tempat keluarnya air kemih, terletak di bawah klitoris.
- Perineum*: terletak di antara vulva dan anus.

Organ genitalia wanita bagian dalam terdiri dari (Mochtar, 1998):

- Vagina*. Saluran yang menghubungkan antara vulva dan rahim. Bentuk dinding berlipat-lipat (*rugae*), panjangnya 8-10 cm. Fungsinya untuk mengalirkan darah haid dan secret dari rahim, alat bersenggama, dan jalan lahir.
- Rahim*. Terletak antara kandung kemih dan dubur. Bagian rahim terdiri dari fundus (bagian atas), korpus atau badan rahim dan leher rahim. Letak rahim dalam posisi normal adalah menghadap depan (anterofleksi).
- Saluran telur*. Terdiri dari *pars intersisialis* yang menempel ke rahim, *pars ismika* (bagian yang sempit), *pars ampularis* (bagian yang lebar, tempat terjadi pembuahan), dan *infundibulum atau fimbriae* untuk menangkap

sel telur. Fungsi saluran telur adalah untuk menangkap dan membawa telur yang dilepaskan indung telur, dan tempat terjadi pembuahan.

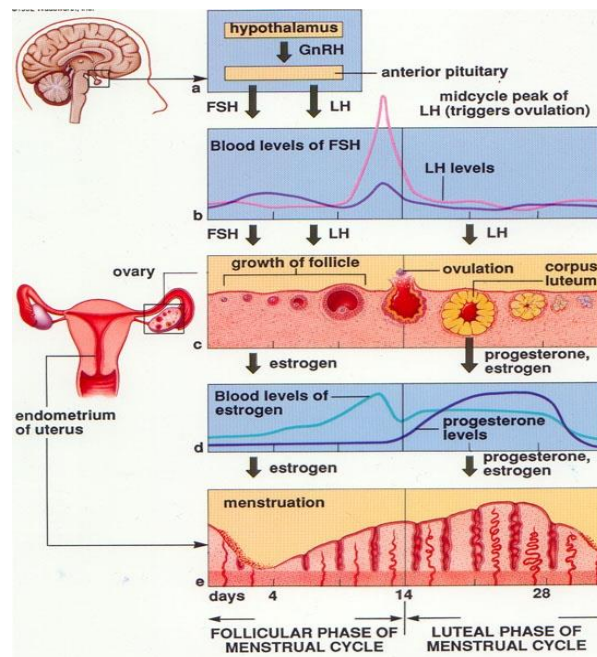
- d. *Indung telur*. Terdiri dari kiri dan kanan. Bagian-bagian indung telur adalah bagian kulit sebagai tempat folikel dan bagian inti sebagai tempat pembuluh darah dan serabut saraf.

Mekanisme Menstruasi

Wanita yang sehat dan tidak hamil akan rutin mengalami haid setiap bulannya. Hormon-hormon yang berperan pada siklus haid adalah sebagai berikut (Mochtar, 1998):

- FSH (follicle stimulating hormone)*, dihasilkan hipofisis anterior, berfungsi untuk perkembangan folikel.
- LH (luteinizing hormone)*, dihasilkan hipofisis anterior, berfungsi untuk pematangan sel telur hingga ovulasi dan pembentukan korpus luteum.
- Estrogen*, dihasilkan ovarium, berfungsi untuk menebalkan dinding Rahim.
- Progesteron*, adalah hormon yang dihasilkan ovarium.

Proses menstruasi terkait dengan perkembangan folikel dan keseimbangan hormon. Perkembangan folikel berawal dari folikel primer, dengan pengaruh FSH akan menjadi folikel sekunder dan tersier. Jika sudah memiliki ruangan di dalam folikel, disebut folikel *de Graaf* yang sudah matang. Ruangan tersebut berisi hormon estrogen. Jika folikel *de graaf* sudah matang, telur yang ada di dalamnya akan keluar. Sisa folikel akan menjadi korpus luteum yang akan memproduksi progesterone (Mochtar, 1998).



Gambar 2.1. Proses menstruasi

Perubahan hormon di otak dan ovarium sangat berperan dalam terjadinya siklus haid. Sehingga faktor-faktor yang mengganggu keseimbangan hormon tersebut akan mengganggu siklus haid yang dialami wanita tersebut (Mochtar, 1998).

Hormon yang Berperan pada Tumbuh Kembang Remaja

Pertumbuhan merupakan interaksi antara sistem endokrin dan sistem tulang. Sistem endokrin atau hormon yang berperan dalam pertumbuhan antara lain (Soetjiningsih, 2010):

- a. *Growth hormone* (GH) atau *somatotropin*, mempengaruhi kecepatan pertumbuhan dengan mengendalikan pertumbuhan tulang, otot dan organ. Hormon ini memberikan stimulasi lebih lanjut terhadap sel untuk berkembang biak.
- b. *Tiroksin*, mempengaruhi kecepatan pertumbuhan dengan mengontrol metabolisme dalam tubuh.
- c. *Insulin*, mempengaruhi kecepatan pertumbuhan dengan menyebabkan sel otot dan adiposit menyerap glukosa dari sirkulasi darah melalui transporter glukosa.
- d. *Kortikosteroid*, mempengaruhi kecepatan pertumbuhan melalui perubahan lintasan metabolisme karbohidrat, protein dan lipid, serta modulasi keseimbangan antara air dan cairan elektrolit tubuh; serta berdampak pada seluruh sistem tubuh seperti sistem kardiovaskular, muskuloskeletal, saraf, kekebalan, dan fetal termasuk mempengaruhi perkembangan dan kematangan paru pada masa janin.
- e. *Leptin*, mempengaruhi komposisi tubuh dengan mengatur berat tubuh, fungsi metabolisme dan reproduksi.
- f. *Paratiroid*, mempengaruhi mineralisasi tulang melalui peningkatan resorpsi kalsium dari tulang, peningkatan reabsorpsi kalsium di ginjal, peningkatan absorpsi kalsium di saluran cerna oleh vitamin D.
- g. *1,25-dihydroxy-vitamin D*, mempengaruhi mineralisasi tulang, pro-diferensiasi terhadap berbagai jenis sel tubuh.
- h. *Kalsitonin*, mempengaruhi mineralisasi tulang dengan menghambat resorpsi tulang.

Pada masa pubertas, hormon seks steroid dan hormon pertumbuhan berperan pada paku tumbuh pubertas. Pada akhir paku tumbuh terjadi penutupan epifisis. Sedangkan tingkat kematangan seksual (TKS) hormon seks steroid. Semua regulasi hormon tersebut dipengaruhi oleh hipotalamus (Soetjiningsih, 2010).

Pertumbuhan Somatik Pada Remaja

Beberapa definisi remaja yang dapat dijadikan acuan yaitu sebagai berikut (Soetjiningsih, 2010):

- a. *Pediatric*. Bila seorang anak sudah mencapai umur 10-18 tahun untuk anak perempuan dan 12-20 tahun untuk anak laki-laki.
- b. *UU no. 4 tahun 1979 tentang kesejahteraan anak*. Bila belum mencapai 21 tahun dan belum menikah.

- c. *UU perburuhan*. Jika telah mencapai umur 16-18 tahun atau sudah menikah dan mempunyai tempat tinggal.
- d. *UU perkawinan No. 1 tahun 1974*. Bila telah matang untuk menikah yaitu 16 tahun untuk wanita dan 19 tahun untuk laki-laki.
- e. *Pendidikan Nasional*. Bila berusia 18 tahun sesuai saat lulus sekolah menengah.
- f. *World Health Organization (WHO)*. Telah mencapai 16-18 tahun.

Tahapan usia remaja adalah sebagai berikut:

- a. Remaja awal/dini (*early adolescence*): 11-13 tahun
- b. Remaja pertengahan (*middle adolescence*): 14-16 tahun
- c. Remaja lanjut (*late adolescence*): 17-20 tahun

Ciri-ciri pertumbuhan somatik pada remaja adalah sebagai berikut (Soetjiningsih, 2010):

- a. Proses biologis pubertas dimana sistem hormon di hipotalamus, *pituitary*, gonad dan adrenal akan mempengaruhi kualitas dan kuantitas, yang mengakibatkan pertumbuhan tinggi badan, berat badan, komposisi tubuh dan jaringan, tanda seks primer dan sekunder.
- b. Perubahan somatik remaja sangat bervariasi saat mulai, berakhir, kecepatan dan sifatnya.
- c. Setiap remaja mengikuti urutan yang sama dalam pertumbuhannya.
- d. Munculnya ciri-ciri seks sekunder sebagai manifestasi aktivitas gonad yang terlihat melalui tingkat kematangan seksual (TKS) berdasarkan *tanner*.
- e. Usia mulai menginjak remaja dipengaruhi oleh status gizi dan lingkungan.

Perubahan komposisi tubuh remaja pada masa pubertas adalah sebagai berikut (Soetjiningsih, 2010):

- a. Pada remaja perempuan, berat tanpa lemak menurun dari 80% menjadi 75%. Sedangkan pada laki-laki meningkat dari 80% menjadi 85-90%.
- b. Jaringan lemak meningkat pada remaja perempuan dan berkurang pada remaja laki-laki.
- c. Terjadi peningkatan lebar pelvis pada perempuan.
- d. Otot skeletal berperan membentuk penampilan fisik luar terutama pada laki-laki karena hormon androgen berperan sebagai stimulator hipertrofi otot skelet.
- e. Pada organ dalam, percepatan pertumbuhan jantung dan paru laki-laki dan perempuan sama. Jantung dan paru menjadi besar secara *absolute* dan terkait ukuran tubuh. Pertumbuhan laring dipengaruhi hormon androgen. Laring remaja laki-laki membentuk sudut 90° dalam bagian anterior kartilago tiroid (*Adam's apple*), sedangkan pada perempuan 120°. Pita suara perempuan 3 kali lebih panjang daripada laki-laki. Pertumbuhan organ dalam sesuai bentuk tubuh seseorang. Orang yang pendek akan mempunyai organ yang pendek. Pertumbuhan organ akan berhenti jika sudah sesuai dengan tubuh yang dilayani.

- f. Jumlah sel darah merah laki-laki lebih banyak daripada perempuan.
- g. Terjadi perubahan biokimia selama masa pubertas yang mencerminkan pertumbuhan tulang.

Sebelum pacu tumbuh, remaja perempuan tumbuh dengan kecepatan 5,5 cm/tahun. Setelah pacu tumbuh, kecepatannya menjadi 8 cm/tahun lalu kemudian kecepatan pertumbuhan mengalami deselerasi. Pertumbuhan tulang pada remaja perempuan yang paling menonjol adalah lebar panggul. Hal ini disebabkan pertumbuhan remaja perempuan lebih kecil dari laki-laki pada berbagai dimensi tubuh sehingga lebar panggul terlihat lebih menonjol.

Sebelum pacu tumbuh, kecepatan pertumbuhan linier laki-laki adalah 5 cm/tahun. Saat pertumbuhan remaja perempuan seusianya mengalami deselerasi, remaja laki-laki mengalami akselerasi mencapai 9 cm/tahun. Pertumbuhan yang khas untuk laki-laki adalah bau yang lebar, pinggul lebih sempit, dan kaki lebih panjang. hal itu disebabkan oleh hormon androgen.

Prediksi tinggi badan berdasarkan tinggi badan orangtua dikutip dari Neinstein LS (2002) adalah sebagai berikut :

$$\text{TB anak perempuan} = \frac{(\text{TB ayah} - 13 \text{ cm}) + \text{TB ibu}}{2}$$

$$\text{TB anak laki-laki} = \frac{(\text{TB ayah} + 13 \text{ cm}) + \text{TB ibu}}{2}$$

Pada masa prasekolah, kenaikan BB rata-rata 2 kg/tahun, kemudian dimulai pacu tumbuh dengan kenaikan berat badan menjadi 3-3,5 kg/tahun. Pacu tumbuh anak perempuan dimulai lebih cepat yaitu sekitar usia 8 tahun, sedangkan laki-laki usia 10 tahun. Tapi pertumbuhan anak perempuan lebih cepat berhenti pada umur 18 tahun, sedangkan anak laki-laki pada usia 20 tahun.

Remaja laki-laki sebenarnya mengalami kehilangan lemak terutama pada anggota gerak yaitu pada tingkat kematangan seksual 3-4. Lemak tubuh remaja laki-laki di masa remaja akhir sekitar 20% dari BB. Sedangkan perempuan 25% dari BB.

Pertumbuhan Organ Reproduksi Pada Masa Remaja

Tanner membuat klasifikasi tingkat kematangan seksual (TKS) remaja dalam 5 stadium (Soetjiningsih, 2010):

Tabel 2.1. Tingkat Kematangan Seksual pada Perempuan

Stadium TKS	Rambut Pubis	Payudara
1	pra pubertas	pra pubertas
2	jarang, pigmen sedikit, lurus, sekitar labia	payudara dan papilla menonjol. Diameter areola bertambah
3	lebih hitam, mulai ikal, jumlah bertambah	payudara dan areola membesar, batas tidak jelas

Stadium TKS	Rambut Pubis	Payudara
4	keriting, kasar, lebat, lebih sedikit dari dewasa	areola dan papilla membentuk bukit kedua
5	bentuk segitiga, menyebar ke bagian medial paha	bentuk dewasa, papilla menonjol, areola merupakan bagian dari bentuk payudara

Tabel 2.2. Tingkat Kematangan Seksual pada Laki-Laki

Stadium TKS	Rambut Pubis	Penis	Testis
1	belum ada	pra pubertas	pra pubertas
2	jarang, panjang, sedikit berpigmen	membesar sedikit	skrotum membesar berwarna merah muda
3	lebih gelap, mulai keriting, jumlah sedikit menyebar ke mons pubis	lebih panjang	lebih besar
4	tipe dan distribusi seperti dewasa, kasar keriting, jumlah lebih sedikit	lebih besar, gland penis membesar	lebih besar, skrotum hitam
5	tipe dewasa, menyebar ke bagian medial paha	bentuk dewasa	bentuk dewasa

Tabel 2.3. Hubungan antara pertumbuhan dengan TKS pada anak perempuan

Stadium TKS	Payudara	Rambut Pubis	Kecepatan Tumbuh	Umur Tulang (Tahun)
1	Pubertas	Pra-pubertas	Pra-pubertas (5 cm/tahun)	< 11
2	teraba penonjolan, areola melebar	jarang, pigmen sedikit, lurus sekitar labia	awal pacu pertumbuhan	11-11,5
3	payudara dan areola membesar, batas tidak jelas	lebih hitam, mulai ikal, jumlah bertambah	pacu tumbuh	12
4	areola dan	keriting,	pertumbuhan	13

Stadium TKS	Payudara	Rambut Pubis	Kecepatan Tumbuh	Umur Tulang (Tahun)
	papilla membentuk bukit kedua	kasar, seperti dewasa, belum ke paha atas	melambat	
5	bentuk dewasa, areola tidak menonjol	bentuk segitiga seperti dewasa, ke paha atas	pertumbuhan minimal	14-15

Tabel 2.4. Hubungan antara pertumbuhan dengan TKS pada anak laki-laki

Stadium TKS	Rambut Pubis	Volume Testis (ml)	Kecepatan Tumbuh	Umur Tulang (Tahun)
1	belum ada	< 2	Pra-pubertas (5 cm/tahun)	< 11
2	pigmen sedikit	< 4	Prapubertas	12
3	berpigmen, menyebar ke mons pubis	4-10	Pra-pubertas	13
4	tipe dan distribusi dewasa, belum ke paha	10-12	fase pertumbuhan maksimal	14
5	tipe dewasa, ke paha	12-25	pertumbuhan melambat	15-16

Ringkasan

Organ genitalia laki-laki terbagi menjadi organ genitalia luar, dalam dan kelenjar asesorius. Organ genitalia luar adalah penis dan skrotum, organ genitalia laki-laki bagian dalam adalah testis yang jumlahnya sepasang, terletak di dalam skrotum sedangkan kelenjar asesorius laki-laki adalah *epididemis, vesikula seminalis, prostat, kelenjar cowper* dan *kelenjar littre*.

Organ genitalia wanita terdiri dari organ genitalia luar dan dalam. Organ genitalia luar terdiri dari *mons veneris, bibir besar kemaluan, bibir kecil kemaluan, klitoris, vulva, introitus vagina, selaput dara, lubang kemih* dan

perineum. Sedangkan organ genitalia dalam terdiri dari *vagina, rahim, saluran telur* dan *indung telur*. Wanita yang sehat dan tidak hamil akan rutin mengalami haid setiap bulannya. Hormon-hormon yang berperan pada siklus haid adalah sebagai berikut:

- a. *FSH (follicle stimulating hormone)*, dihasilkan hipofisis anterior, berfungsi untuk perkembangan folikel.
- b. *LH (luteinizing hormone)*, dihasilkan hipofisis anterior, berfungsi untuk pematangan sel telur hingga ovulasi dan pembentukan korpus luteum.
- c. *Estrogen*, dihasilkan ovarium, berfungsi untuk menebalkan dinding Rahim.
- d. *Progesteron*, adalah hormon yang dihasilkan ovarium.

Sistem endokrin atau hormon yang berperan dalam pertumbuhan antara lain *growth hormone (GH) atau somatotropin, tiroksin, insulin, kortikosteroid, leptin, paratiroid, 1,25-dihydroxy-vitamin D* dan *kalsitonin*.

Definisi remaja menurut *Pediatric* adalah bila seorang anak sudah mencapai umur 10-18 tahun untuk anak perempuan dan 12-20 tahun untuk anak laki-laki. Tahapan usia remaja dikelompokkan menjadi remaja awal/dini (*early adolescence*) usia 11-13 tahun, remaja pertengahan (*middle adolescence*) usia 14-16 tahun dan remaja lanjut (*late adolescence*) usia 17-20 tahun.

Ciri-ciri pertumbuhan somatik pada remaja adalah sebagai berikut:

- a. Proses biologis pubertas dimana sistem hormon di hipotalamus, *pituitary*, gonad dan adrenal akan mempengaruhi kualitas dan kuantitas, yang mengakibatkan pertumbuhan tinggi badan, berat badan, komposisi tubuh dan jaringan, tanda seks primer dan sekunder.
- b. Perubahan somatik remaja sangat bervariasi saat mulai, berakhir, kecepatan dan sifatnya.
- c. Setiap remaja mengikuti urutan yang sama dalam pertumbuhannya.
- d. Munculnya ciri-ciri seks sekunder sebagai manifestasi aktivitas gonad yang terlihat melalui tingkat kematangan seksual (TKS) berdasarkan *tanner*.
- e. Usia mulai menginjak remaja dipengaruhi oleh status gizi dan lingkungan.

LATIHAN

PETUNJUK MENERJAKAN SOAL :

- I. **Untuk *option* jawaban abjad**, petunjuknya yaitu :
 - Pilihlah jawaban pertanyaan yang paling tepat atau saudara anggap benar dengan memberikan tanda silang (**x**) pada lembar jawaban
 - Jangan lupa menuliskan Nama dan NIM dan Tanda Tangan
- II. **Untuk *option* jawaban angka**, pilihlah dengan ketentuan:
 - A = jika jawaban 1, 2 dan 3 benar
 - B = jika jawaban 1 dan 3 benar
 - C = jika jawaban 2 dan 4 benar
 - D = jika jawaban 4 saja benar
 - E = jika jawaban semua benar/salah

1. Organ genitalia laki-laki bagian dalam yang berfungsi sebagai tempat pematangan sperma adalah...
 - a. Penis
 - b. Skrotum
 - c. Epididimis
 - d. Vesikula Seminalis
 - e. Prostat
2. Hormon yang berperan pada siklus haid yaitu berfungsi untuk menebalkan dinding rahim adalah hormon...
 - a. *Follicle stimulating hormone*
 - b. *Lutenizing hormone*
 - c. Estrogen
 - d. Progesteron
 - e. Prolaktin
3. Sistem endokrin atau hormon yang berperan dalam pertumbuhan antara lain:
 1. Somatotropin
 2. Tiroksin
 3. Insulin
 4. Kortikosteroid
4. Perubahan komposisi tubuh remaja pada masa pubertas adalah sebagai berikut, yaitu:
 1. Pada remaja perempuan, berat tanpa lemak menurun dari 80% menjadi 75%
 2. Sedangkan pada laki-laki meningkat dari 80% menjadi 85-90%
 3. Jaringan lemak meningkat pada remaja perempuan dan berkurang pada remaja laki-laki.
 4. Terjadi peningkatan lebar pelvis pada perempuan

5. Saat terjadi kematangan seksual pada remaja perempuan maka payudara dan papilla akan menonjol serta diameter aerola bertambah. Hal tersebut terjadi pada stadium....
 - a. Stadium 1
 - b. Stadium 2
 - c. Stadium 3
 - d. Stadium 4
 - e. Stadium 5

BAB III SINDROMA PREMENSTRUASI

KOMPETENSI

Kompetensi umum

Setelah mengikuti perkuliahan pada materi ini, mahasiswa mampu menjelaskan tentang sindrom premenstruasi (PMS).

Kompetensi khusus

Setelah mendapatkan perkuliahan ini mahasiswa dapat menjelaskan:

- a. Batasan dan gejala sindroma *premenstruasi*.
- b. Faktor risiko sindroma *premenstruasi*.
- c. Tipe dan jenis-jenis sindroma *premenstruasi*.
- d. Pencegahan sindroma *premenstruasi*.

MATERI PEMBELAJARAN

Batasan dan Gejala sindroma *premenstruasi*

Definisi

Sindrom *premenstruasi* adalah kumpulan gejala tidak menyenangkan berupa gejala fisik, emosional dan psikologis yang terkait dengan siklus menstruasi wanita. Biasa muncul 7-14 hari sebelum haid. Gejala tersebut akan menghilang setelah haid muncul beberapa hari (Nourjah, 2008 dalam Nurmiaty dkk, 2011).

Epidemiologi

Sindrom premenstruasi biasanya dialami 63,1% remaja. Dari 75% yang mengeluhkan gejala sindrom premenstruasi, 30% di antaranya memerlukan pengobatan (Nurmiaty dkk, 2011).

Gejala sindroma premenstruasi

Pre Menstruation Syndrom (PMS) meliputi gejala psikis dan fisik, yaitu (The American college of Obstetricians and Gynecologist, 2015):

- a. *Gejala emosional*: hormon *estrogen* dan *progesterone* menurun menjelang menstruasi. Penurunan hormon ovarium juga mempengaruhi produksi hormon di otak, sehingga kemungkinan akan mempengaruhi hormon yang mempengaruhi *mood* atau emosi. Gejala emosional meliputi depresi, mudah marah, sensitif, mudah menangis, cemas, bingung, gangguan konsentrasi dan insomnia.
- b. *Wanita merasa tubuhnya bertambah gemuk*, hal ini dikarenakan peningkatan estrogen sehingga menyebabkan retensi cairan sehingga badan terasa agak bengkak.
- c. *Gejala fisik yang dialami* seperti nyeri sendi dan otot, sakit kepala, cepat lelah, perut kembung, nyeri payudara, jerawat, diare atau sembelit, kaki dan tangan bengkak, gangguan klit, gangguan saluran cerna, nyeri perut.

Faktor risiko sindroma *premenstruasi*

Diet

Faktor kebiasaan makan seperti tinggi gula, garam, kopi, teh, coklat, minuman bersoda, produk susu dan makanan olahan dapat memperberat gejala PMS (Rayburn, 2001).

Defisiensi zat gizi makro dan mikro

Defisiensi zat gizi makro (energi, protein) dan zat gizi mikro, seperti kurang vitamin B (terutama B6), vitamin E, vitamin C, magnesium, zat besi, seng, mangan, asam lemak linoleat (Karyadi, 2007).

Status perkawinan

Status perkawinan dan status kesehatan juga mempunyai keterkaitan. Wanita yang telah menikah pada umumnya mempunyai angka kesakitan dan kematian yang lebih rendah dan biasanya mempunyai kesehatan fisik dan mental yang lebih baik daripada wanita yang tidak menikah (Burman & Margolin dalam Haijiang Wang, 2005). Sebuah penelitian pada tahun 1994 yang berjudul *Biological, Social and Behavioral Factors Associated with Premenstrual Syndrome* yang melibatkan 874 wanita di Virginia menemukan fakta bahwa mereka yang telah menikah cenderung mempunyai resiko yang lebih kecil untuk mengalami PMS (3,7%) dari pada mereka yang tidak menikah (12,6%) (Deuster, 1999 dalam Maulana, 2008).

Usia

PMS semakin mengganggu dengan semakin bertambahnya usia, terutama antara usia 30-45 tahun. Faktor resiko yang paling berhubungan dengan PMS adalah faktor peningkatan umur, penelitian menemukan bahwa sebagian besar wanita yang mencari pengobatan PMS adalah mereka yang berusia lebih dari 30 tahun (Cornforth, 2000 dalam Maulana). Walaupun ada fakta yang mengungkapkan bahwa sebagian remaja mengalami gejala-gejala yang sama dan kekuatan PMS yang sama sebagaimana yang dialami oleh wanita yang lebih tua (Freeman, 2007 dalam Maulana, 2008).

Stres

Stres dapat berasal dari internal maupun eksternal dalam diri wanita. Stres merupakan predisposisi pada timbulnya beberapa penyakit, sehingga diperlukan kondisi fisik dan mental yang baik untuk menghadapi dan mengatasi serangan stres tersebut. Stres mungkin memainkan peran penting dalam tingkat kehebatan gejala *premenstrual syndrome* (PMS) (Mulyono dkk, 2001 dalam Maulana, 2008).

Kebiasaan merokok dan minum alkohol

Kebiasaan merokok dan meminum alkohol dapat memperburuk keadaan atau gejala yang ditimbulkan pada masa *pre menstruation syndrome*.

Kurang berolah raga

Kurang berolahraga dan melakukan aktivitas fisik turut memberikan kontribusi dalam memperberat gejala PMS.

Tipe dan jenis-jenis sindroma *premenstruasi*

Tipe PMS bermacam-macam. Dr. Guy E. Abraham, ahli kandungan dan kebidanan dari Fakultas Kedokteran UCLA, AS, membagi PMS menurut gejalanya yakni PMS tipe A, H, C, dan D. Sebanyak 80% gangguan PMS termasuk tipe A. Penderita tipe H sekitar 60%, PMS C sebanyak 40%, dan PMS D sejumlah 20%. Kadang-kadang seorang wanita mengalami gejala gabungan, misalnya tipe A dan D secara bersamaan. Tipe-tipe PMS adalah sebagai berikut:

PMS tipe A (anxiety)

PMS tipe A (*anxiety*) ditandai dengan gejala seperti rasa cemas, sensitif, saraf tegang, perasaan labil. Bahkan beberapa wanita mengalami depresi ringan sampai sedang saat sebelum mendapat haid. Gejala ini timbul akibat ketidakseimbangan hormon estrogen dan progesterone dimana hormon estrogen terlalu tinggi dibandingkan dengan hormon progesteron. Pemberian hormon progesteron kadang dilakukan untuk mengurangi gejala, tetapi beberapa peneliti mengatakan, pada penderita PMS bisa jadi kekurangan vitamin B6 dan magnesium. Penderita PMS A sebaiknya banyak mengkonsumsi makanan berserat dan membatasi minum kopi.

PMS tipe H (hyperhydration)

PMS tipe H (*hyperhydration*) memiliki gejala edema (pembengkakan), perut kembung, nyeri pada buah dada, pembengkakan tangan dan kaki, peningkatan berat badan sebelum haid. Gejala tipe ini dapat juga dirasakan bersamaan dengan tipe PMS lain. Pembengkakan itu terjadi akibat berkumpulnya air pada jaringan di luar sel (ekstrasel) karena tingginya asupan garam atau gula pada diet penderita. Pemberian obat diuretika untuk mengurangi retensi (penimbunan) air dan natrium pada tubuh hanya mengurangi gejala yang ada. Untuk mencegah terjadinya gejala ini penderita dianjurkan mengurangi asupan garam dan gula pada diet makanan serta membatasi minum sehari-hari.

PMS tipe C (craving)

PMS tipe C (*craving*) ditandai dengan rasa lapar ingin mengonsumsi makanan yang manis-manis (biasanya coklat) dan karbohidrat sederhana (biasanya gula). Pada umumnya sekitar 20 menit setelah menyantap gula dalam jumlah banyak, timbul gejala hipoglikemia seperti kelelahan, jantung berdebar, pusing kepala yang kadang-kadang sampai pingsan. Hipoglikemia timbul karena pengeluaran hormon insulin dalam tubuh meningkat. Rasa ingin menyantap makanan manis dapat disebabkan oleh stres, tinggi garam dalam diet makanan, tidak terpenuhinya asam lemak esensial (omega 6), atau kurangnya magnesium

PMS Tipe D (depression)

PMS tipe D (*depression*) ditandai dengan gejala rasa depresi, ingin menangis, lemah, gangguan tidur, pelupa, bingung, sulit dalam mengucapkan kata-kata (verbalisasi), bahkan kadang-kadang muncul rasa ingin bunuh diri

atau mencoba bunuh diri. Biasanya PMS tipe D berlangsung bersamaan dengan PMS tipe A, hanya sekitar 3% dari seluruh tipe PMS benar-benar murni tipe D. PMS tipe D murni disebabkan oleh ketidakseimbangan hormon progesteron dan estrogen, di mana hormon progesteron dalam siklus haid terlalu tinggi dibandingkan dengan hormon estrogennya. Kombinasi PMS tipe D dan tipe A dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu stres, kekurangan asam amino *tyrosine*, penyerapan dan penyimpanan timbal di tubuh, atau kekurangan magnesium dan vitamin B (terutama B6). Meningkatkan konsumsi makanan yang mengandung vitamin B6 dan magnesium dapat membantu mengatasi gangguan PMS tipe D yang terjadi bersamaan dengan PMS tipe A.

Pencegahan sindroma *premenstruasi*

Sebagai upaya untuk mencegah sindroma *premenstruasi*, maka dapat dilakukan hal-hal sebagai berikut (Nurmiaty dkk., 2011):

- a. hindari pola makan kurang sehat, termasuk jajanan yang manis (kue, coklat),
- b. hindari asupan makanan tinggi lemak, karbohidrat dan natrium, serta rendah kalsium,
- c. hindari kegemukan,
- d. hindari *stress*,
- e. tingkatkan konsumsi buah dan sayur, jangan makanan dengan karbohidrat sederhana (makanan yang manis-manis),
- f. tingkatkan konsumsi mineral seperti magnesium,
- g. tingkatkan konsumsi vitamin D,
- h. regulasi emosi,
- i. catat jadwal siklus haid anda serta kenali gejala pms-nya,
- j. perhatikan pula apakah anda sudah dapat mengatasi pms pada siklus-siklus datang bulan berikutnya.

Ringkasan

Sindrom *premenstruasi* adalah kumpulan gejala tidak menyenangkan berupa gejala fisik, emosional dan psikologis yang terkait dengan siklus menstruasi wanita. Biasa muncul 7-14 hari sebelum haid. *Pre Menstruation Syndrom* (PMS) meliputi gejala psikis dan fisik, yaitu:

- a. *Gejala emosional*: hormon *estrogen* dan *progesterone* menurun menjelang menstruasi. Gejala emosional meliputi depresi, mudah marah, sensitif, mudah menangis, cemas, bingung, gangguan konsentrasi dan insomnia.
- b. *Wanita merasa tubuhnya bertambah gemuk*, hal ini dikarenakan peningkatan estrogen sehingga menyebabkan retensi cairan sehingga badan terasa agak bengkak.
- c. *Gejala fisik yang dialami* seperti nyeri sendi dan otot, sakit kepala, cepat lelah, perut kembung, nyeri payudara, jerawat, diare atau sembelit, kaki dan tangan bengkak, gangguan klit, gangguan saluran cerna, nyeri perut.

Beberapa faktor risiko sindroma premenstruasi antara lain diet, defisiensi zat gizi makro dan mikro, status perkawinan, usia, stress, kebiasaan merokok dan minum alkohol dan kurang olahraga. Tipe dan jenis-jenis sindroma premenstruasi adalah:

- a. PMS tipe A (*anxiety*) ditandai dengan gejala seperti rasa cemas, sensitif, saraf tegang, perasaan labil
- b. PMS tipe H (*hyperhydration*) memiliki gejala edema (pembengkakan), perut kembung, nyeri pada buah dada, pembengkakan tangan dan kaki, peningkatan berat badan sebelum haid.
- c. PMS tipe C (*craving*) ditandai dengan rasa lapar ingin mengonsumsi makanan yang manis-manis (biasanya coklat) dan karbohidrat sederhana (biasanya gula).
- d. PMS tipe D (*depression*) ditandai dengan gejala rasa depresi, ingin menangis, lemah, gangguan tidur, lupa, bingung, sulit dalam mengucapkan kata-kata (verbalisasi), bahkan kadang-kadang muncul rasa ingin bunuh diri atau mencoba bunuh diri

LATIHAN

PETUNJUK MENERJAKAN SOAL :

- I. **Untuk option jawaban abjad**, petunjuknya yaitu :
 - Pilihlah jawaban pertanyaan yang paling tepat atau saudara anggap benar dengan memberikan tanda silang (**x**) pada lembar jawaban
 - Jangan lupa menuliskan Nama dan NIM dan Tanda Tangan
 - II. **Untuk option jawaban angka**, pilihlah dengan ketentuan:
 - A = jika jawaban 1, 2 dan 3 benar
 - B = jika jawaban 1 dan 3 benar
 - C = jika jawaban 2 dan 4 benar
 - D = jika jawaban 4 saja benar
 - E = jika jawaban semua benar/salah
-
1. *Pre menstruation syndrom* meliputi gejala fisik dan psikis sebagai berikut, yaitu:
 - a. Gejala emosional
 - b. Wanita merasa tubuhnya bertambah gemuk
 - c. Nyeri sendi, otot, dan sakit kepala
 - d. Gangguan saluran cerna dan nyeri perut
 2. Faktor risiko sindroma premenstruasi adalah sebagai berikut, yaitu:
 - a. Diet
 - b. Usia
 - c. Status perkawinan
 - d. Stres

3. Dr. Guy E. Abraham membagi PMS menjadi beberapa tipe sebagai berikut, yaitu:
 1. Tipe A
 2. Tipe C
 3. Tipe D
 4. Tipe H

4. PMS yang ditandai dengan gejala seperti rasa cemas, sensitif, saraf tegang, dan perasaan labil bahkan beberapa wanita mengalami depresi ringan adalah gejala yang timbul dari PMS tipe....
 - a. A
 - b. D
 - c. H
 - d. C
 - e. F

5. PMS yang ditandai dengan terjadinya gejala edema (pembengkakan), perut kembung serta nyeri pada buah dada adalah gejala yang timbul dari PMS tipe....
 - a. A
 - b. D
 - c. H
 - d. C
 - e. F

BAB IV INFEKSI MENULAR SEKSUAL DAN HIV/AIDS

KOMPETENSI

Kompetensi Umum

Setelah mengikuti perkuliahan pada materi ini, mahasiswa mampu menjelaskan tentang konsep infeksi menular seksual dan HIV dan AIDS.

Kompetensi Khusus

Setelah mendapatkan perkuliahan ini mahasiswa akan dapat menjelaskan:

- a. Jenis-jenis infeksi menular seksual.
- b. Komplikasi infeksi menular seksual.
- c. Pencegahan dan penanggulangan infeksi menular seksual.
- d. Faktor risiko dan permasalahan HIV dan AIDS.
- e. Upaya preventif terjadinya HIV dan AIDS.

MATERI PEMBELAJARAN

Infeksi menular seksual (IMS) merupakan masalah kesehatan di seluruh dunia. Infeksi menular seksual adalah segolongan penyakit infeksi yang terutama ditularkan melalui kontak seksual. Infeksi menular seksual dapat disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, protozoa, atau ektoparasit. Peningkatan insidens IMS tidak terlepas kaitannya dengan perubahan perilaku berisiko tinggi, yaitu perilaku yang menyebabkan seseorang mempunyai risiko besar terserang IMS. Orang yang termasuk ke dalam kelompok risiko tinggi yaitu usia 20-34 tahun (pria), pelancong, pekerja seksual komersil (PSK), pecandu narkotika dan homoseksual. Kegagalan dalam mendiagnosis dan terapi akan menyebabkan komplikasi atau sekuele, misalnya infertilitas, gangguan kehamilan berupa kecacatan pada bayi, infeksi neonatal, kanker, bahkan kematian.

Penyakit kelamin adalah penyakit yang penularannya terjadi terutama melalui hubungan seksual. Cara hubungan kelamin tidak hanya terbatas secara genitor-genital saja, tetapi dapat juga secara *oro-genital* atau *ano-genital*, sehingga kelainan ini tidak terbatas hanya pada daerah genital saja, tetapi dapat juga pada daerah-daerah ekstra genital. Penyakit kelamin tidak berarti bahwa semua harus melalui hubungan kelamin, tetapi beberapa dapat juga ditularkan melalui kontak langsung dengan alat-alat, handuk, *thermometer*, dan sebagainya. Selain itu, penyakit kelamin ini juga dapat menular kepada bayi dalam kandungan. Pada waktu dahulu penyakit kelamin dikenal sebagai *Venereal Diseases* (VD) yang berasal dari kata *venus* (dewi cinta). Penyakit yang termasuk dalam *Venereal Diseases* ini adalah *sifilis*, *gonore*, *ulkus mole*, *limfogranuloma venereum*, dan *granuloma inguinale* (Admosuharto, 1993).

Dewasa ini ditemukan berbagai penyakit lain yang juga dapat timbul akibat hubungan seksual. Oleh karena itu, istilah VD makin lama makin

ditinggalkan dan diperkenalkan istilah *Sexually Transmitted Diseases* (STD) yang berarti penyakit-penyakit yang dapat ditularkan melalui hubungan kelamin. Yang termasuk STD adalah kelima penyakit VD ditambah berbagai penyakit lain yang tidak termasuk VD. Istilah STD diterjemahkan dalam bahasa Indonesia menjadi Penyakit Menular Seksual (PMS), ada pula yang menyebut Penyakit Hubungan Seksual (PHS). Oleh karena PMS sebagian besar disebabkan oleh infeksi, maka kemudian istilah PMS diganti menjadi *Sexually Transmitted Infection* (STI) atau Infeksi Menular Seksual (IMS) (Muninjaya, 1997).

Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS) adalah sindrom dengan gejala penyakit infeksi oportunistik atau kanker tertentu akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh oleh infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Selain itu, AIDS adalah kumpulan gejala penyakit yang disebabkan oleh virus HIV yang mengakibatkan rusaknya/menurunnya sistem kekebalan tubuh terhadap berbagai penyakit. AIDS ini bukan merupakan suatu penyakit saja, tetapi merupakan gejala-gejala penyakit yang disebabkan oleh infeksi berbagai jenis mikroorganisme seperti, infeksi bakteri, virus, jamur, bahkan timbulnya keganasan akibat menurunnya daya tahan tubuh penderita (Admosuharto, 1993)

Penularan virus ini dapat melalui hubungan seksual, transfusi darah, perinatal dan lain-lain. Dari hasil penelitian ditemukan virus HIV pada darah, produk darah, semen, sekret vagina, air liur dan air mata. Apabila HIV ini masuk ke dalam peredaran darah seseorang, maka HIV tersebut menyerap sel-sel darah putih. Sel-sel darah putih ini adalah bagian dari sistem kekebalan tubuh yang berfungsi melindungi tubuh dari serangan penyakit. HIV secara berangsur-angsur merusak sel darah putih hingga tidak bisa berfungsi dengan baik (Admosuharto, 1993).

Jenis-jenis Infeksi Menular Seksual

Jenis-jenis infeksi menular seksua adalah sebagai berikut (Depkes RI, 1997):

Infeksi Genital Nonspesifik

Infeksi Genital Nonspesifik (IGNS) atau *Nonspecific Genital Infection* (NSGI) adalah penyakit menular seksual berupa peradangan di uretra, *rectum*, atau *serviks* yang disebabkan oleh kuman non spesifik. Kuman nonspesifik adalah kuman yang dengan fasilitas laboratorium sederhana/biasa tidak dapat ditemukan seketika. Kurang lebih 75% telah diselidiki penyebab IGNS dan diduga penyebabnya adalah *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum* dan *Mycoplasma hominis*, *Gardnerella vaginalis*, Alergi dan Bakteri.

Gejala klinis pada pria biasanya ringan, timbul setelah 1-3 minggu kontak seksual. Gejala berupa disuria ringan, perasaan tidak enak di uretra, sering kencing, dan keluar duh tubuh seropurulen (tidak selalu). Komplikasi dapat berupa *prostatitis*, *vesikulitis*, *epididimitis*, dan *striktururetra*. Pada umumnya wanita tidak menunjukkan gejala (asintomatis). Sebagian kecil dengan keluhan keluarnya duh tubuh vagina, disuria ringan, sering kencing,

nyeri di daerah pelvis, dan disparenia. Komplikasi dapat berupa Bartholinitis, salpingitis, dan sistitis.

Gonore (Kencing nanah)

Gonore merupakan penyakit yang mempunyai insidens yang tertinggi di antara penyakit IMS yang lain. Gonore adalah penyakit kelamin yang pada permulaan keluar nanah (pus) dari *orifisium uretra eksternum* (muara uretra eksterna) sesudah melakukan hubungan seksual. Sebutan lain penyakit ini adalah kencing nanah. Penyakit ini menyerang organ reproduksi dan menyerang selaput lendir, mucus, mata, anus dan beberapa organ tubuh lainnya. Bakteri yang membawa penyakit ini adalah *Neisseria Gonorrhoeae*.

Gambaran klinis dan komplikasi gonore sangat erat hubungannya dengan susunan anatomi dan faal genitalia. Penderita pria gejala yang didapatkan yaitu rasa nyeri dan panas pada saat kencing, keluarnya nanah (pus) kental berwarna putih susu atau kuning kehijauan, ujung penis agak merah dan bengkak (radang uretra). Infeksi pertama pada wanita dapat berupa uretritis atau servisitis. Pada wanita dapat timbul fluor albus (keputihan kental berwarna kekuningan), rasa nyeri di rongga panggul, dan dapat pula tanpa gejala.

Komplikasi secara sistemik (diseminata) pada pria dan wanita dapat berupa artritis (radang sendi), miokarditis (radang lapisan miokardium jantung), endokarditis (radang lapisan endokardium jantung), perikarditis (radang perkardium), meningitis (radang selaput otak), dan dermatitis.

Sifilis

Meskipun insidens sifilis kian menurun, penyakit ini tidak dapat diabaikan karena merupakan penyakit berat. Hampir semua alat tubuh dapat diserang. Selain itu, wanita hamil yang menderita sifilis dapat menularkan penyakitnya ke janin sehingga menyebabkan sifilis kongenital. Penyakit ini disebut raja singa dan ditularkan melalui hubungan seksual atau penggunaan barang-barang dari seseorang yang tertular misalnya seperti baju, handuk dan jarum suntik. Penyebab timbulnya penyakit ini adanya kuman *Treponema pallidum*, kuman ini menyerang organ penting tubuh lainya seperti selaput lendir, anus, bibir, lidah dan mulut.

Penularan biasanya melalui kontak seksual, tetapi ada beberapa contoh lain seperti kontak langsung dan kongenital sifilis (penularan melalui ibu ke anak dalam uterus). Gejala klinis Sifilis dibagi menjadi sifilis kongenital dan sifilis akuisita (didapat). Secara klinis, sifilis akuisita dibagi menjadi 3 stadium, yaitu:

- a. **Sifilis primer.** Bentuk kelainan berupa erosi yang selanjutnya menjadi ulkus durum (ulkus keras).
- b. **Sifilis sekunder.** Dapat berbentuk *roseola*, *kondiloma lata*, sifilis bentuk varisela, atau bentuk plak mukosa dan alopesia.
- c. **Sifilis tersier.** Bersifat destruktif, berupa guma di kulit atau alat-alat dalam dan kardiovaskular, serta neurosifilis.

Limfogranuloma Venereum

Limfogranuloma venereum adalah penyakit kelamin yang menyerang sistem pembuluh dan kelenjar limfe tertentu pada daerah *genito-inguinal* dan *genito-rektal*. Penyakit ini disebut juga *limfopatiavenereum* yang dilukiskan

pertama kali oleh Nicolas, Durand, dan Favre pada tahun 1913, oleh karena itu disebut penyakit Nicolas-Favre.

Penyebab *limfogranuloma venereum* adalah *Chlamydia trachomatis*. Gejala konstitusi timbul sebelum penyakitnya mulai dan biasanya menetap selama sindrom inguinal. Gejala konstitusi ini berupa *malaise* (lemah), nyeri kepala, *artralgia* (sakit pada sendi), *anoreksia* (kurang nafsu makan), *nausea* (mual), dan demam. Kemudian timbul pembesaran kelenjar getah bening *inguinal medial* dengan tanda-tanda radang. Penyakit dapat berlanjut memberi gejala-gejala kemerahan pada saluran kelenjar dan fistulasi.

Ulcus Mole

Ulkus mole adalah penyakit infeksi pada alat kelamin yang akut dan setempat berupa ulkus yang nyeri di daerah kemaluan. Penyakit ini mempunyai nama lain yaitu *chancroid* dan *soft chancre*. Ulkus mole disebabkan oleh *Haemophilus ducreyi* (*Streptobacillus ducreyi*). Gejala klinis penyakit ini dimulai dengan papula yang berkembang menjadi ulkus dangkal, tepi merah, dasarnya kotor, sekitar koreng, edema, dan mudah berdarah disertai rasa sakit pada penekanan.

Granuloma Inguinale

Granuloma inguinale adalah penyakit yang timbul akibat proses granulomatosa pada daerah anogenital dan inguinal. Daya penularan penyakit ini rendah, bersifat kronik, progresif, mengenai genital dan kulit di sekitarnya, dan kadang-kadang sistem limfatik. Nama lain penyakit ini adalah *Sclerosing granuloma*, *granulomatosis*, *granulo venereum*, *granuloma Donovanii*, dan *donovanosis*.

Granuloma inguinale disebabkan oleh *Donovania granulomatis* (*Calymmatobacterium granulomatosis*). Perjalanan penyakit mencakup keluhan utama dan keluhan tambahan. Mula-mula timbul lesi berbentuk papula atau vesikel yang berwarna merah dan tidak nyeri, perlahan-lahan mengalami ulserasi menjadi ulkus granulomatosa yang bulat dan mudah berdarah, mengeluarkan sekret yang berbau amis.

Komplikasi Infeksi Menular Seksual

Bila IMS dapat didiagnosis secara dini dan mendapatkan terapi yang adekuat biasanya tidak terjadi komplikasi. Komplikasi infeksi menular seksual pada masing-masing jenis IMS dapat berupa (Depkes RI, 1997):

Infeksi Genital Nonspesifik

Komplikasi dan gejala sisa berupa salpingitis dengan risiko infertilitas, kehamilan diluar kandungan atau nyeri pelvis kronis. Komplikasi dan gejala sisa mungkin terjadi dari infeksi uretra pada pria berupa epididimitis, infertilitas dan sindroma *Reiter*. Pada pria homoseksual, hubungan seks *anorektal* bisa menyebabkan *proktitis klamidia*.

Gonore (Kencing nanah)

Komplikasi gonore sangat erat hubungannya dengan susunan anatomi dan faal genitalia. Komplikasi lokal pada pria dapat berupa *tisonitis*, *parauretritis*, *littritis*, dan *cowperitis*. Selain itu dapat pula terjadi *prostatitis*, *vesikulitis*, *funikulitis*, *epididimitis* yang dapat menimbulkan infertilitas. Sementara pada wanita dapat terjadi *servisititis gonore* yang dapat menimbulkan komplikasi salpingitis ataupun penyakit radang panggul dan

radang tuba yang dapat mengakibatkan infertilitas atau kehamilan ektopik. Dapat pula terjadi komplikasi diseminata seperti *arthritis, miokarditis, endokarditis, perikarditis, meningitis dan dermatitis*. Infeksi gonore pada mata dapat menyebabkan konjungtivitis hingga kebutaan.

Sifilis

Sifilis stadium lanjut yang dapat menyebabkan *neurosifilis*, sifilis kardiovaskuler, dan sifilis benigna lanjut menyebabkan kematian bila menyerang otak.

Komplikasi IMS yang dapat mempengaruhi gangguan transport dan produksi sperma adalah sebagai berikut (Depkes RI, 1997):

Prostatitis

Infeksi jaringan glandular prostat dapat terjadi akibat perluasan *uretritis posterior, dan vesikulitis*. Pada vesikula seminalis, *infiltrasi* jaringan lunak akan berkembang menjadi *striktura* dan dapat mengakibatkan gangguan ejakulasi. Resolusi tidak sempurna proses inflamasi akut dapat menyebabkan radang vesikula seminalis kronis, dan menyebabkan skar pada *vesikula seminalis* yang dapat mempengaruhi kualitas semen, atau bahkan *azoospermia* yang disebabkan skar pada *duktus ejakulatorius*.

Epididymitis

Komplikasi yang paling sering menyebabkan infertilitas pada IMS adalah epididymitis. Epididymitis terjadi melalui penyebaran *retrograde* dari *uretraposterior* melalui vas deferens, biasanya *unilateral* tetapi dapat juga terjadi bilateral. Bila terjadi *inflamasi, epididymis* dapat mengakibatkan obstruksi yang mempengaruhi *transport*. Selain itu dapat juga mempengaruhi kualitas semen dengan menstimulasi produksi antibodi antisperma, berupa *sitokin* dan *soluble receptor*. *Epididymis* mensintesis sejumlah enzim antioksidan yang mempunyai kemampuan proteksi spermatozoa dari serangan oksidatif selama penyimpanan. Analisis semen menunjukkan bahwa pada pria fertil memiliki kapasitas antioksidan yang lebih tinggi dibandingkan kelompok infertil. Hal ini menunjukkan pengaruh kapasitas antioksidan berperan dalam kelainan infertilitas.

Orchitis

Epididymitis yang tidak diobati dapat menyebar ke testis yang berdekatan dan menyebabkan *epididymoorchitis*.

Perilaku yang memudahkan seseorang untuk tertular IMS, yaitu:

- a. Sering berganti-ganti pasangan seksual atau mempunyai lebih dari satu pasangan seksual, baik yang dikenal maupun yang tidak dikenal/PSK.
- b. Mempunyai pasangan seksual yang mempunyai pasangan seksual lainnya.
- c. Terus melakukan hubungan seksual walaupun mempunyai keluhan IMS dan tidak memberitahukan kepada pasangannya tentang hal tersebut.
- d. Tidak menggunakan kondom pada saat berhubungan seksual dengan pasangan yang berisiko.

Faktor biologi yang memudahkan penularan IMS adalah sebagai berikut:

- a. *Umur*. Wanita muda mempunyai mukosa vagina dan jaringan serviks yang mudah terinfeksi.

- b. *Jenis kelamin.* Wanita lebih mudah tertular daripada laki-laki, karena permukaan alat kelamin (vagina) yang lebih luas. Namun banyak penderita wanita yang mempunyai gejala ringan, sehingga hanya sebagian kecil saja yang datang berobat.
- c. *Pengaruh khitan.* Laki-laki yang tidak dikhitan lebih mudah terinfeksi daripada yang dikhitan.

Pencegahan dan Penanggulangan Infeksi Menular Seksual

Prinsip umum pengendalian IMS tujuan utamanya adalah memutuskan rantai penularan infeksi IMS, mencegah berkembangnya IMS dan komplikasinya. Tujuan ini dicapai melalui (Media Litbangkes):

- a. Mengurangi pajanan IMS dengan program penyuluhan untuk menjauhkan masyarakat terhadap perilaku berisiko tinggi.
- b. Mencegah infeksi dengan anjuran pemakaian kondom bagi yang berperilaku risiko tinggi.
- c. Meningkatkan kemampuan diagnosa dan pengobatan serta anjuran untuk mencari pengobatan yang tepat.
- d. Membatasi komplikasi dengan melakukan pengobatan dini dan efektif baik untuk yang simptomatik maupun asimtomatik serta pasangan seksualnya.

Menurut Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan (PPM & PL) Departemen Kesehatan RI, tindakan pencegahan dapat dilakukan dengan beberapa tindakan, seperti (Abdnego; Depkes RI, 1998):

- a. Mendidik masyarakat untuk menjaga kesehatan dan hubungan seks yang sehat, pentingnya menunda usia aktivitas hubungan seksual, perkawinan monogami, dan mengurangi jumlah pasangan seksual.
- b. Melindungi masyarakat dari IMS dengan mencegah dan mengendalikan IMS pada para pekerja seks komersial dan pelanggan mereka dengan melakukan penyuluhan mengenai bahaya IMS, menghindari hubungan seksual dengan berganti-ganti pasangan, tindakan profilaksis dan terutama mengajarkan cara penggunaan kondom yang tepat dan konsisten.
- c. Menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan untuk diagnosa dini dan pengobatan dini terhadap IMS. Jelaskan tentang manfaat fasilitas ini dan tentang gejala-gejala IMS dan cara-cara penyebarannya.

Sampai saat ini, penyakit kelamin merupakan penyakit yang sulit ditanggulangi, karena dalam penanggulangannya ada beberapa segi yang perlu mendapat perhatian, yaitu:

- a. Segi medis
- b. Segi epidemiologik
- c. Segi sosial, ekonomi, dan budaya

Ditinjau dari segi medis, penanggulangan IMS secara komprehensif harus mencakup (Muninjaya, 1997):

- a. Diagnosis yang tepat

- b. Pengobatan yang efektif
- c. Konseling kepada pasien, dalam rangka memberikan KIE (komunikasi, informasi, dan edukasi), mengenai penyakitnya, pentingnya mematuhi pengobatan, upaya pencegahan penularan, dan sebagainya.
- d. Penanganan pasangan seksualnya.

Segi-segi lain dalam penanggulangan IMS ini saling berkaitan, sehingga harus dilakukan dengan kerja sama secara lintas sektoral. Kegagalan diagnosis dan terapi IMS dapat menyebabkan komplikasi dan sekuele berupa infertilitas, gangguan kehamilan, infeksi neonatal, kanker, dan kematian. Dalam upaya penanggulangan PMS, ditemukan berbagai tantangan sebagai berikut (Muninjaya, 1997):

- a. Sulitnya merubah perilaku seksual. Perilaku seksual sangat pribadi dan mendasari kehidupan sehari-hari, serta dipengaruhi oleh faktor budaya dan agama. Untuk mengubah perilaku, bahkan membicarakannya secara terbuka tidaklah mudah.
- b. Pembahasan masalah seksual masih sering dianggap tabu. Hal tersebut menyulitkan dalam memberikan pengetahuan kepada masyarakat tentang pencegahan IMS, pengenalan dini dan pengobatannya, karena malu atau menimbulkan aib keluarga.
- c. Pengidap IMS, banyak yang tanpa gejala atau gejalanya ringan, sehingga mereka tidak menyadari bahwa menderita IMS dan tidak datang berobat.
- d. Pengobatan tidak selalu mudah dan efektif. Dewasa ini sering ditemukan kasus yang resisten terhadap pengobatan, misalnya *gonore* dan *ulkusmolle*. Untuk itu, diperlukan obat lain sebagai pengganti, yang biasanya mahal. Selain itu, IMS yang disebabkan oleh virus, seperti HIV/AIDS dan herpes, belum ditemukan obatnya.

Menyadari bahaya penyebaran IMS dan tantangan yang dihadapi tersebut, maka upaya yang dilakukan sebagai berikut (Admosuharto, 1993):

- a. Deteksi dan pengobatan dini yang efektif.
- b. Pendidikan dan komunikasi.
- c. Promosi penggunaan kondom pada mereka yang berisiko.
- d. Mengobati kasus IMS dan pasangannya.
- e. Perhatian khusus pada perilaku berisiko tinggi.

Pasien dianggap berisiko bila mempunyai satu atau lebih hal-hal sebagai berikut:

- a. Pria:
 - 1. Pasangan seksualnya lebih dari satu dalam satu bulan terakhir.
 - 2. Berhubungan seksual dengan pekerja seks pria atau wanita dalam satu bulan terakhir.
 - 3. Menderita PMS satu kali atau lebih dalam setahun terakhir.
 - 4. Pekerjaan pasangan seksualnya berisiko tinggi terhadap penularan
- b. Wanita:
 - 1. Pasangan seksualnya menderita PMS.
 - 2. Suami atau pasangan seksualnya atau dirinya mempunyai pasangan

seksual lebih dari satu dalam sebulan terakhir.

3. Menderita PMS satu kali atau lebih dalam setahun terakhir. Pekerjaan pasangan seksual berisiko tinggi terhadap penularan.

Penatalaksanaan pelayanan penanggulangan IMS melalui pelayanan KIA adalah sebagai berikut (Depkes RI, 1989):

- a. Semua ibu/WUS (wanita usia subur) yang datang ke pelayanan KIA di puskesmas untuk berbagai keperluan (KIA/KB) dianamnesis tentang kemungkinan adanya keluhan PMS.
- b. Semua ibu/WUS mendapatkan pemeriksaan lanjutan untuk IMS.
- c. Semua ibu/WUS dengan hasil anamnesis positif dan negatif selanjutnya mendapat pemeriksaan fisik. Bila hasilnya positif, maka penderita mendapat pengobatan sesuai dengan pedoman pengobatan pada pendekatan sindrom. Bila hasil pemeriksaan negatif, maka tidak dilakukan tindakan lebih lanjut, kecuali penjelasan kepada ibu/WUS tentang hasil pemeriksaan dan cara mencegah IMS.
- d. Pengobatan kepada penderita IMS diberikan sesuai dengan standar. Pasien diminta untuk:
 1. Minum obat sesuai dengan petunjuk
 2. Tidak melakukan hubungan seksual selama pengobatan
 3. Mengajak pasangan seksualnya untuk memeriksakan diri ke puskesmas (KIA/BP)
 4. Kunjungan ulang dalam 7 hari atau setelah obat habis.
- e. Penderita yang datang untuk kunjungan ulang mendapatkan anamnesis dan pemeriksaan fisik ulang untuk menilai perkembangan penyakit. Bila penderita telah sembuh maka perlu dinilai keadaan pasangan seksualnya. Bila pasangan tidak datang untuk diperiksa, maka penderita masih mempunyai potensi untuk tertular lagi. Hal ini perlu dijelaskan kepada penderita agar infeksi ulang dapat dicegah. Bila penderita belum sembuh, ia perlu dirujuk ke dokter/rumah sakit.
- f. Penderita yang tidak melakukan kunjungan ulang dicatat nama dan alamatnya oleh bidan, yang selanjutnya diberikan kepada petugas surveilans puskesmas, dengan sepengetahuan Dokter Puskesmas. Selanjutnya dilakukan kunjungan rumah untuk memonitor perkembangan penyakit dan memotivasi pasangannya agar mau memeriksakan diri.
- g. Pasangan seksual penderita IMS yang memenuhi anjuran untuk memeriksakan diri dapat diperiksa di BP atau di KIA.

Selanjutnya pasangan mendapat perlakuan yang sama seperti tersebut pada nomor 2-5 di atas. Bila pasangan tidak datang, maka nama dan alamat penderita diberikan oleh bidan kepada petugas surveilans puskesmas, dengan sepengetahuan dokter puskesmas. Untuk selanjutnya dikunjungi guna memotivasi pasangan penderita agar mau berobat. Bila setelah 3 hari sejak kunjungan pertama oleh petugas surveilans ternyata pasangan belum datang berobat, maka dilakukan kunjungan kedua. Bila setelah kunjungan kedua ternyata pasangan penderita tetap tidak mau berobat, maka upaya

tidak dilanjutkan (Depkes RI, 1989).

Faktor Risiko dan Permasalahan HIV dan AIDS

Faktor risiko yang berhubungan dengan HIV dan AIDS adalah sebagai berikut (Muninjaya, 1997):

Tenaga medis dan paramedis yang menggunakan injeksi (suntikan)

Cara penularan HIV yang sangat efisien yaitu dengan menggunakan kembali atau memakai jarum atau semprit secara bergantian. Penularan dalam lingkup perawatan kesehatan dapat dikurangi dengan adanya kepatuhan pekerja pelayanan kesehatan terhadap Kewaspadaan Universal (*Universal Precautions*).

Penyalahgunaan narkoba

Penyalahgunaan narkoba akan berisiko terkena AIDS apabila menggunakan jarum bekas penderita AIDS. Risiko penularan dapat diturunkan secara berarti di kalangan pengguna narkoba suntikan dengan penggunaan jarum dan semprit baru yang sekali pakai, atau dengan melakukan sterilisasi jarum yang tepat sebelum digunakan kembali.

Pekerja seks komersial

HIV dapat ditularkan melalui seks penetratif yang tidak terlindungi. Risiko infeksi melalui seks vaginal umumnya tinggi. Seseorang dengan infeksi menular seksual (IMS) yang tidak diobati, khususnya yang berkaitan dengan tukak/luka dan duh (cairan yang keluar dari tubuh) memiliki rata-rata 6-10 kali lebih tinggi kemungkinan untuk menularkan atau terjangkit HIV selama hubungan seksual. Penularan HIV melalui seks oral dipandang sebagai kegiatan yang rendah risiko. Risiko dapat meningkat bila terdapat luka atau tukak di sekitar mulut dan jika ejakulasi terjadi di dalam mulut.

Homoseksual

Penularan HIV melalui seks anal dilaporkan memiliki risiko 10 kali lebih tinggi dari seks vaginal.

Umur

Umur 20–34 tahun (laki-laki), 16–24 tahun (perempuan), 20-24 tahun (kedua jenis kelamin) adalah umur berisiko untuk tertular HIV/AIDS.

Peningkatan kasus AIDS pada usia muda lebih banyak dikarenakan heteroseksual atau bergonta-ganti pasangan, homoseksual, pemakaian jarum suntik secara bergantian (IDU), dan ibu berusia muda yang sedang hamil yang mengidap AIDS yang menyebabkan penularan terhadap bayi yang dikandungnya. Permasalahan yang timbul berhubungan dengan HIV dan AIDS antara lain:

a. Belum ada obat yang efektif membunuh HIV

Obat HIV memang belum ada. Namun, dalam kajian farmakologi (ilmu yang mengkaji obat-obatan) ada mekanisme pencegahan kerja virus HIV. Belum ada obat yang benar-benar dapat menyembuhkan penyakit HIV/AIDS. Obat-obatan yang telah ditemukan hanya menghambat proses pertumbuhan virus, sehingga jumlah virus dapat ditekan.

b. Dapat berlanjut menjadi kanker

Human Immunodeficiency Virus (HIV) yaitu virus yang memperlemah kekebalan pada tubuh manusia. Orang yang terkena virus ini akan menjadi rentan terhadap infeksi oportunistik ataupun mudah terkena tumor.

Meskipun penanganan yang telah ada dapat memperlambat laju perkembangan virus, namun penyakit ini belum benar-benar bisa disembuhkan.

c. Angka kematian tinggi

Upaya Preventif terjadinya HIV dan AIDS ditingkat Keluarga dan Masyarakat

Pencegahan tentu saja harus dikaitkan dengan cara-cara penularan HIV seperti yang sudah dikemukakan. Ada beberapa cara pencegahan HIV dan AIDS, yaitu (Media Litbangkes):

- a. Pencegahan penularan melalui hubungan seksual, infeksi HIV terutama terjadi melalui hubungan seksual, sehingga pencegahan AIDS perlu difokuskan pada hubungan seksual. Oleh karena itu perlu dilakukan penyuluhan agar orang berperilaku seksual yang aman dan bertanggung jawab, yaitu hanya mengadakan hubungan seksual dengan pasangan sendiri (suami/isteri sendiri), kalau salah seorang pasangan anda sudah terinfeksi HIV, maka dalam melakukan hubungan seksual perlu dipergunakan kondom secara benar, mempertebal iman agar tidak terjerumus ke dalam hubungan-hubungan seksual di luar nikah.
- b. Pencegahan penularan melalui darah dapat berupa pencegahan dengan cara memastikan bahwa darah dan produk-produknya yang dipakai untuk transfusi tidak tercemar virus HIV, jangan menerima donor darah dari orang yang berisiko tinggi tertular AIDS, gunakan alat-alat kesehatan seperti jarum suntik, alat cukur, alat tusuk untuk tindik yang bersih dan suci hama.
- c. Pencegahan penularan dari ibu-Anak (perinatal). Ibu-ibu yang ternyata mengidap virus HIV dan AIDS disarankan untuk tidak hamil.

Selain dari berbagai cara pencegahan yang telah diuraikan diatas, ada beberapa cara pencegahan lain yang secara langsung maupun tidak langsung ikut mencegah penularan atau penyebaran HIV dan AIDS. Kegiatan tersebut berupa kegiatan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) yang dalam implementasinya berupa: konseling AIDS dan upaya mempromosikan kondomisasi, yang ditujukan kepada keluarga dan seluruh masyarakat yang potensial tertular HIV dan AIDS melalui hubungan seksual yang dilakukannya. Dengan cara ini keluarga dan masyarakat secara terus menerus akan mendapat informasi yang baru (*up to date*) tentang HIV dan AIDS sehingga keluarga akan lebih waspada dan mampu mengembangkan langkah-langkah praktis untuk melindungi anggota keluarganya dari penularan HIV serta untuk mengurangi tumbuhnya sikap yang menganggap bahwa keluarganya sendiri tidak mungkin akan terinfeksi oleh virus AIDS ini (Unesco & Unaid, 2002).

Upaya preventif HIV dan AIDS dalam keluarga antara lain sebagai berikut (Abednego, 1998):

- a. Keluarga harus mengerti tentang sosiologi anak, sebelum menjelaskan mengenai perilaku yang menyimpang kepada anak-anak mereka.

- b. Seorang ayah mengarahkan anak laki-laki, dan seorang ibu mengarahkan anak perempuan dalam menjelaskan mengenai cara berperilaku yang baik.
- c. Meyakinkan kepada anak-anak bahwa teman-teman mereka adalah teman yang baik.
- d. Memberikan perhatian kemampuan anak di bidang olahraga dan menyibukkan mereka dengan berbagai aktivitas.
- e. Tanamkan etika memelihara diri dari perbuatan-perbuatan maksiat karena itu merupakan sesuatu yang paling berharga.
- f. Membangun sikap saling percaya antara orang tua dan anak.

Upaya-upaya preventif HIV dan AIDS yang dapat dilakukan ditingkat masyarakat adalah sebagai berikut (Abdnego, 1998):

- a. Meningkatkan kesadaran, pemahaman, dan penghayatan masyarakat, khususnya dikalangan generasi muda, terhadap nilai-nilai luhur agama, sehingga mereka tergugah untuk mengamalkannya secara utuh.
- b. Mengembalikan fungsi keluarga secara utuh dan sungguh-sungguh, dengan menanamkan nilai-nilai agama, memberikan kasih sayang, pendidikan, perlindungan, prestise, dan kedamaian di dalam keluarga.
- c. Mencegah sedini mungkin timbulnya pergaulan bebas, dan terjadinya hubungan seksual di luar perkawinan (zina), baik bagi mereka yang sudah menikah maupun yang belum.
- d. Penghapusan prostitusi harus dilakukan secara tuntas dan menyeluruh.
- e. Mengaktifkan kegiatan penyuluhan dengan menggunakan bahasa dan pendekatan agamis serta pendekatan persuasif dan humanis, bukan menghakimi dan memvonis.
- f. Menciptakan kondisi yang kondusif, antara lain dengan mengajak seluruh anggota masyarakat agar secara bersama-sama memperkuat benteng keluarga masing-masing.
- g. Membimbing para penderita HIV dan AIDS agar berpandangan optimis dan positif Dalam menatap kehidupan. Menyakinkan mereka bahwa hidup ini belum berakhir dan mereka pun masih punya banyak kesempatan melakukan amal shaleh dan amal jariyah sebanyak-banyaknya.

Ringkasan

Infeksi menular seksual adalah segolongan penyakit infeksi yang terutama ditularkan melalui kontak seksual. Infeksi menular seksual dapat disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, protozoa. atau ektoparasit. Jenis-jenis infeksi menular seksual adalah *infeksi genital nonspesifik*, *gonore (kencing nanah)*, *sifilis*, *limfogranuloma venereum*, *ulcus mole* dan *granuloma Inguinale*.

Bila IMS dapat didiagnosis secara dini dan mendapatkan terapi yang adekuat biasanya tidak terjadi komplikasi. Komplikasi infeksi menular seksual pada masing-masing jenis IMS dapat berupa **Infeksi Genital Nonspesifik**, **Gonore (Kencing nanah)** dan **Sifilis**. Sedangkan Komplikasi IMS

yang dapat mempengaruhi gangguan transport dan produksi sperma adalah *Prostatitis, Epididymitis, Orchitis*.

Prinsip umum pengendalian IMS tujuan utamanya adalah memutuskan rantai penularan infeksi IMS, mencegah berkembangnya IMS dan komplikasinya. Tujuan ini dicapai melalui:

- a. Mengurangi pajanan IMS dengan program penyuluhan untuk menjauhkan masyarakat terhadap perilaku berisiko tinggi.
- b. Mencegah infeksi dengan anjuran pemakaian kondom bagi yang berperilaku risiko tinggi.
- c. Meningkatkan kemampuan diagnosa dan pengobatan serta anjuran untuk mencari pengobatan yang tepat.
- d. Membatasi komplikasi dengan melakukan pengobatan dini dan efektif baik untuk yang simtomatik maupun asimtomatik serta pasangan seksualnya.

Upaya pencegahan lain juga dapat dilakukan dengan beberapa tindakan, seperti:

- a. Mendidik masyarakat untuk menjaga kesehatan dan hubungan seks yang sehat, pentingnya menunda usia aktivitas hubungan seksual, perkawinan monogami, dan mengurangi jumlah pasangan seksual.
- b. Melindungi masyarakat dari IMS dengan mencegah dan mengendalikan IMS pada para pekerja seks komersial dan pelanggan mereka dengan melakukan penyuluhan mengenai bahaya IMS, menghindari hubungan seksual dengan berganti-ganti pasangan, tindakan profilaksis dan terutama mengajarkan cara penggunaan kondom yang tepat dan konsisten.
- c. Menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan untuk diagnosa dini dan pengobatan dini terhadap IMS. Jelaskan tentang manfaat fasilitas ini dan tentang gejala-gejala IMS dan cara-cara penyebarannya.

HIV dan AIDS merupakan salah satu penyakit yang berhubungan dengan infeksi menular seksual. Faktor risiko yang berhubungan dengan HIV dan AIDS adalah tenaga medis dan paramedis yang menggunakan injeksi (suntikan), penyalahgunaan narkoba, pekerja seks komersial, omoseksual dan umur. Ada beberapa cara pencegahan HIV dan AIDS, yaitu:

- a. Pencegahan penularan melalui hubungan seksual, infeksi HIV terutama terjadi melalui hubungan seksual, sehingga pencegahan AIDS perlu difokuskan pada hubungan seksual.
- b. Pencegahan penularan melalui darah dapat berupa pencegahan dengan cara memastikan bahwa darah dan produk-produknya yang dipakai untuk transfusi tidak tercemar virus HIV, jangan menerima donor darah dari orang yang berisiko tinggi tertular AIDS, gunakan alat-alat kesehatan seperti jarum suntik, alat cukur, alat tusuk untuk tindik yang bersih dan suci hama.
- c. Pencegahan penularan dari ibu-Anak (perinatal). Ibu-ibu yang ternyata mengidap virus HIV dan AIDS disarankan untuk tidak hamil.

LATIHAN

PETUNJUK MENERJAKAN SOAL:

- I. **Untuk *option* jawaban abjad**, petunjuknya yaitu :
 - Pilihlah jawaban pertanyaan yang paling tepat atau saudara anggap benar dengan memberikan tanda silang (**x**) pada lembar jawaban
- II. **Untuk *option* jawaban angka**, pilihlah dengan ketentuan:
 - A = jika jawaban 1, 2 dan 3 benar
 - B = jika jawaban 1 dan 3 benar
 - C = jika jawaban 2 dan 4 benar
 - D = jika jawaban 4 saja benar
 - E = jika jawaban semua benar/salah

1. Yang termasuk *Venereal Diseases* (VD) yaitu:
 1. *Sifilis*
 2. *Gonore*
 3. *Ulkus mole*
 4. *Herpes genetalis*
2. Berikut ini bukan termasuk dalam usaha penanganan IMS ditinjau dari segi medis:
 - a. Diagnosis tepat
 - b. Pengobatan efektif
 - c. Konseling
 - d. Penanganan pasangan seks
 - e. Perubahan sosial
3. Kegagalan diagnosis dan terapi IMS dapat menyebabkan komplikasi pada anak dan balita berupa:
 - a. Infertilitas
 - b. Gangguan kehamilan
 - c. Infeksi neonatal
 - d. Kanker
 - e. Infertilitas
4. Faktor risiko dari HIV dan AIDS yaitu:
 1. Penyalahguna narkoba
 2. PSK
 3. Homoseksual
 4. Tenaga medis
5. Pola penularan AIDS yang masih belum terbukti sampai sekarang adalah melalui:
 - a. Injeksi
 - b. Penasun
 - c. Saliva

- d. Transmisi seksual
- e. Transfusi darah

BAB V KEHAMILAN TIDAK DIINGINKAN DAN ABORSI

KOMPETENSI

Kompetensi Umum

Setelah mengikuti perkuliahan pada materi ini, mahasiswa mampu menjelaskan tentang konsep kehamilan tidak diinginkan.

Kompetensi Khusus

Setelah mendapatkan perkuliahan ini mahasiswa akan dapat menjelaskan:

- a. Batasan kehamilan tidak diinginkan.
- b. Frekuensi dan distribusi kehamilan tidak diinginkan.
- c. Faktor-faktor yang berpengaruh pada kehamilan tidak diinginkan
- d. Dampak kehamilan tidak diinginkan.
- e. Batasan aborsi.
- f. Frekuensi dan distribusi aborsi.
- g. Dampak abortus.

MATERI PEMBELAJARAN

Kehamilan Tidak Diinginkan

Batasan Kehamilan Tidak Diinginkan

Kehamilan tidak diinginkan adalah suatu kondisi dimana pasangan tidak menginginkan kehamilan akibat dari perilaku seksual yang disengaja maupun tidak disengaja. Definisi lain menyebutkan kehamilan yang terjadi saat salah satu atau kedua belah pihak dari pasangan tidak menginginkan anak sama sekali atau kehamilan yang sebenarnya diinginkan tapi tidak pada saat itu, dimana kehamilan terjadi lebih cepat dari yang telah direncanakan (Sanata dan Sadewo, 2013).

Frekuensi Dan Distribusi

Kejadian kehamilan yang tidak direncanakan berkisar antara 1,6% dan 5,8%, banyak dialami oleh ibu berpendidikan sampai SMP (65,5%), ibu yang tidak bekerja (52,3%), dari status ekonomi kuantil ke 1 dan 2 (60%), berusia di atas 35 tahun. Berdasarkan status demografi, kehamilan tidak terencana terjadi pada usia perkawinan dengan usia muda (16 s/d 20 tahun) (51,7%), lama perkawinan yang kurang dari 10 tahun (42,5%), anak antara 1 s/d 2 (41,9%) (Sanata dan Sadewo, 2013).

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kehamilan Tidak Diinginkan

Beberapa faktor yang dapat menyebabkan kehamilan tidak diinginkan adalah (WHO, 2000):

- a. tindakan perkosaan ataupun kekerasan seksual,
- b. kegagalan dalam pemakaian alat kontrasepsi,
- c. bayi yang dikandung ternyata menderita cacat majemuk yang berat,
- d. kondisi kesehatan ibu yang tidak memungkinkan untuk menjalani kehamilan,

- e. tuntutan karir yang tidak mengizinkan wanita tersebut hamil,
- f. *incest* (akibat hubungan antar keluarga),
- g. hubungan seksual pra nikah, sehingga dirasa masih belum saatnya untuk terjadi, yang didukung pula oleh karena rendahnya pengetahuan akan kesehatan reproduksi dan seksual,
- h. jika hamil di usia remaja, remaja belum memiliki kesiapan untuk menjalani kehamilan, baik secara psikis, sosial, fisik, ataupun secara ekonomi,
- i. terkait kehamilan yang memiliki makna yang salah, seperti berhubungan seksual sekali tidak akan menyebabkan kehamilan, minum alkohol dan lompat-lompat pasca berhubungan seksual dapat menyebabkan sperma tumpah kembali sehingga tidak akan menyebabkan kehamilan, dan masih banyak lagi mitos lainnya. Namun sayangnya sampai sekarang masih banyak yang beranggapan bahwa hal tersebut tidak salah.

Dampak Kehamilan Tidak Diinginkan

Jika yang mengalami KTD adalah remaja, maka dampaknya terkait dengan kesiapan remaja dalam menjalani kehamilan. Banyak di antara remaja yang mengalami KTD tidak mendapat dukungan dari lingkungan sosialnya, dikucilkan, atau bahkan terpaksa berhenti sekolah. Hal tersebut akan mengakibatkan remaja secara psikis akan mengalami tekanan, baik itu perasaan bersalah, menyesal, ataupun malu (Setianingrum, V.E., 2013).

Kehamilan tidak diinginkan (KTD) yang terjadi pada remaja kerap kali berujung pada pengguguran kandungan yang tidak aman dan berisiko karena kalau kehamilannya dilanjutkan akan membuatnya malu dan secara finansial tidak dapat menghidupi anaknya. Usia muda yang menjalani kehamilan tentu lebih berisiko terhadap terjadinya masalah pada organ reproduksi (Setianingrum, V.E., 2013).

Pencegahan Kejadian dan Dampak Kehamilan Tidak Diinginkan

Hal-hal yang harus diperhatikan untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan adalah (Setianingrum, V.E., 2013):

- a. Pemberdayaan remaja perempuan,
- b. Memperbaiki ketidaksetaraan gender,
- c. Menghormati hak asasi manusia untuk semua, dan
- d. Mengurangi kemiskinan.

Kebijakan yang perlu dilakukan untuk mewujudkan pencegahan di atas adalah (Setianingrum, V.E., 2013):

- 1. intervensi preventif pada remaja usia 10-14 tahun,
- 2. hentikan pernikahan dini dibawah usia 18 tahun, pencegahan terhadap kekerasan dan pemaksaan seksual,
- 3. menjaga kesehatan perempuan dalam kondisi sehat optimal,
- 4. melindungi hak atas pendidikan, kesehatan, keamanan dan kebebasan dari kemiskinan,
- 5. mengupayakan pendidikan remaja perempuan,

6. melibatkan pria menjadi bagian dari solusi,
7. pendidikan seksual dan akses pelayanan kesehatan yang ramah remaja, serta adanya konselor sebaya bagi remaja yang membutuhkan,
8. pembangunan yang merata.

Aborsi

Definisi Aborsi

Aborsi adalah hilangnya atau gugurnya kehamilan sebelum umur kehamilan 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram yang berakibat kematian janin (Wiknjosastro, 2002). Definisi aborsi berdasarkan KUHP adalah:

- a. Pengeluaran hasil konsepsi pada setiap stadium perkembangannya sebelum masa kehamilan yang lengkap tercapai (38-40 minggu).
- b. Pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan (berat kurang dari 500 gram atau kurang dari 20 minggu).

Aborsi dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- a. *Spontaneous abortion*: gugurnya kandungan yang disebabkan oleh trauma kecelakaan atau sebab-sebab alami.
- b. *Induced abortion* atau *procured abortion*: pengguguran kandungan yang disengaja. Termasuk di dalamnya adalah:
 1. *Therapeutic abortion*. Pengguguran yang dilakukan karena kehamilan tersebut mengancam kesehatan jasmani atau rohani sang ibu.
 2. *Eugenic abortion*. Pengguguran yang dilakukan terhadap janin yang cacat.
 3. *Elective abortion*. Pengguguran yang dilakukan untuk alasan-alasan lain.

Frekuensi dan Distribusi Abortus

Kompas menyebutkan aborsi mencapai 2,5 juta kasus per tahun. Penelitian lain memperkirakan sekitar 2 juta kasus aborsi. Angka kejadian keguguran secara nasional adalah 4%, bervariasi mulai 2,4% di Bengkulu sampai 6,9% di Papua Barat. Dari karakteristik sosial responden, kejadian tersebut 42,9% terjadi pada kelompok usia di atas 35 tahun, 44,5% berpendidikan sampai dengan SD, 49,1% tidak bekerja dan 55,9% tinggal di wilayah perkotaan. Dari semua kejadian keguguran, ada 6.54% diantaranya diaborsi. Aborsi banyak dilakukan oleh ibu berusia diatas 35 tahun, berpendidikan tamat SMA, tidak bekerja dan tinggal di perkotaan. Cara yang dominan digunakan untuk menghentikan kehamilan adalah kuret. Jamu, pil dan suntik merupakan alternatif cara mengakhiri kehamilan yang tidak diinginkan. Menggunakan bantuan tenaga medik, dokter (55%) dan bidan (20.63%) (Sanata dan Sadewo, 2013).

Dampak Abortus

Dampak yang ditimbulkan akibat terjadinya abortus adalah sebagai berikut (Wiknjosastro, 2002):

- a. Perforasi dinding uterus hingga rongga *peritoneum* atau kandung kencing. Hal ini terjadi jika letak dan ukuran uterus tidak diperiksa

- terlebih dahulu, atau terdapat tekanan yang berlebihan saat tindakan berlangsung.
- b. Luka pada serviks uteri, terjadi karena dilatasi uterus dipaksakan hingga timbul sobekan pada servik. Akibat yang mungkin muncul dari komplikasi ini adalah perdarahan atau servik inkompeten di masa yang akan datang.
 - c. Pelekatan pada *kavum uteri* karena kerokan dilakukan oleh orang yang tidak berpengalaman dan terkerok hingga jaringan otot rahim.
 - d. Perdarahan, terjadi pada tindakan kuretase pada kehamilan yang agak tua atau kehamilan dengan mola hidatidosa.
 - e. Infeksi, terjadi jika tindakan yang dilakukan tidak menggunakan syarat aseptis dan antisepsis. Infeksi kandungan yang terjadi dapat menyebar ke seluruh peredaran darah, sehingga menyebabkan kematian. Bahaya lain yang ditimbulkan abortus kriminalis antara lain infeksi pada saluran telur. Akibatnya, sangat mungkin tidak bisa terjadi kehamilan lagi.
 - f. Komplikasi yang dapat timbul pada Janin. Sebagian besar janin akan meninggal terutama pada abortus provokatus kriminalis. Jika janin dapat hidup maka kemungkinan akan mengalami cacat fisik.
 - g. Dampak psikologis atau gangguan emosional: kecewa, mudah menangis, rasa bersalah (Harsanti, 2010).

Ringkasan

Kehamilan tidak diinginkan adalah suatu kondisi dimana pasangan tidak menginginkan kehamilan akibat dari perilaku seksual yang disengaja maupun tidak disengaja. Kejadian kehamilan yang tidak direncanakan berkisar antara 1,6% dan 5,8%, banyak dialami oleh ibu berpendidikan sampai SMP (65,5%), ibu yang tidak bekeja (52,3%), dari status ekonomi kuantil ke 1 dan 2 (60%), berusia di atas 35 tahun. Beberapa faktor yang dapat menyebabkan kehamilan tidak diinginkan antara lain:

- a. tindakan perkosaan ataupun kekerasan seksual,
- b. kegagalan dalam pemakaian alat kontrasepsi,
- c. bayi yang dikandung ternyata menderita cacat majemuk yang berat,
- d. kondisi kesehatan ibu yang tidak memungkinkan untuk menjalani kehamilan,
- e. tuntutan karir yang tidak mengijinkan wanita tersebut hamil,
- f. *incest* (akibat hubungan antar keluarga),
- g. hubungan seksual pra nikah, sehingga dirasa masih belum saatnya untuk terjadi, yang didukung pula oleh karena rendahnya pengetahuan akan kesehatan reproduksi dan seksual,
- h. jika hamil di usia remaja, remaja belum memiliki kesiapan untuk menjalani kehamilan, baik secara psikis, sosial, fisik, ataupun secara ekonomi,
- i. terkait kehamilan yang memiliki makna yang salah

Jika yang mengalami KTD adalah remaja, maka dampaknya terkait dengan kesiapan remaja dalam menjalani kehamilan. Banyak di antara remaja yang mengalami KTD tidak mendapat dukungan dari lingkungan

sosialnya, dikucilkan, atau bahkan terpaksa berhenti sekolah, hal ini berpengaruh terhadap psikis remaja tersebut. Selain itu, KTD pada remaja kerap kali berujung pada pengguguran kandungan yang tidak aman dan berisiko. Pencegahannya dapat dilakukan dengan cara pemberdayaan remaja perempuan, memperbaiki ketidaksetaraan gender, menghormati hak asasi manusia untuk semua, dan mengurangi kemiskinan.

KTD erat kaitannya dengan aborsi yang merupakan suatu kejadian hilangnya atau gugurnya kehamilan sebelum umur kehamilan 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram yang berakibat kematian janin. Aborsi banyak dilakukan oleh ibu berusia diatas 35 tahun, berpendidikan tamat SMA, tidak bekerja dan tinggal di perkotaan. Dampak yang ditimbulkan akibat terjadinya abortus adalah sebagai berikut:

- a. Perforasi dinding uterus hingga rongga *peritoneum* atau kantung kencing
- b. Luka pada serviks uteri
- c. Pelekatan pada *kavum uteri* karena kerokan
- d. Perdarahan
- e. Infeksi
- f. Komplikasi yang dapat timbul pada Janin
- g. Dampak psikologis atau gangguan emosional

LATIHAN

PETUNJUK MENGERJAKAN SOAL :

- I. Untuk **option jawaban abjad**, petunjuknya yaitu :
 - Pilihlah jawaban pertanyaan yang paling tepat atau saudara anggap benar dengan memberikan tanda silang (**x**) pada lembar jawaban
 - Jangan lupa menuliskan Nama dan NIM dan Tanda Tangan
 - II. Untuk **option jawaban angka**, pilihlah dengan ketentuan:
 - A = jika jawaban 1, 2 dan 3 benar
 - B = jika jawaban 1 dan 3 benar
 - C = jika jawaban 2 dan 4 benar
 - D = jika jawaban 4 saja benar
 - E = jika jawaban semua benar/salah
1. Kehamilan tidak diinginkan adalah suatu kondisi dimana pasangan tidak menginginkan kehamilan akibat dari perilaku seksual yang disengaja maupun tidak disengaja. Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian kehamilan yang tidak diinginkan adalah:
 1. Tindakan perkosaan ataupun kekerasan seksual,
 2. kegagalan dalam pemakaian alat kontrasepsi,
 3. Bayi yang dikandung ternyata menderita cacat majemuk yang berat,
 4. Kondisi kesehatan ibu yang tidak memungkinkan untuk menjalani kehamilan,

2. Hal-hal yang perlu diperhatikan untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan adalah sebagai berikut, yaitu:
 1. Pemberdayaan remaja perempuan,
 2. Memperbaiki ketidaksetaraan gender
 3. Menghormati hak asasi manusia untuk semua
 4. Mengurangi kemiskinan

3. Dampak dari abortus adalah sebagai berikut, yaitu:
 1. Perforasi dinding uterus hingga rongga *peritoneum* atau kantung kencing
 2. Luka pada serviks uteri
 3. Pelekatan pada *kavum uteri* karena kerokan dilakukan oleh orang yang tidak berpengalaman dan terkerok hingga jaringan otot rahim
 4. Perdarahan, terjadi pada tindakan kuretase pada kehamilan yang agak tua atau kehamilan dengan mola hidatidosa.

4. Yang termasuk dalam pengguguran kandungan yang disengaja adalah sebagai berikut, yaitu:
 1. Therapeutic abortion
 2. Eugenic abortion
 3. Elective abortion
 4. Spntaneous abortion

5. Kebijakan yang perlu dilakukan untuk mewujudkan pencegahan terjait dengan kehamilan tidak diinginkan adalah sebagai berikut, yaitu:
 1. Intervensi preventif pada remaja usia 10-14 tahun
 2. Hentikan pernikahan dini dibawah usia 18 tahun, pencegahan terhadap kekerasan dan pemaksaan seksual
 3. Menjaga kesehatan perempuan dalam kondisi sehat optimal
 4. Melindungi hak atas pendidikan, kesehatan, keamanan dan kebebasan dari kemiskinan

BAB VI PENGARUH NAPZA DAN MIRAS TERHADAP KEHIDUPAN REMAJA

KOMPETENSI

Kompetensi Umum

Setelah mengikuti perkuliahan pada materi ini, mahasiswa mampu menjelaskan tentang konsep napza dan miras terhadap kehidupan remaja.

Kompetensi Khusus

Setelah mendapatkan perkuliahan ini mahasiswa akan dapat menjelaskan:

- a. Pengertian dan jenis narkoba
- b. Pengertian dan jenis minuman keras (Miras)
- c. Penyalahgunaan dan ketergantungan narkoba dan miras
- d. Faktor risiko penyalahgunaan narkoba dan miras
- e. Tanda dan dampak penyalahgunaan narkoba dan miras
- f. Upaya preventif, kuratif, dan rehabilitative terhadap penyalahgunaan narkoba
- g. Peran perguruan tinggi dalam penyalahgunaan narkoba dan miras
- h. Bentuk kegiatan pencegahan penyalahgunaan narkoba.

MATERI PEMBELAJARAN

Pengertian dan Jenis Narkoba

Narkoba adalah singkatan dari narkotika dan obat atau bahan berbahaya. Istilah lain yang diperkenalkan khususnya oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia adalah Napza yang merupakan singkatan dari narkotika, psikotropika, dan zat adiktif (UU No 35 Tahun 2009).

Narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman, baik sintetis maupun semi sintetis yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa nyeri dan dapat menimbulkan ketergantungan (Undang-Undang No. 35 tahun 2009). Zat atau tanaman yang termasuk jenis narkotika adalah:

- a. Tanaman papaver, opium mentah, opium masak, opium obat, morfina, kokaina, ekgonina, tanaman ganja dan damar ganja.
- b. Garam-garam dan turunan-turunan dari morfina dan kokaina, serta campuran-campuran dan sediaan-sediaan yang mengandung bahan tersebut di atas.

Psikotropika adalah zat atau obat, baik alamiah maupun sintetis bukan narkotika, yang berkhasiat psikoaktif melalui pengaruh selektif pada susunan saraf pusat yang menyebabkan perubahan pada aktivitas mental dan perilaku (Undang-Undang no. 5 tahun 1997). Berdasarkan UU tersebut, psikotropika dibagi menjadi 4 golongan, namun setelah disahkannya UU no. 35 tahun 2009 tentang narkotika, maka psikotropika golongan I dan II dimasukkan ke dalam golongan narkotika. Dengan demikian saat ini apabila bicara masalah psikotropika hanya menyangkut psikotropika golongan III dan IV sesuai Undang-Undang no. 5 tahun 1997. Zat yang termasuk

psikotropika antara lain Sedatin (Pil BK), *Rohypnol*, *Magadon*, *Valium*, *Mandrax*, *Amfetamine*, *Fensiklidin*, *Metakualon*, *Metifenidat*, *Fenobarbital*, *Flunitrazepam*, *Ekstasi*, *Shabu-shabu*, *LSD (Lycergic Syntetic Diethylamide)* dan sebagainya.

Bahan Adiktif berbahaya lainnya adalah bahan-bahan alamiah, semi sintetis maupun sintetis yang dapat dipakai sebagai pengganti morfina atau kokaina yang dapat mengganggu sistem saraf pusat, seperti Alkohol yang mengandung *ethyl etanol*, *inhalen* atau *sniffing* (bahan pelarut) berupa zat organik (karbon) yang menghasilkan efek yang sama dengan yang dihasilkan oleh minuman yang beralkohol atau obat anaestetik jika aromanya dihisap. Contohnya adalah seperti lem atau perekat, *acetone*, *ether* dan sebagainya.

Pengertian dan Jenis Minuman Keras (MIRAS)

Minuman keras (miras) adalah minuman beralkohol yang mengandung etanol yang dihasilkan dari penyulingan (lewat distilasi). Ethanol diproduksi dengan cara fermentasi biji-bijian, buah, atau sayuran. Contoh minuman keras adalah arak, vodka, gin, baijiu, tequila, rum, wiski, brendi, dan soju (Kusminarno, 2002).

Penyalahgunaan dan Ketergantungan Narkoba dan Miras

Definisi

Penyalahgunaan obat adalah setiap penggunaan obat yang menyebabkan gangguan fisik, psikologis, ekonomis, hukum atau sosial, baik pada individu pengguna maupun orang lain sebagai akibat tingkah laku pengguna obat tersebut (Sidiartha dan Westa, 2010). Ketergantungan (adiksi) obat adalah gangguan kronis yang ditandai dengan peningkatan penggunaan obat meskipun terjadi kerusakan fisik, psikologis maupun sosial pada pengguna (Sidiartha dan Westa, 2010).

Ketergantungan psikologis adalah keinginan untuk mengkonsumsi obat untuk memperoleh efek positif atau menghindari efek negatif akibat tidak mengkonsumsinya (Sidiartha dan Westa, 2010). Ketergantungan fisik adalah adaptasi fisiologis terhadap obat yang ditandai dengan timbulnya toleransi terhadap efek obat dan sindrom putus obat bila dihentikan (Sidiartha dan Westa, 2010).

Klasifikasi

Klasifikasi zat atau obat yang sering disalahgunakan adalah sebagai berikut (Sidiartha dan Westa, 2010):

- a. *Cannabinoids; marijuana dan hashis*,
- b. Depresan,
 1. Sedatif, yaitu obat yang dapat mengurangi cemas dan membuat tidur (alkohol, barbiturat, metakualon, glutetimid, flunitrazepam, gamma hidroksi butirat)
 2. Transquilizer minor, untuk mengurangi rasa cemas (diazepam, alprazolam, klordiazepoksid, triazolam, lorazepam.
 3. Transquilizer mayor, contohnya seperti fenotiazin

- c. Stimulan sistem saraf pusat, hal ini dapat menyebabkan ketergantungan psikologis yang sangat kuat, seperti amfetamin, nikotin, kafein, kokain, MDMA, metilfenidat, betel nut.
- d. Halusinogen, dalam hal ini akan mempengaruhi sensasi, emosi, dan kewaspadaan, serta menyebabkan gangguan persepsi realitas. Obat ini menyebabkan ketergantungan psikologis namun tidak menyebabkan ketergantungan fisik. Obat tersebut adalah LSD, meskalin, DMT, DOM, MDMA, MDA, PCP, psikobin.
- e. Derivat opium dan morfin, digunakan untuk menghilangkan rasa nyeri dan menyebabkan ketergantungan psikologis dan fisik. Obat tersebut adalah morfin, heroin, kodein, meferidin, metadon, fentanil dan opium.
- f. Anestesi yang digunakan sebagai obat bius (ketamin dan pensiklidin atau PCP)

Faktor Risiko Penyalahgunaan Narkoba dan Minuman Keras

Beberapa faktor yang menjadi risiko seseorang mengalami penyalahgunaan obat adalah (Sidiartha dan Westa, 2010):

- a. *Faktor genetik*. Penelitian menunjukkan remaja dari orangtua alkoholik memiliki kecenderungan 3-4 kali lebih besar menjadi alkoholik daripada remaja dari orangtua bukan alkoholik. Remaja kembar monozigotik juga berisiko menjadi alkoholik daripada kembar dizigot.
- b. *Pola asuh keluarga*. Pola asuh yang demokratis memiliki risiko lebih rendah mengalami penyalahgunaan obat daripada pola asuh yang disiplin dan ketat. Keluarga yang antisosial dan kriminal juga memiliki kecenderungan berisiko mengalami penyalahgunaan obat.
- c. *Lingkungan atau teman*. Pengaruh teman dekat lebih besar daripada orang yang tidak dikenal. Remaja dengan riwayat kejahatan, bolos sekolah, gagal di sekolah atau perilaku seks bebas berisiko menyalahgunakan obat.
- d. *Gangguan psikiatrik*. Depresi atau gangguan kecemasan berisiko mengalami penyalahgunaan obat lebih besar daripada yang tidak memiliki riwayat gangguan tersebut.

Tanda dan Dampak Penyalahgunaan Narkoba dan Miras

Alkohol

Etanol adalah bentuk molekul sederhana dari alkohol yang mudah diserap di saluran cerna. Daerah saluran cerna yang menyerap alkohol paling banyak adalah bagian atas usus halus. Minum minuman beralkohol berarti mengkonsumsi 10-12 gram etanol (Sidiartha dan Westa, 2010). Konsentrasi alkohol dalam darah dan efeknya adalah sebagai berikut:

- a. 20-30 mg/dl: psikomotor dan kemampuan berfikir menurun
- b. 30-80 mg/dl: psikomotor dan masalah kognitif meningkat
- c. 80-200 mg/dl: gangguan koordinasi, emosi, dan kognisi yang menurun
- d. 200-300 mg/dl: nistagmus, bicara cadel
- e. >300mg/dl: gangguan tanda vital dan berakibat fatal

Kriteria seseorang dikatakan mengalami keracunan alkohol adalah sebagai berikut:

- a. Gejala terjadi segera setelah minum alkohol,
- b. Perubahan tingkah laku dan psikologis seperti agresif, emosi labil, gangguan fungsi sosial dan pekerjaan,
- c. Mengalami satu atau lebih gejala berikut seperti bicara pelo, nistagmus, jalan terhuyung-huyung, gangguan koordinasi, konsentrasi, memori, dan koma,
- d. Gejala yang dialami bukan karena kondisi medis lainnya.

Saat berhenti mengonsumsi alkohol, seseorang yang sudah mengalami ketergantungan akan menunjukkan gejala *withdrawal*. Seseorang mengalami gejala *withdrawal* jika memenuhi kriteria sebagai berikut (Sidiartha dan Westa, 2010):

- a. Penghentian atau pengurangan konsumsi alkohol mendadak.
- b. Mengalami dua atau lebih gejala sebagai berikut:
 1. berkeringat dan nadi meningkat,
 2. tremor,
 3. insomnia,
 4. mual dan muntah,
 5. halusinasi,
 6. agitasi psikomotor,
 7. cemas, dan
 8. kejang.
- c. Gejala di atas sudah mengganggu kehidupan sosial dan pekerjaan.
- d. Gejala di atas tidak disebabkan kondisi medis lainnya.

Nikotin atau Tembakau

Mekanisme kerja nikotin adalah peningkatan *neurotransmitter* yang berhubungan dengan pengendalian stres. Pengaruh tembakau pada berbagai sistem tubuh adalah sebagai berikut (Sidiartha dan Westa, 2010):

- a. *Sistem kardiovaskular*. Dapat mencetuskan penyakit jantung, pembuluh darah, dan otak.
- b. *Kanker*. Hal ini disebabkan akibat kontak dengan kandungan rokok.
- c. *Endokrin atau hormon*. Menyebabkan efek anti-estrogen sehingga akan menimbulkan gangguan menstruasi, menopause dini, dan penurunan densitas tulang. Pada laki-laki dapat menyebabkan disfungsi ereksi.
- d. *Paru*. Menimbulkan penyakit paru obstruksi menahun.
- e. *Saluran pencernaan*. Menyebabkan luka pada saluran cerna.
- f. *Kulit*. Mengalami penuaan dini.
- g. *Mata*. Degenerasi makular.
- h. *Sistem kekebalan tubuh*. Mengganggu sel *killer* dan modulasi kekebalan tubuh.
- i. *Kehamilan*. Meningkatkan kejadian bayi berat badan lahir rendah, kelahiran prematur, bayi kecil masa kehamilan, abortus, kehamilan di luar kandungan, ketuban pecah dini.

Amfetamin

Amfetamin adalah bentuk narkoba yang bersifat stimulan yang dikenal dengan nama pil ekstasi. Orang yang mengkonsumsi biasanya akan merasa kuat, tahan meleak, gembira, nafsu makan berkurang dan keringat berlebih. Selain itu, konsumennya juga sering merasa melihat sensasi warna dan suara yang terang. Suatu saat dapat mengalami kewaspadaan yang berlebihan sehingga menjadi paranoid (Sidiartha dan Westa, 2010).

Seseorang dikatakan keracunan amfetamin jika memenuhi kriteria sebagai berikut (Sidiartha dan Westa, 2010):

- a. segera setelah menggunakan amfetamin,
- b. gangguan tingkah laku (maladaptif) atau *euforia*, afek tumpul, mudah tersinggung, gangguan penilaian, gangguan fungsi sosial dan kerja,
- c. mengalami dua atau lebih gejala seperti takikardi atau bradikardi, pupil dilatasi, tekanan darah naik turun, demam, mual atau muntah, berat badan menurun, gangguan psikomotor, otot lemah atau depresi pernafasan atau nyeri dada atau aritmia, bingung atau kejang atau distonia atau koma,
- d. tidak disebabkan oleh kondisi medis lainnya.

Gejala *withdrawal* amfetamin adalah sebagai berikut (Sidiartha dan Westa, 2010):

- a. segera setelah amfetamin dihentikan atau diturunkan dosisnya secara tiba-tiba,
- b. *mood disporik* dengan dua atau lebih gejala berikut: badan lemah, mimpi buruk, sulit tidur, nafsu makan meningkat, psikomotor agitasi atau retardasi,
- c. insomnia atau hipersomnia,
- d. tidak disebabkan oleh kondisi medis lainnya.

Opiat

Opiat berasal dari tumbuhan di alam yang bernama *papaver somniferum*. Yang termasuk golongan opiat adalah heroin atau putaw, morfin, petidin dan kodein. Metadon adalah sintesis opiat yang digunakan sebagai terapi substitusi ketergantungan putaw (Sidiartha dan Westa, 2010).

Heroin adalah opiat yang bersifat analgesik kuat serta ketergantungan yang kuat. Sediaan heroin berupa bubuk putih yang diisap dengan menggunakan dragon. Gejala putus heroin atau sakaw dapat berupa cemas, gelisah, insomnia, keinginan akan heroin meningkat, nyeri, demam, pilek, mual, muntah, diare, keram perut, berat badan menurun, tekanan darah naik dan pupil melebar (Sidiartha dan Westa, 2010).

Upaya Preventif, Kuratif dan Rehabilitatif pada Kejadian Penyalahgunaan Narkoba

Pencegahan penyalahgunaan narkoba yang selama ini dilakukan melalui program Pencegahan, Pemberantasan, Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkotika (P4GN). Program-program tersebut diantaranya yaitu mencegah terjadinya penyalahgunaan narkoba dengan meningkatkan

kapasitas kelembagaan lintas bidang terkait, meningkatkan kualitas individu aparat, serta menumbuhkan kesadaran, kepedulian dan peran serta aktif seluruh komponen masyarakat melalui lembaga swadaya masyarakat (LSM), lembaga keagamaan, organisasi kemasyarakatan, tokoh masyarakat, pelajar, mahasiswa dan pemuda, pekerja, serta lembaga-lembaga lainnya yang ada di masyarakat (Pendidikan, Kesehatan sosial, Sosial-Akhlak, Sosial-pemuda & Olah Raga, Ekonomi-TenagaKerja) (Kartika, 2008).

Strategi pencegahan meliputi strategi pre-emptif (Prevensi Tidak Langsung), merupakan pencegahan tidak langsung yaitu, menghilangkan atau mengurangi faktor-faktor yang mendorong timbulnya kesempatan atau peluang untuk melakukan penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba, dengan menciptakan kesadaran, kepedulian, kewaspadaan, dan daya tangkal masyarakat dan terbina kondisi, perilaku dan hidup sehat tanpa narkoba (Kartika, 2008).

Strategi Nasional Usaha Promotif dilaksanakan melalui kegiatan-kegiatan pembinaan dan pengembangan lingkungan masyarakat bebas narkoba, pembinaan dan pengembangan pola hidup sehat, beriman, kegiatan positif, produktif, konstruktif dan kreatif (Kartika, 2008). Pencegahan penyalahgunaan narkoba terutama diarahkan kepada generasi muda (anak, remaja, pelajar, pemuda, dan mahasiswa). Penyalahgunaan sebagai hasil interaksi individu yang kompleks dengan berbagai elemen dari lingkungannya, terutama dengan orang tua, sekolah, lingkungan masyarakat dan remaja pemuda lainnya (Kartika, 2008).

Oleh karena itu, Strategi Informasi dan Pendidikan Pencegahan dilaksanakan melalui 7 (Tujuh) jalur yaitu (Kartika, 2008):

- a. *Keluarga*, dengan sasaran orang tua, anak, pemuda, remaja dan anggota keluarga lainnya.
- b. *Pendidikan*, sekolah maupun luar sekolah dengan kelompok sasaran guru, tenaga pendidikan dan peserta didik warga belajar baik secara kurikuler maupun ekstrakurikuler.
- c. *Lembaga keagamaan*, dengan sasaran pemuka-pemuka agama dan umatnya.
- d. *Organisasi sosial kemasyarakatan*, dengan sasaran remaja atau pemuda dan masyarakat.
- e. *Organisasi Wilayah Pemukiman* (LKMD, RT,RW), dengan sasaran warga terutama pemuka masyarakat dan remaja setempat.
- f. *Unit-unit kerja*, dengan sasaran Pimpinan, Karyawan dan keluarganya.
- g. *Media massa*, baik elektronik, cetak dan Media Interpersonal (*Talk show* dan dialog interaktif), dengan sasaran luas maupun individu.

Disiapkan pula strategi penanggulangan untuk kelompok berisiko tinggi. Strategi ini disiapkan khusus untuk remaja pemuda yang berisiko tinggi, yaitu mereka yang mempunyai banyak masalah, yang dengan edukasi preventif saja tidak cukup karena tidak menyentuh permasalahan yang mereka alami. Pada umumnya masalah-masalah tersebut, menyangkut kehidupan keluarga putus sekolah, putus pacar, kehamilan di luar nikah,

tekanan kelompok sebaya (*peer group*), gelandangan dan anak terlantar, dan lain-lain.

Strategi Nasional untuk partisipasi masyarakat, merupakan strategi pencegahan berbasis masyarakat, sebagai upaya untuk menggugah, mendorong dan menggerakkan masyarakat agar sadar, peduli, dan aktif dalam melakukan pencegahan terhadap penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba (Kartika, 2008).

Kekuatan-kekuatan di dalam masyarakat dimobilisir untuk secara aktif menyelenggarakan program-program di bidang-bidang tersebut di atas (Kartika, 2008). Ukuran keberhasilan pelaksanaan pencegahan, pemberantasan, penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba ditunjukkan oleh pencapaian indikator kinerja sebagai berikut (Kartika, 2008):

1. meningkatkan kesadaran masyarakat umum tentang bahaya penyalahgunaan narkoba,
2. meningkatnya pengetahuan masyarakat umum tentang bahaya penyalahgunaan narkoba,
3. terjadinya perubahan sikap masyarakat terhadap bahaya penyalahgunaan narkoba,
4. meningkatnya keterampilan masyarakat terhadap penyalahgunaan narkoba,
5. meningkatnya partisipasi masyarakat dalam penanggulangan bahaya penyalahgunaan narkoba.

Upaya preventif memiliki nilai strategis bagi pencegahan, penyebarluasan dan penyalahgunaan narkoba karena memiliki peran penting untuk memotong lingkaran penyebaran penyalahgunaan narkoba. Peran penting ini juga terlihat dari kelebihan yang dimiliki upaya preventif antara lain karena daya jangkau lebih luas, kemudahan untuk mengakses materi pencegahan karena media yang digunakan sangat beragam dan bisa dilakukan oleh siapa saja, biaya penyelenggaraan lebih murah karena dengan penyelenggaraan beberapa kali saja dapat menjangkau jumlah yang berlipat ganda (Kartika, 2008).

Peran Perguruan Tinggi dalam Penyalahgunaan Narkoba dan Miras

Peran perguruan tinggi dalam penyalahgunaan narkoba dan miras dapat dipaparkan sebagai berikut:

Perguruan Tinggi Sebagai Agen Perubahan

Dalam pasal 20 ayat 2 Undang-Undang no. 20 tahun 2003 tentang Pendidikan Nasional dan dalam Peraturan Pemerintah no. 60 tahun 1999 tentang Pendidikan Tinggi, pasal 3 Ayat 1 dinyatakan bahwa perguruan tinggi berkewajiban menyelenggarakan pendidikan, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat. Pada pasal-pasal berikutnya dinyatakan bahwa pendidikan tinggi merupakan kegiatan dalam upaya menghasilkan manusia terdidik (Kartika, 2008). Penelitian merupakan kegiatan telaah taat kaidah dalam upaya untuk menemukan kebenaran dan/atau menyelesaikan masalah dalam ilmu pengetahuan, teknologi, dan/atau kesenian. Pengabdian kepada masyarakat merupakan kegiatan yang memanfaatkan ilmu

pengetahuan dalam upaya memberikan sumbangan demi kemajuan masyarakat (Kartika, 2008).

Dengan demikian tujuan pendidikan tinggi adalah untuk menghasilkan manusia terdidik yang memiliki kemampuan akademik dan/atau memperkaya khasanah ilmu pengetahuan, teknologi dan kesenian, namun juga mengembangkan dan menyebarkan ilmu pengetahuan, teknologi dan/atau kesenian serta mengupayakan penggunaannya untuk meningkatkan taraf kehidupan masyarakat dan memperkaya kebudayaan nasional.

Dalam hubungannya dengan perubahan sosial, ketiga kewajiban perguruan tinggi tersebut yang biasa juga disebut Tri Dharma Perguruan Tinggi, merupakan media untuk mewujudkan perubahan sosial. Dalam hal ini perubahan sosial diartikan sebagai "modifikasi-modifikasi" yang terjadi dalam pola-pola kehidupan manusia, karena sebab-sebab intern maupun ekstern (Samuel Koenig dalam Soekanto, 1990: 337).

Perubahan sosial diartikan pula sebagai segala perubahan-perubahan pada lembaga-lembaga kemasyarakatan di dalam suatu masyarakat, yang mempengaruhi sistem sosialnya, termasuk di dalamnya nilai-nilai, sikap dan pola perilaku di antara kelompok-kelompok dalam masyarakat (Soemardjan, 1982: 379).

Perguruan tinggi sebagai organisasi pendidikan, merupakan salah satu saluran perubahan sosial dan kebudayaan disamping organisasi politik, organisasi keagamaan, organisasi ekonomi dan organisasi hukum. Saluran-saluran tersebut berfungsi agar sesuatu perubahan dikenal, diterima, diakui serta dipergunakan oleh khalayak ramai dan mengalami proses pelembagaan (Kartika, 2008).

Bentuk perubahan sosial yang dilakukan perguruan tinggi merupakan perubahan yang dikehendaki (*intended change*) atau perubahan yang direncanakan (*planned change*) karena pencapaian perubahannya telah direncanakan terlebih dahulu oleh pihak-pihak yang terkait dengan kegiatan pendidikan, penelitian maupun pengabdian kepada masyarakat. Dalam hal ini perguruan tinggi dapat berperan sebagai agen perubahan (*agent of change*) yang berupaya membimbing atau mendampingi masyarakat untuk memperbaiki atau meningkatkan berbagai aspek yang mempengaruhi sistem sosialnya ke arah yang lebih positif, termasuk di dalamnya nilai-nilai, sikap dan pola perilaku di antara kelompok-kelompok masyarakat. Dalam melaksanakan perubahan tersebut, agen perubahan langsung terkait dalam tekanan-tekanan untuk melakukan perubahan, bahkan mungkin menyiapkan pula perubahan-perubahan pada lembaga kemasyarakatan lainnya (Kartika, 2008).

Peran Perguruan Tinggi dalam Pencegahan Penyalahgunaan Narkoba

Dalam pencegahan penyalahgunaan narkoba, perguruan tinggi berperan selaku agen perubahan yang melakukan berbagai upaya untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap masyarakat tentang bahaya penyalahgunaan narkoba, meningkatkan keterampilan masyarakat untuk melakukan pencegahan terhadap penyalahgunaan narkoba, meningkatkan

partisipasi masyarakat dalam mencegah penyalahgunaan narkoba. Sebagai agen perubahan, perguruan tinggi sekurang-kurangnya memiliki tiga peran, yaitu selaku sumber ilmu pengetahuan, kontributor, serta implementator (Kartika, 2008).

Sebagai sumber ilmu pengetahuan, di lingkungan perguruan tinggi terdapat manusia terdidik yang memiliki kemampuan akademik untuk memperkaya khasanah ilmu pengetahuan dan teknologi serta mengembangkan dan menyebarkan ilmu pengetahuan dan teknologi tersebut (Kartika, 2008). Peran sebagai kontributor, artinya perguruan tinggi menyumbangkan kemampuannya itu untuk meningkatkan kesejahteraan hidup masyarakat (Kartika, 2008).

Peran selaku implementator, perguruan tinggi memiliki kemampuan dan kewenangan untuk menerapkan langsung ilmu pengetahuan dan teknologi tersebut dalam kehidupan masyarakat. Dalam pencegahan penyalahgunaan narkoba, peran-peran ini dapat dipertegas lagi, yaitu paling sedikit sebagai konseptor, inovator, evaluator, fasilitator dan advokator. Peran sebagai konseptor terlihat dalam berbagai aktivitas ilmiah yang dihasilkan menunjukkan kemampuan dalam mengaitkan konsep, teori dengan kebutuhan saat ini maupun untuk kebutuhan masa yang akan datang. Dalam hal ini perguruan tinggi mampu melakukan berbagai kajian dan penelitian untuk menyusun apa yang diperlukan masyarakat saat ini dan di masa yang datang dalam menghadapi perkembangan penyalahgunaan narkoba yang semakin meningkat jumlah dan variasi penggunaannya dari tahun ke tahun.

Peran sebagai inovator menunjuk pada kemampuan perguruan tinggi untuk memunculkan gagasan-gagasan baru yang diperlukan saat menyusun konsep-konsep yang diperlukan untuk kebutuhan masyarakat saat ini maupun saat yang akan datang dalam melakukan pencegahan terhadap penyalahgunaan narkoba. Gagasan-gagasan baru ini dapat muncul sebagai hasil kajian, penelitian dan pengembangan atau pendampingan kepada masyarakat (Kartika, 2008).

Peran sebagai evaluator tampak dalam kegiatan penelitian, terutama penelitian terapan yang dikaitkan dengan berbagai masalah sosial ataupun dampak pembangunan. Melalui kajian maupun penelitian ini perguruan tinggi dapat melakukan analisis dan evaluasi terhadap berbagai masalah sosial yang berkaitan dengan bahaya penyalahgunaan narkoba atau dampak upaya-upaya yang pernah dilakukan untuk melakukan penanggulangan bahaya penyalahgunaan narkoba. Hasilnya dapat merupakan bahan masukan bagi perguruan tinggi itu sendiri maupun pihak-pihak terkait dalam menyusun berbagai program pencegahan penyalahgunaan narkoba (Kartika, 2008).

Peran sebagai fasilitator bertujuan untuk membantu masyarakat agar mampu menangani tekanan situasional atau transisional yang terjadi di lingkungannya antara lain melalui pengidentifikasian dan mendorong kekuatan-kekuatan personal dan aset-aset sosial yang dapat digunakan untuk melakukan pencegahan, membantu masyarakat untuk menetapkan

tujuan pencegahan penyalahgunaan narkoba dan cara-cara pencapaiannya (Kartika, 2008).

Perguruan tinggi memfasilitasi atau memungkinkan masyarakat agar mampu melakukan perubahan yang telah ditetapkan dan disepakati bersama. Peran sebagai advokat atau pembela yang cenderung mengarah pada advokasi kelas (*class advocacy*) yang membela kepentingan masyarakat agar dapat terhindar dari penyalahgunaan narkoba (Kartika, 2008). Dalam hal ini perguruan tinggi dapat melakukan upaya-upaya untuk mendorong pihak-pihak terkait agar setiap kelompok masyarakat mendapat pelayanan yang sama dalam upaya pencegahan, mendorong para pembuat keputusan untuk peka terhadap kondisi-kondisi dan situasi yang dapat memberi peluang penyalahgunaan narkoba di masyarakat, mendorong pihak-pihak terkait agar mendukung partisipasi masyarakat dalam pencegahan penyalahgunaan narkoba, dan lain-lain (Kartika, 2008).

Bentuk Kegiatan Pencegahan Penyalahgunaan Narkoba

Dalam pencegahan penyalahgunaan narkoba, hubungan antara pendidikan, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat atau Tri Dharma Perguruan Tinggi, dapat dilakukan secara optimal melalui kegiatan yang saling mendukung. Penelitian mengenai narkoba dapat dilakukan baik itu oleh satu fakultas atau gabungan beberapa fakultas yang dapat saling mendukung. Hasil penelitian yang memungkinkan untuk diterapkan, dapat ditindaklanjuti dengan kegiatan pengabdian kepada masyarakat dalam bentuk sosialisasi, pelatihan, pengembangan, konsultasi, publikasi dan lain-lain.

Kegiatan sosialisasi ditujukan untuk memberikan informasi tentang berbagai aspek yang berkaitan dengan penyalahgunaan narkoba. Melalui kegiatan ini diharapkan pihak yang menjadi sasaran sosialisasi memiliki informasi yang benar tentang bahaya penyalahgunaan narkoba dari berbagai aspek, seperti aspek fisik, psikologis, hukum, ekonomi dan sosial serta penyebarannya. Kegiatan ini bisa dilakukan terhadap mahasiswa baru, warga masyarakat, mitra perguruan tinggi maupun komunitas tertentu seperti siswa-siswi SMA (Kartika, 2008).

Disamping itu kegiatan ini pun dapat menjadi titik tolak mahasiswa untuk merintis pembentukan Unit Kegiatan Mahasiswa (UKM) yang berkaitan dengan pencegahan penyalahgunaan narkoba (Kartika, 2008). Kegiatan pengembangan ditujukan untuk mengembangkan berbagai model pencegahan ataupun model-model yang mendukung upaya-upaya pencegahan. Model-model ini merupakan produk kegiatan penelitian yang sudah diujicobakan dan sudah siap untuk diterapkan di masyarakat (Kartika, 2008).

Kegiatan pendampingan dilakukan terhadap mitra kerja perguruan tinggi yang ingin menerapkan upaya pencegahan penyalahgunaan narkoba di lingkungannya namun masih memerlukan dukungan, misalnya dukungan secara konseptual maupun teknis atau dukungan-dukungan lainnya (Kartika, 2008).

Kegiatan KKN atau Kuliah Kerja Nyata yang melibatkan sejumlah mahasiswa dari berbagai fakultas, dapat menjadi media untuk kegiatan sosialisasi pencegahan yang bersifat antar disiplin ilmu. Materi sosialisasi akan lebih variatif dan dapat dikemas dalam bentuk yang menarik melalui aktivitas seni, olah raga, pengayaan atau ceramah agama, atau bentuk-bentuk lainnya (Kartika, 2008).

Kegiatan pengabdian pada masyarakat ini pun dapat dipublikasikan di dalam maupun di luar lingkungan perguruan tinggi, serta bisa menjadi bahan masukan untuk pengayaan materi perkuliahan maupun data dasar untuk melakukan kajian dan penelitian (Kartika, 2008).

Ringkasan

Narkoba adalah singkatan dari narkotika dan obat atau bahan berbahaya. Istilah lain yang diperkenalkan khususnya oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia adalah Napza yang merupakan singkatan dari narkotika, psikotropika, dan zat adiktif. Narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman, baik sintetis maupun semi sintetis yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa nyeri dan dapat menimbulkan ketergantungan. Zat atau tanaman yang termasuk jenis narkotika adalah:

- a. Tanaman papaver, opium mentah, opium masak, opium obat, morfina, kokaina, ekgonina, tanaman ganja dan damar ganja.
- b. Garam-garam dan turunan-turunan dari morfina dan kokaina, serta campuran-campuran dan sediaan-sediaan yang mengandung bahan tersebut di atas.

Minuman keras (miras) adalah minuman beralkohol yang mengandung etanol yang dihasilkan dari penyulingan (lewat distilasi). Ethanol diproduksi dengan cara fermentasi biji-bijian, buah, atau sayuran. Contoh minuman keras adalah arak, vodka, gin, baijiu, tequila, rum, wiski, brendi, dan soju.

Narkoba dan miras seringkali disalahgunakan oleh masyarakat sehingga menyebabkan ketergantungan. Penyalahgunaan obat adalah setiap penggunaan obat yang menyebabkan gangguan fisik, psikologis, ekonomis, hukum atau sosial, baik pada individu pengguna maupun orang lain sebagai akibat tingkah laku pengguna obat tersebut. Sedangkan ketergantungan (adiksi) obat adalah gangguan kronis yang ditandai dengan peningkatan penggunaan obat meskipun terjadi kerusakan fisik, psikologis maupun sosial pada pengguna. Klasifikasi zat atau obat yang sering disalahgunakan adalah *cannabinoids; marijuana dan hashis*, depresan, sedatif, transquilizer minor, transquilizer mayor, stimulan sistem saraf pusat, halusinogen, derivat opium dan morfin.

Beberapa faktor yang menjadi risiko seseorang mengalami penyalahgunaan obat adalah faktor genetik, pola asuh keluarga, lingkungan atau teman dan gangguan psikiatrik. Kriteria seseorang dikatakan mengalami keracunan alkohol adalah sebagai berikut:

- a. Gejala terjadi segera setelah minum alkohol,

- b. Perubahan tingkah laku dan psikologis seperti agresif, emosi labil, gangguan fungsi sosial dan pekerjaan,
- c. Mengalami satu atau lebih gejala berikut seperti bicara pelo, nistagmus, jalan terhuyung-huyung, gangguan koordinasi, konsentrasi, memori, dan koma

Pencegahan penyalahgunaan narkoba yang selama ini dilakukan melalui program Pencegahan, Pemberantasan, Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkotika (P4GN). Program-program tersebut diantaranya yaitu mencegah terjadinya penyalahgunaan narkoba dengan meningkatkan kapasitas kelembagaan lintas bidang terkait, meningkatkan kualitas individu aparat, serta menumbuhkan kesadaran, kepedulian dan peran serta aktif seluruh komponen masyarakat melalui lembaga swadaya masyarakat (LSM), lembaga keagamaan, organisasi kemasyarakatan, tokoh masyarakat, pelajar, mahasiswa dan pemuda, pekerja, serta lembaga-lembaga lainnya yang ada di masyarakat (Pendidikan, Kesehatan sosial, Sosial-Akhlak, Sosial-pemuda & Olah Raga, Ekonomi-TenagaKerja).

Dalam pencegahan penyalahgunaan narkoba, perguruan tinggi berperan selaku agen perubahan yang melakukan berbagai upaya untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap masyarakat tentang bahaya penyalahgunaan narkoba, meningkatkan keterampilan masyarakat untuk melakukan pencegahan terhadap penyalahgunaan narkoba, meningkatkan partisipasi masyarakat dalam mencegah penyalahgunaan narkoba. Sebagai agen perubahan, perguruan tinggi sekurang-kurangnya memiliki tiga peran, yaitu selaku sumber ilmu pengetahuan, kontributor, serta implementator.

Bentuk kegiatan pencegahan penyalahgunaan narkoba antara lain kegiatan sosialisasi, pendampingan, KKN (Kuliah Kerja Nyata) dan pengabdian masyarakat.

LATIHAN

PETUNJUK MENERJAKAN SOAL :

- I. **Untuk option jawaban abjad**, petunjuknya yaitu :
 - Pilihlah jawaban pertanyaan yang paling tepat atau saudara anggap benar dengan memberikan tanda silang (**x**) pada lembar jawaban
 - Jangan lupa menuliskan Nama dan NIM dan Tanda Tangan
 - II. **Untuk option jawaban angka**, pilihlah dengan ketentuan:
 - A = jika jawaban 1, 2 dan 3 benar
 - B = jika jawaban 1 dan 3 benar
 - C = jika jawaban 2 dan 4 benar
 - D = jika jawaban 4 saja benar
 - E = jika jawaban semua benar/salah
-
1. Klasifikasi zat atau obat yang sering disalahgunakan adalah sebagai berikut, yaitu:
 1. Cannabinoids
 2. Depresan
 3. Stimulan
 4. Halusinogen
 2. Beberapa faktor yang menjadi risiko seseorang mengalami penyalahgunaan obat adalah sebagai berikut, yaitu:
 1. Faktor genetik
 2. Pola asuh keluarga
 3. Lingkungan
 4. Teman sebaya
 3. Strategi Nasional Usaha Promotif dilaksanakan melalui kegiatan-kegiatan pembinaan dan pengembangan lingkungan masyarakat bebas narkoba, pembinaan dan pengembangan pola hidup sehat, beriman, kegiatan positif, produktif, konstruktif dan kreatif. Oleh karena itu strategi ini dilakukan pada jalur berikut, yaitu:
 1. Jalur keluarga
 2. Jalur pendidikan
 3. Jalur organisasi sosial kemasyarakatan
 4. Jalur lembaga keagamaan
 4. Ukuran keberhasilan pelaksanaan pencegahan, pemberantasan, penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba ditunjukkan oleh pencapaian indikator kinerja sebagai berikut, yaitu:
 1. Meningkatkan kesadaran masyarakat umum tentang bahaya penyalahgunaan narkoba
 2. Meningkatnya pengetahuan masyarakat umum tentang bahaya penyalahgunaan narkoba

3. Terjadinya perubahan sikap masyarakat terhadap bahaya penyalahgunaan narkoba
4. Meningkatnya keterampilan masyarakat terhadap penyalahgunaan narkoba
5. Gejala *withdrawal* amfetamin adalah sebagai berikut, yaitu:
 1. Badan lemah dan mimpi buruk
 2. Insomia atau hiperinsomnia
 3. Nafsu makan meningkat
 4. Kekurangan darah

BAB VII PROGRAM KESEHATAN PEDULI REMAJA

KOMPETENSI

Kompetensi Umum

Setelah mengikuti perkuliahan pada materi ini, mahasiswa mampu menjelaskan tentang program kesehatan peduli remaja atau program pelayanan kesehatan peduli remaja.

Kompetensi Khusus

Setelah mendapatkan perkuliahan ini mahasiswa akan dapat menjelaskan:

- a. Pengertian dan dasar pemikiran program pelayanan kesehatan peduli remaja.
- b. Tujuan program pelayanan kesehatan peduli remaja.
- c. Program kerja pelayanan kesehatan peduli remaja.

MATERI PEMBELAJARAN

Pengertian dan Dasar Pemikiran Program PKPR

Salah satu program pokok puskesmas yang menitikberatkan kegiatannya pada remaja dalam bentuk konseling dan berbagai hal yang berhubungan dengan kesehatan remaja. Remaja mendapatkan informasi yang benar dan tepat untuk berbagai hal yang perlu diketahui remaja. Remaja berada dalam masa transisi atau peralihan dari masa anak-anak untuk menjadi dewasa. Secara fisik, remaja dapat dikatakan sudah matang tetapi secara psikis atau kejiwaan belum matang. Oleh karena itu, kelompok anak usia remaja dianggap termasuk dalam kelompok berisiko untuk terkena berbagai masalah termasuk kesehatan. Beberapa sifat remaja yang menyebabkan tingginya risiko antara lain rasa keingintahuan yang besar tetapi kurang mempertimbangkan akibat dan suka mencoba hal-hal baru untuk mencari jati diri (Depkes RI, 2005).

Bila tidak diberikan informasi atau pelayanan remaja yang tepat dan benar, maka perilaku remaja sering mengarah kepada perilaku yang berisiko, seperti penyalahgunaan NAPZA (Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya), perilaku yang menyebabkan mudah terkena infeksi HIV dan AIDS, Infeksi menular seksual (IMS), masalah gizi (anemia atau kurang darah, kurang energi kronis (KEK), obesitas atau kegemukan) dan perilaku seksual yang tidak sesuai dengan norma-norma yang berlaku.

Kriteria pelayanan kesehatan peduli remaja yaitu (Depkes RI, 2005):

a. Karakteristik kebijakan program

1. Memberikan perhatian pada keadilan dan kesetaraan gender dalam penyediaan pelayanan.
2. Tidak mensyaratkan persetujuan orang tua.
3. Tidak menghalangi pemberian pelayanan dan produk kesehatan untuk remaja.
4. Tidak membatasi sasaran pelayanan berkaitan dengan status.

b. Karakteristik staf pemberi pelayanan

1. Petugas yang memiliki kompetensi dalam memberikan pelayanan kesehatan remaja.
2. Peduli, memahami dan tertarik pada masalah remaja.
3. Menghormati privasi dan kerahasiaan klien.
4. Memiliki waktu yang cukup untuk berinteraksi secara baik dengan klien dapat dihubungi sewaktu-waktu.
5. Tersedianya konselor sebaya.

c. Karakteristik prosedur pelayanan

1. Klien dapat berkunjung sewaktu-waktu tanpa perjanjian.
2. Waktu tunggu harus sesingkat mungkin.
3. Biaya pelayanan terjangkau.
4. Ada kaitan dengan pelayanan sosial lainnya.

d. Karakteristik partisipasi remaja

1. Remaja terpapar informasi mengenai keberadaan pelayanan dan memanfaatkannya.
2. Aktif berpartisipasi dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi dari pelayanan.

e. Karakteristik lingkungan

1. Tidak ada stigma.
2. Lokasi terjangkau dan nyaman.
3. Waktu pelayanan sesuai.
4. Material KIE cukup.
5. Privasi ruang periksa, ruang konseling dijamin.

Tujuan Program PKPR

- a. Meningkatkan kesehatan remaja.
- b. Meningkatkan kesehatan reproduksi remaja.
- c. Mencegah penanggulangan infeksi saluran reproduksi, termasuk PMS, HIV dan AIDS.
- d. Meningkatkan pola hidup bersih dan sehat di sekolah.
- e. Mencegah penggunaan obat narkotik.

Program kerja PKPR

Kegiatan dalam PKPR harus sesuai dengan kondisi dan kebutuhannya, dapat dilaksanakan di dalam atau di luar gedung. Sasaran dari program ini adalah perorangan atau kelompok, dilaksanakan oleh petugas puskesmas atau petugas lain di institusi atau masyarakat, berdasarkan kemitraan. Jenis kegiatan tersebut antara lain sebagai berikut (Depkes RI, 2003; Muadz, 2008):

Pemberian informasi dan edukasi

1. Dilaksanakan didalam atau diluar gedung, baik secara perorangan atau berkelompok.
2. Dapat dilaksanakan oleh guru, pendidik sebaya yang terlatih dari sekolah, atau dari lintas sektor terkait dengan menggunakan materi dari (atau sepengetahuan) puskesmas.

3. Menggunakan metoda ceramah tanya jawab, *focus group discussion* (FGD), diskusi interaktif, yang dilengkapi dengan alat bantu media cetak atau media elektronik (radio, *email*, dan telepon atau *hotline*, SMS).
4. Menggunakan sarana komunikasi informasi edukasi (KIE) yang lengkap, dengan bahasa yang sesuai dengan bahasa sasaran (remaja, orangtua, guru) dan mudah dimengerti. Khusus untuk remaja perlu diingat untuk bersikap tidak menggurui serta perlu bersikap santai.

Pelayanan klinis medis termasuk pemeriksaan penunjang dan rujukannya

Hal yang perlu diperhatikan dalam melayani remaja yang berkunjung ke puskesmas adalah:

- a. Bagi remaja yang menderita penyakit tertentu tetap dilayani dengan mengacu pada prosedur tetap penanganan penyakit tersebut.
- b. Petugas dari balai pengobatan umum, balai pengobatan gigi, kesehatan ibu dan anak (KIA) dalam menghadapi remaja yang datang, diharapkan dapat menggali masalah psikososial atau yang berpotensi menjadi masalah khusus remaja, untuk kemudian bila ada, menyalurkannya ke ruang konseling bila diperlukan.
- c. Petugas yang menjangkau remaja dari ruangan, dan juga petugas-loket atau petugas laboratorium, seperti halnya petugas khusus PKPR juga harus menjaga kerahasiaan remaja tersebut, dan memenuhi kriteria peduli remaja.
- d. Petugas PKPR harus menjaga kelangsungan pelayanan dan mencatat hasil rujukan kasus per kasus.

Konseling

Tujuan konseling dalam PKPR adalah sebagai berikut:

- a. Membantu remaja untuk dapat mengenali masalahnya dan membantunya agar dapat mengambil keputusan dengan mantap tentang apa yang harus dilakukannya untuk mengatasi masalah tersebut.
- b. Memberikan pengetahuan, keterampilan, penggalian potensi dan sumber daya secara berkesinambungan hingga dapat membantu remaja agar mampu:
 1. mengatasi kecemasan, depresi, atau masalah kesehatan mental lainnya,
 2. meningkatkan kewaspadaan terhadap isu masalah yang mungkin terjadi pada dirinya, dan
 3. mempunyai motivasi untuk mencari bantuan bila menghadapi masalah.

Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat (PKHS)

Dalam menangani kesehatan remaja perlu tetap diingat dengan optimisme bahwa bila remaja dibekali dengan keterampilan hidup sehat maka remaja akan sanggup menangkal pengaruh yang merugikan bagi kesehatannya. Pendidikan keterampilan hidup sehat merupakan adaptasi dari *life skills education* (LSE). Sedangkan *life skills* atau keterampilan hidup adalah kemampuan psikososial seseorang untuk memenuhi kebutuhan, dan mengatasi masalah dalam kehidupan sehari-hari secara efektif.

Keterampilan ini mempunyai peran penting dalam promosi kesehatan dalam lingkup yang luas, yaitu kesehatan fisik, mental, dan sosial. Contoh yang jelas bahwa peningkatan keterampilan psikososial ini dapat memberi kontribusi yang berarti dalam kehidupan keseharian adalah keterampilan mengatasi masalah perilaku yang berkaitan dengan ketidakmampuan mengatasi stres dan tekanan dalam hidup dengan baik. Keterampilan psikososial di bidang kesehatan dikenal dengan istilah PKHS. Pendidikan keterampilan hidup sehat dapat diberikan secara berkelompok di mana saja, antara lain di sekolah, puskesmas, sanggar, rumah singgah, dan sebagainya.

Kompetensi psikososial tersebut meliputi 10 aspek keterampilan, yaitu:

Pengambilan keputusan

Pada remaja keterampilan pengambilan keputusan ini berperan konstruktif dalam menyelesaikan masalah berkaitan dengan hidupnya. Keputusan yang salah tak jarang mengakibatkan masa depan menjadi suram.

Pemecahan masalah

Masalah yang tak terselesaikan yang terjadi karena kurangnya keterampilan pengambilan keputusan akan menyebabkan stres dan ketegangan fisik.

Berpikir kreatif

Berpikir kreatif akan membantu pengambilan keputusan dan pemecahan masalah. Berpikir kreatif terealisasi karena adanya kesanggupan untuk menggali alternatif yang ada dan mempertimbangkan sisi baik dan buruk dari tindakan yang akan diambil. Meski tak menghasilkan suatu keputusan, berpikir kreatif akan membantu remaja merespons secara fleksibel segala situasi dalam keseharian hidup.

Berpikir kritis

Merupakan kesanggupan untuk menganalisa informasi dan pengalaman secara objektif. Hal ini akan membantu mengenali dan menilai faktor yang memengaruhi sikap dan perilaku, misalnya tata-nilai, tekanan teman sebaya, dan media.

Komunikasi efektif

Komunikasi ini akan membuat remaja dapat mengekspresikan dirinya baik secara verbal maupun non-verbal. Harus disesuaikan antara budaya dan situasi, dengan cara menyampaikan keinginan, pendapat, kebutuhan dan kekhawatirannya. Hal ini akan mempermudah remaja untuk meminta nasihat atau pertolongan bilamana mereka membutuhkan.

Hubungan interpersonal

Membantu menjalin hubungan dengan cara positif dengan orang lain, sehingga mereka dapat menciptakan persahabatan, meningkatkan hubungan baik sesama anggota keluarga, untuk mendapatkan dukungan sosial, dan yang terpenting adalah mereka dapat mempertahankan hubungan tersebut. Hubungan interpersonal ini sangat penting untuk kesejahteraan mental remaja itu sendiri. Keahlian ini diperlukan juga agar terampil dalam mengakhiri hubungan yang tidak sehat dengan cara yang positif.

Kesadaran diri

Merupakan keterampilan pengenalan terhadap diri, sifat, kekuatan dan kelemahan, serta pengenalan akan hal yang disukai dan dibenci. Kesadaran diri akan mengembangkan kepekaan pengenalan dini akan adanya stres dan tekanan yang harus dihadapi. Kesadaran diri ini harus dimiliki untuk menciptakan komunikasi yang efektif dan hubungan interpersonal yang baik, serta mengembangkan empati terhadap orang lain.

Empati

Dengan empati, meskipun dalam situasi yang tidak di kenal dengan baik, remaja mampu membayangkan bagaimana kehidupan orang lain. Empati melatih remaja untuk mengerti dan menerima orang lain yang mungkin berbeda dengan dirinya, dan juga membantu menimbulkan perilaku positif terhadap sesama yang mengalaminya.

Mengendalikan emosi

Keterampilan mengenali emosi diri dan orang lain, serta mengetahui bagaimana emosi dapat memengaruhi perilaku, memudahkan menggali kemampuan merespons emosi dengan benar. Mengendalikan dan mengatasi emosi diperlukan karena luapan emosi kemarahan atau kesedihan dapat merugikan kesehatan bila tidak disikapi secara benar.

Mengatasi stres

Pengenalan stres dan mengetahui bagaimana pengaruhnya terhadap tubuh, membantu mengontrol stres, dan mengurangi sumber penyebabnya. Misalnya membuat perubahan di lingkungan sekitar atau merubah cara hidup (*lifestyle*). Diajarkan pula bagaimana bersikap santai sehingga tekanan yang terjadi oleh stres yang tak terhindarkan tidak berkembang menjadi masalah kesehatan yang serius. Dengan menerapkan ajaran PKHS, remaja dapat mengambil keputusan segera untuk menolak ajakan tersebut, merasa yakin akan kemampuannya menolak ajakan tersebut, berpikir kreatif untuk mencari cara penolakan agar tidak menyakiti hati temannya dan mengerahkan kemampuan berkomunikasi secara efektif dan mengendalikan emosi, sehingga penolakan akan berhasil dilaksanakan dengan mulus.

Dalam menghindari diri dari tindak kekerasan baik fisik ataupun mental, beberapa kompetensi dari *life skills* ini dapat membantu remaja mengambil keputusan agar dapat merespons ancaman atau tindak kekerasan tersebut. Kekerasan fisik termasuk kekerasan seksual dapat dihindari dengan berpikir kritis dan kreatif serta menggunakan komunikasi efektif untuk menghindari dan menyelamatkan diri dari ancaman tersebut. Kekerasan mental (tekanan, pelecehan, penghinaan) tidak menimbulkan akibat psikis apabila kompetensi *life skills* diterapkan seperti berpikir kreatif, pengendalian emosi dan komunikasi efektif.

Pelaksanaan PKHS di puskesmas selain untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan hidup sehat juga menimbulkan rasa gembira bagi remaja sehingga dapat menjadi daya tarik untuk berkunjung kali berikut, serta mendorong melakukan promosi tentang adanya PKPR di puskesmas kepada temannya dan menjadi sumber penular pengetahuan dan keterampilan hidup sehat kepada teman-temannya.

Pelatihan pendidik sebaya dan konselor sebaya

Pelatihan ini merupakan salah satu upaya nyata mengikut sertakan remaja sebagai salah satu syarat keberhasilan PKPR. Dengan melatih remaja menjadi kader kesehatan remaja atau konselor sebaya dan pendidik sebaya, beberapa keuntungan diperoleh, yaitu kelompok ini berperan sebagai agen perubahan di antara kelompok sebayanya agar berperilaku sehat. Lebih dari itu, kelompok ini terlibat dan siap membantu dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi PKPR. Kader yang berminat, berbakat, dan sering menjadi tempat “curhat” bagi teman yang membutuhkannya dapat diberikan pelatihan tambahan untuk memperdalam keterampilan *interpersonal relationship* dan konseling.

Ringkasan

Remaja berada dalam masa transisi atau peralihan dari masa anak-anak untuk menjadi dewasa. Secara fisik, remaja dapat dikatakan sudah matang tetapi secara psikis atau kejiwaan belum matang. Oleh karena itu, kelompok anak usia remaja dianggap termasuk dalam kelompok berisiko untuk terkena berbagai masalah termasuk kesehatan. Beberapa sifat remaja yang menyebabkan tingginya risiko antara lain rasa keingintahuan yang besar tetapi kurang mempertimbangkan akibat dan suka mencoba hal-hal baru untuk mencari jati diri. Bila tidak diberikan informasi atau pelayanan remaja yang tepat dan benar, maka perilaku remaja sering mengarah kepada perilaku yang berisiko, seperti penyalahgunaan NAPZA (Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya), perilaku yang menyebabkan mudah terkena infeksi HIV dan AIDS, Infeksi menular seksual (IMS), masalah gizi (anemia atau kurang darah, kurang energi kronis (KEK), obesitas atau kegemukan) dan perilaku seksual yang tidak sesuai dengan norma-norma yang berlaku.

Tujuan Program PKPR adalah meningkatkan kesehatan remaja, meningkatkan kesehatan reproduksi remaja, mencegah penanggulangan infeksi saluran reproduksi, termasuk PMS, HIV dan AIDS, meningkatkan pola hidup bersih dan sehat di sekolah dan mencegah penggunaan obat narkotik.

Jenis kegiatan atau program kerja PKPR adalah pemberian informasi dan edukasi, pelayanan klinis medis termasuk pemeriksaan penunjang dan rujukannya, konseling dan pendidikan keterampilan hidup sehat (PKHS).

LATIHAN

PETUNJUK MENERJAKAN SOAL:

- I. **Untuk option jawaban abjad**, petunjuknya yaitu :
Pilihlah jawaban pertanyaan yang paling tepat atau saudara anggap benar dengan memberikan tanda silang (**x**) pada lembar jawaban
 - II. **Untuk option jawaban angka**, pilihlah dengan ketentuan:
A = jika jawaban 1, 2 dan 3 benar
B = jika jawaban 1 dan 3 benar
C = jika jawaban 2 dan 4 benar
D = jika jawaban 4 saja benar
E = jika jawaban semua benar/salah
-
1. Kriteria pelayanan kesehatan peduli remaja yaitu:
 1. Karakteristik kebijakan program
 2. Karakteristik staf pemberi pelayanan
 3. Karakteristik partisipasi remaja
 4. Karakteristik lingkungan
 2. Biaya pelayanan terjangkau dan waktu tunggu harus sesingkat mungkin merupakan salah satu karakteristik pada:
 - a. Karakteristik kebijakan program
 - b. Karakteristik staf pemberi pelayanan
 - c. Karakteristik partisipasi remaja
 - d. Karakteristik lingkungan
 - e. Karakteristik prosedur pelayanan
 3. Kegiatan yang merupakan program informasi dan edukasi PKPR adalah....
 - a. Pelayanan pemeriksaan kesehatan
 - b. Pelayanan pemeriksaan penunjang jika diperlukan
 - c. Pendidikan keterampilan hidup sehat
 - d. Penyampaian materi remaja melalui media cetak
 - e. Membantu remaja dalam mengatasi masalah yang dihadapinya
 4. Kesanggupan untuk menggali alternatif yang ada dan mempertimbangkan sisi baik dan buruk dari tindakan yang akan diambil termasuk dalam kompetensi psikososial yang harus dikuasai remaja, yaitu....
 - a. Berpikir kreatif
 - b. Pemecahan masalah
 - c. Pengambilan keputusan
 - d. Komunikasi efektif
 - e. Mengatasi stress

5. Keterampilan pengenalan terhadap diri, sifat, kekuatan dan kelemahan, serta pengenalan akan hal yang disukai dan dibenci disebut sebagai...
 - a. Hubungan interpersonal
 - b. Komunikasi efektif
 - c. Kesadaran diri
 - d. Empati
 - e. Mengendalikan emosi

BAB VIII USIA LANJUT

KOMPETENSI

Kompetensi Umum

Setelah mengikuti perkuliahan pada materi ini, mahasiswa mampu menjelaskan tentang usia lanjut (lansia).

Kompetensi Khusus

Setelah mendapatkan perkuliahan ini mahasiswa akan dapat menjelaskan:

- a. Proses menua.
- b. Pembagian kelompok usia lanjut.
- c. Permasalahan pada lansia.

MATERI PEMBELAJARAN

Proses Menua

Proses menua adalah proses menghilangnya secara perlahan kemampuan tubuh untuk mengganti sel yang rusak dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap rangsangan (misalnya penyakit) dan tidak mampu memperbaiki kerusakan yang diderita (Bowen dkk., 2004; Birbrair dkk., 2013).

Aging atau menua adalah proses menjadi lebih tua yang menggambarkan perubahan seseorang seiring berjalannya waktu. Proses menua merupakan proses multidimensi dari fisik, psikologis dan sosial (Bowen dkk., 2004; Birbrair dkk., 2013).

Teori-teori yang mengemukakan tentang proses penuaan pada manusia adalah sebagai berikut:

Teori telomere

Telomere adalah bagian paling ujung dari DNA. Dengan adanya telomere, penggandaan DNA yang berlangsung sebelum pembelahan sel dapat dilakukan secara tuntas. Dengan demikian dikatakan bahwa telomere berperan dalam membatasi lama hidup (Mikhelson dkk., 2013).

Teori siklus sel reproduksi

Teori ini menyatakan bahwa proses menua dipengaruhi hormon reproduksi melalui sinyal sel yang terlibat dalam pertumbuhan dan perkembangan di masa awal kehidupan dan akan mempertahankan fungsi reproduksi di masa setelahnya (Bowen dkk., 2004). Gangguan sistem hormon akan diikuti oleh berkurangnya folikel hingga menjadi menopause, dan rusaknya sel Leydig dan sertoli sehingga menjadi *andropause*. Kondisi tersebut mengganggu sinyal siklus sel yang akan mengarah ke kematian dan disfungsi sel, disfungsi jaringan (munculnya penyakit), hingga kematian.

Teori kerusakan DNA

Kerusakan DNA menyebabkan sel berhenti membelah atau menginduksi apoptosis atau kematian sel terprogram. Kerusakan DNA itulah yang akan memicu kanker atau proses menua (Birbrair dkk., 2013).

Kerusakan DNA dapat dipicu oleh infeksi virus, rokok, sinau UV, dan faktor intrisik.

Teori autoimun

Teori ini menyatakan bahwa penuaan terjadi karena meningkatnya antibodi yang menyerang jaringan dari tubuh itu sendiri.

Teori mTOR

mTOR adalah protein yang menghambat degradasi sel. Ketika suatu organisme membatasi dietnya, aktivitas mTOR berkurang yang diikuti dengan peningkatan degradasi sel.

Teori Genetik Clock

Menua telah terprogram secara genetik. Tiap *species* mempunyai suatu jam genetik yang telah diputar menurut suatu replikasi tertentu. Jam ini akan menghitung mitosis dan akan menghentikan replikasi sel bila tidak diputar, jadi menurut konsep ini bila jam kita berhenti kita akan meninggal dunia, meskipun tanpa disertai kecelakaan lingkungan atau penyakit. Konsep ini didukung kenyataan bahwa ini merupakan cara menerangkan mengapa pada beberapa *species* terlihat adanya perbedaan harapan hidup yang nyata (Bernstein, 1991).

Teori radikal bebas

Radikal bebas menimbulkan kerusakan sel yang akan memicu munculnya tanda proses penuaan (Bernstein, 1991; Harman, 1981).

Teori Sosial

Teori tersebut menerangkan bahwa dengan berubahnya usia seseorang secara berangsur-angsur mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya. Keadaan ini mengakibatkan interaksi sosial lansia menurun, baik secara kualitatif maupun kuantitasnya sehingga sering terjadi kehilangan ganda yaitu:

- a. kehilangan peran (*Loss of Role*),
- b. hambatan kontak sosial (*Restriction of Contact and Relationships*),
- c. berkurangnya komitmen (*Reduced Commitment to Social Mores and Values*).

Teori Psikologi (Teori tugas perkembangan)

Menurut Hangskerst (1992), setiap individu harus memperhatikan tugas perkembangan yang spesifik pada tiap tahap kehidupan yang akan memberikan perasaan bahagia dan sukses. Tugas perkembangan yang spesifik ini tergantung pada maturasi fisik, penghargaan kultural masyarakat dan nilai serta aspirasi individu. Tugas perkembangan pada dewasa tua meliputi penerimaan adanya penurunan kekuatan fisik dan kesehatan, penerimaan masa pensiun dan penurunan *income*, penerimaan adanya kematian dari pasangannya dan orang-orang yang berarti bagi dirinya. Mempertahankan hubungan dengan grup yang seusianya, adopsi dan adaptasi dengan peran sosial secara fleksibel dan mempertahankan kehidupan secara memuaskan.

Pembagian Kelompok Usia Lanjut

Pembagian kelompok usia lanjut akan dipaparkan sebagai berikut (Wijayanti, 2008):

Menurut Departemen Kesehatan RI

- a. Masa Virilitas atau menjelang usia lanjut : 45-54 tahun
- b. Masa Prasenium atau lansia dini : 55-64 tahun
- c. Masa Senium atau usia lanjut : >65 tahun
- d. Lansia berisiko tinggi : 70 tahun

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO)

- a. Usia Lanjut ini : 60-74 tahun
- b. Usia Tua : 75-89 tahun
- c. Usia Sangat Lanjut : >90 tahun

Permasalahan pada Lansia

Permasalahan yang seringkali dialami pada saat seseorang masuk pada masa lansia yaitu (Wijayanti, 2008):

- a. *Panca indera*: Sekresi saliva berkurang mengakibatkan pengeringan rongga mulut. Papil-papil pada permukaan lidah mengalami atrofi sehingga terjadi penurunan sensitivitas terhadap rasa terutama rasa manis dan asin. Keadaan ini akan mempengaruhi nafsu makan, dan dengan demikian asupan gizi juga akan terpengaruh. Indera penciuman, penglihatan dan pendengaran juga mengalami penurunan fungsi.
- b. *Esophagus*: Lapisan otot polos mulai melemah yang akan menyebabkan gangguan kontraksi dan reflek spontan sehingga terjadi kesulitan menelan dan makan menjadi tidak nyaman.
- c. *Lambung*: Pengosongan lambung lebih lambat, sehingga orang akan makan lebih sedikit karena lambung terasa penuh, terjadilah anoreksia. Penyerapan zat gizi berkurang dan produksi asam lambung menjadi lebih sedikit untuk mencerna makanan. Diatas umur 60 tahun, sekresi HCl dan pepsin berkurang, akibatnya absorpsi protein, vitamin dan zat besi menjadi berkurang. Terjadi *overgrowth* bakteri sehingga terjadi penurunan faktor intrinsik yang juga membatasi absorpsi vitamin B12. Fungsi asam empedu menurun menghambat pencernaan lemak dan protein, terjadi juga malabsorpsi lemak dan diare.
- d. *Tulang*: Kepadatan tulang akan menurun, sehingga akan mudah rapuh (keropos) dan patah.
- e. *Otot*: Penurunan berat badan sebagai akibat hilangnya jaringan otot dan jaringan lemak tubuh. Presentasi lemak tubuh bertambah pada usia 40 tahun dan berkurang setelah usia 70 tahun. Penurunan kekuatan otot mengakibatkan orang sering merasa letih dan merasa lemah, daya tahan tubuh menurun karena terjadi atrofi. Berkurangnya protein tubuh akan menambah lemak tubuh. Perubahan metabolisme lemak ditandai dengan naiknya kadar kolesterol total dan trigliserida.
- f. *Ginjal*: Fungsi ginjal menurun sekitar 55% antara usia 35–80 tahun.
- g. *Jantung dan pembuluh darah*: jumlah jaringan ikat pada jantung (baik katup maupun ventrikel) meningkat sehingga efisien fungsi pompa jantung berkurang. Pembuluh darah besar terutama aorta menebal dan

menjadi fibrosis. Pengerasan ini, selain mengurangi aliran darah dan meningkatkan kerja ventrikel kiri, juga mengakibatkan ketidakefisienan baroreseptor (tertanam pada dinding *aorta*, *arteri pulmonalis*, *sinus karotikus*). Kemampuan tubuh untuk mengatur tekanan darah berkurang.

- h. *Paru*: Elastisitas jaringan paru dan dinding dada berkurang, kekuatan kontraksi otot pernapasan menurun sehingga konsumsi oksigen akan menurun.
- i. *Endokrin*: Terjadi perubahan dalam kecepatan dan jumlah sekresi, respon terhadap stimulasi serta struktur kelenjar endokrin testotestosterone, estrogen dan progesterone.
- j. *Kulit dan rambut*: Kulit berubah menjadi tipis, kering, keriput dan tidak elastis lagi. Rambut rontok dan berwarna putih, kering dan tidak mengkilat.
- k. *Sistem imun*: Penurunan fungsi imun yang berakibat tingginya kemungkinan terjadinya infeksi dan keganasan.

Ringkasan

Proses menua adalah proses menghilangnya secara perlahan kemampuan tubuh untuk mengganti sel yang rusak dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap rangsangan (misalnya penyakit) dan tidak mampu memperbaiki kerusakan yang diderita. Teori-teori yang mengemukakan tentang proses penuaan pada manusia adalah teori telomere, teori siklus sel reproduksi, teori kerusakan DNA, teori autoimun, teori mTOR, teori genetik clock, teori radikal bebas, teori sosial dan teori psikologi (teori tugas perkembangan).

Pembagian kelompok usia lanjut akan dipaparkan sebagai berikut:

Menurut Departemen Kesehatan RI

- a. Masa Virilitas atau menjelang usia lanjut : 45-54 tahun
- b. Masa Prasenium atau lansia dini : 55-64 tahun
- c. Masa Senium atau usia lanjut : >65 tahun
- d. Lansia berisiko tinggi : 70 tahun

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO)

- a. Usia Lanjut ini : 60-74 tahun
- b. Usia Tua : 75-89 tahun
- c. Usia Sangat Lanjut : >90 tahun

Permasalahan yang seringkali dialami pada saat seseorang masuk pada masa lansia yaitu:

- a. Panca indera: Sekresi saliva berkurang mengakibatkan pengeringan rongga mulut.
- b. Esophagus: Lapisan otot polos mulai melemah yang akan menyebabkan gangguan kontraksi dan reflek spontan sehingga terjadi kesulitan menelan dan makan menjadi tidak nyaman.
- c. Lambung: Pengosongan lambung lebih lambat, sehingga orang akan makan lebih sedikit karena lambung terasa penuh, terjadilah anoreksia.

- d. Tulang: Kepadatan tulang akan menurun, sehingga akan mudah rapuh (keropos) dan patah.
- e. Otot: Penurunan berat badan sebagai akibat hilangnya jaringan otot dan jaringan lemak tubuh. Presentasi lemak tubuh bertambah pada usia 40 tahun dan berkurang setelah usia 70 tahun. Penurunan kekuatan otot mengakibatkan orang sering merasa letih dan merasa lemah, daya tahan tubuh menurun karena terjadi atrofi.
- f. Ginjal: Fungsi ginjal menurun sekitar 55% antara usia 35–80 tahun.
- g. Jantung dan pembuluh darah: jumlah jaringan ikat pada jantung (baik katup maupun ventrikel) meningkat sehingga efisien fungsi pompa jantung berkurang.
- h. Paru: Elastisitas jaringan paru dan dinding dada berkurang, kekuatan kontraksi otot pernapasan menurun sehingga konsumsi oksigen akan menurun.
- i. Endokrin: Terjadi perubahan dalam kecepatan dan jumlah sekresi, respon terhadap stimulasi serta struktur kelenjar endokrin testosterone, estrogen dan progesterone.
- j. Kulit dan rambut: Kulit berubah menjadi tipis, kering, keriput dan tidak elastis lagi. Rambut rontok dan berwarna putih, kering dan tidak mengkilat.
- k. Sistem imun: Penurunan fungsi imun yang berakibat tingginya kemungkinan terjadinya infeksi dan keganasan.

LATIHAN

PETUNJUK MENERJAKAN SOAL:

- I. Untuk **option jawaban abjad**, petunjuknya yaitu :
Pilihlah jawaban pertanyaan yang paling tepat atau saudara anggap benar dengan memberikan tanda silang (**x**) pada lembar jawaban
 - II. Untuk **option jawaban angka**, pilihlah dengan ketentuan:
A = jika jawaban 1, 2 dan 3 benar
B = jika jawaban 1 dan 3 benar
C = jika jawaban 2 dan 4 benar
D = jika jawaban 4 saja benar
E = jika jawaban semua benar/salah
-
- 1. Teori-teori yang mengemukakan tentang proses penuaan pada manusia adalah sebagai berikut, yaitu:
 - 1. Teori telomere
 - 2. Teori siklus sel reproduksi
 - 3. Teori kerusakan DNA
 - 4. Teori autoimun

2. Teori sosial dalam proses penuaan pada manusia menerangkan bahwa dengan berubahnya usia seseorang secara berangsur-angsur mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya. Keadaan ini mengakibatkan interaksi sosial lansia menurun, baik secara kualitatif maupun kuantitasnya sehingga sering terjadi kehilangan ganda sebagai berikut yaitu:
 1. kehilangan peran (*loss of role*)
 2. hambatan kontak sosial (*restraction of contact and relationships*)
 3. berkurangnya komitmen (*Reduced commitment to social mores and values*)
 4. Kehilangan aktualisasi diri
3. Menurut Departemen Kesehatan RI masa lansia dini berada pada rentang usia....
 1. 45-54 tahun
 2. 55-64 tahun
 3. 65-70 tahun
 4. 70-85 tahun
 5. >90 tahun
4. Menurut Departemen Kesehatan RI masa lansia berisiko tinggi berada pada usia....
 - a. 45-54 tahun
 - b. 55-64 tahun
 - c. 65-70 tahun
 - d. 70 tahun
 - e. >90 tahun
5. Permasalahan yang seringkali dialami saat seseorang memasuki masa lansia adalah sebagai berikut, yaitu:
 1. Sekresi saliva berkurang mengakibatkan pengeringan rongga mulut Meningkatkan pengetahuan masyarakat umum tentang bahaya penyalahgunaan narkoba
 2. Pengosongan lambung lebih lambat, sehingga orang akan makan lebih sedikit karena lambung terasa penuh
 3. Kepadatan tulang menurun sehingga mudah mengalami keropos
 4. Penurunan berat badan

BAB IX POSYANDU LANSIA

KOMPETENSI

Kompetensi Umum

Setelah mengikuti perkuliahan pada materi ini, mahasiswa mampu menjelaskan tentang konsep posyandu lansia.

Kompetensi Khusus

Setelah mendapatkan perkuliahan ini mahasiswa akan dapat menjelaskan:

- a. Batasan posyandu lansia
- b. Tujuan dan mekanisme kegiatan posyandu lansia
- c. Kendala pelaksanaan posyandu lansia
- d. Bentuk pelayanan posyandu lansia
- e. KMS lansia

MATERI PEMBELAJARAN

Batasan Posyandu Lansia

Penduduk usia lanjut tidak termasuk dalam kelompok angkatan kerja sehingga disebut kelompok penduduk yang tidak produktif, tetapi sekarang banyak dijumpai orang yang sudah berusia 55 tahun atau 65 tahun ke atas yang masih bekerja. Keadaan itu memperlihatkan bahwa rasio ketergantungan dari kelompok usia <15 tahun dan >55 tahun terhadap usia produktif harus diubah, karena untuk saat ini kurang sesuai dengan kenyataan kependudukan. Jumlah lansia akan meningkat di masa mendatang seiring dengan meningkatnya usia harapan hidup (Wijayanti, 2008).

Jumlah lansia akan naik lebih cepat daripada jumlah anak atau jumlah pertumbuhan penduduk keseluruhan, dapat dihitung dengan rumus geometrik, ini menghasilkan bahwa golongan lansia di Indonesia akan naik 3,96% setahunnya, sedangkan angka pertumbuhan anak di bawah 15 tahun hanya naik 0,49 % per tahun.

Seiring dengan meningkatnya populasi lansia, pemerintah telah merumuskan berbagai kebijakan pelayanan kesehatan usia lanjut ditujukan untuk meningkatkan derajat kesehatan dan mutu kehidupan lansia untuk mencapai masa tua bahagia dan berdaya guna dalam kehidupan keluarga dan masyarakat sesuai dengan keberadaannya. Wujud nyata pelayanan sosial dan kesehatan yang dicanangkan pemerintah untuk kelompok usia lanjut melalui beberapa jenjang, yaitu pelayanan kesehatan di tingkat masyarakat adalah posyandu lansia, pelayanan kesehatan lansia tingkat dasar adalah Puskesmas, dan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan adalah Rumah Sakit (Wijayanti, 2008).

Posyandu lansia adalah pos pelayanan terpadu untuk masyarakat usia lanjut di suatu wilayah tertentu yang sudah disepakati, yang digerakkan oleh masyarakat dimana mereka dapat mendapatkan pelayanan kesehatan. Posyandu lansia merupakan pengembangan dari kebijakan pemerintah

melalui pelayanan kesehatan bagi lansia yang penyelenggaraannya melalui program Puskesmas dengan melibatkan peran serta para lansia, keluarga, tokoh masyarakat dan organisasi sosial dalam penyelenggaraannya.

Tujuan dan Mekanisme Pelayanan Posyandu Lansia

Tujuan Pembentukan Posyandu Lansia

Tujuan pembentukan posyandu lansia secara garis besar antara lain (Depkes RI, 2005):

- a. Meningkatkan jangkauan pelayanan kesehatan lansia di masyarakat, sehingga terbentuk pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan lansia.
- b. Mendekatkan pelayanan dan meningkatkan peran serta masyarakat dan swasta dalam pelayanan kesehatan disamping meningkatkan komunikasi antara masyarakat usia lanjut.

Mekanisme Pelayanan Posyandu Lansia

Pelayanan yang diselenggarakan dalam posyandu lansia tergantung pada mekanisme dan kebijakan pelayanan kesehatan di suatu wilayah kabupaten maupun kota penyelenggara. Ada yang menyelenggarakan posyandu lansia sistem 5 meja seperti posyandu balita, ada juga hanya menggunakan sistem pelayanan 3 meja, dengan kegiatan sebagai berikut:

- a. Meja I: pendaftaran lansia, pengukuran dan penimbangan berat badan dan/atau tinggi badan.
- b. Meja II: melakukan pencatatan berat badan, tinggi badan, indeks massa tubuh (IMT). Pelayanan kesehatan seperti pengobatan sederhana dan rujukan kasus juga dilakukan di meja II ini.
- c. Meja III: melakukan kegiatan penyuluhan atau konseling, disini juga bisa dilakukan pelayanan pojok gizi.

Kendala Pelaksanaan Posyandu Lansia

Beberapa kendala yang dihadapi lansia dalam mengikuti kegiatan posyandu antara lain (Sumiati, dkk, 2012):

- a. *Pengetahuan lansia yang rendah tentang manfaat posyandu.* Pengetahuan lansia akan manfaat posyandu ini dapat diperoleh dari pengalaman pribadi dalam kehidupan sehari-hari. Dengan menghadiri kegiatan posyandu, lansia akan mendapatkan penyuluhan tentang bagaimana cara hidup sehat dengan segala keterbatasan atau masalah kesehatan yang melekat pada mereka. Dengan pengalaman ini, pengetahuan lansia menjadi meningkat, yang menjadi dasar pembentukan sikap dan dapat mendorong minat atau motivasi mereka untuk selalu mengikuti kegiatan posyandu lansia
- b. *Jarak rumah dengan lokasi posyandu yang jauh atau sulit dijangkau.* Jarak posyandu yang dekat akan membuat lansia mudah menjangkau posyandu tanpa harus mengalami kelelahan atau kecelakaan fisik karena penurunan daya tahan atau kekuatan fisik tubuh. Kemudahan dalam menjangkau lokasi posyandu ini berhubungan dengan faktor keamanan atau keselamatan bagi lansia. Jika lansia merasa aman atau merasa mudah untuk menjangkau lokasi posyandu tanpa harus menimbulkan

kelelahan atau masalah yang lebih serius, maka hal ini dapat mendorong minat atau motivasi lansia untuk mengikuti kegiatan posyandu. Dengan demikian, keamanan ini merupakan faktor eksternal dari terbentuknya motivasi untuk menghadiri posyandu lansia.

- c. *Kurangnya dukungan keluarga untuk mengantar maupun mengingatkan lansia untuk datang ke posyandu.* Dukungan keluarga sangat berperan dalam mendorong minat atau kesediaan lansia untuk mengikuti kegiatan posyandu lansia. Keluarga bisa menjadi motivator kuat bagi lansia apabila selalu menyediakan diri untuk mendampingi atau mengantar lansia ke posyandu, mengingatkan lansia jika lupa jadwal posyandu, dan berusaha membantu mengatasi segala permasalahan bersama lansia.
- d. *Sikap yang kurang baik terhadap petugas posyandu.* Penilaian pribadi atau sikap yang baik terhadap petugas merupakan dasar atas kesiapan atau kesediaan lansia untuk mengikuti kegiatan posyandu. Dengan sikap yang baik tersebut, lansia cenderung untuk selalu hadir atau mengikuti kegiatan yang diadakan di posyandu lansia. Hal ini dapat dipahami karena sikap seseorang adalah suatu cermin kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu obyek. Kesiapan merupakan kecenderungan potensial untuk bereaksi dengan cara-cara tertentu apabila individu dihadapkan pada stimulus yang menghendaki adanya suatu respons.

Bentuk Pelayanan Posyandu Lansia

Pelayanan Kesehatan di Posyandu lanjut usia meliputi pemeriksaan kesehatan fisik dan mental emosional yang dicatat dan dipantau dengan Kartu Menuju Sehat (KMS) untuk mengetahui lebih awal penyakit yang diderita (deteksi dini) atau ancaman masalah kesehatan yang dihadapi. Jenis pelayanan kesehatan yang diberikan kepada usia lanjut di posyandu lansia adalah (Depkes RI, 2002):

- a. *Pemeriksaan aktivitas kegiatan sehari-hari* meliputi kegiatan dasar dalam kehidupan, seperti makan dan minum, berjalan, mandi, berpakaian, naik turun tempat tidur, buang air besar atau kecil dan sebagainya.
- b. *Pemeriksaan status mental.* Pemeriksaan ini berhubungan dengan mental emosional dengan menggunakan pedoman metode 2 menit.
- c. *Pemeriksaan status gizi* melalui penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan dan dicatat pada grafik indeks masa tubuh (IMT).
- d. *Pengukuran tekanan darah* menggunakan tensimeter dan stetoskop serta penghitungan denyut nadi selama satu menit.
- e. *Pemeriksaan hemoglobin* menggunakan *talquist*, sahli atau *cuprisulfat*.
- f. *Pemeriksaan adanya gula dalam air seni* sebagai deteksi awal adanya penyakit gula (diabetes mellitus).
- g. *Pemeriksaan adanya zat putih telur* (protein) dalam air seni sebagai deteksi awal adanya penyakit ginjal.
- h. *Pelaksanaan rujukan ke Puskesmas* bilamana ada keluhan dan atau ditemukan kelainan pada pemeriksaan butir 1 hingga 7.
- i. *Penyuluhan kesehatan.*

KMS Lansia

KMS Usia Lanjut (Usila) adalah alat untuk mencatat kesehatan usia lanjut secara pribadi baik fisik maupun psiko-sosialnya. KMS ini diisi oleh petugas kesehatan di Puskesmas tiap kunjungan dan disimpan oleh usia lanjut sendiri. Manfaat KMS ini adalah:

- a. untuk memantau kesehatan usia lanjut,
- b. untuk memantau secara dini penyakit pada usia lanjut.

KMS usia lanjut terdiri dari halaman bermuka dua, halaman luar dan dalam (Depkes RI, 2002):

- a. Halaman luar dibagi menjadi tiga bagian. Bagian tengah bertuliskan judul, nama Puskesmas atau Puskesmas Pembantu, dan nomor register. Bagian kiri berisi format untuk membantu menghitung nilai psiko-sosial. Bagian kanan adalah ruang untuk mencatat keluhan dan tindakan atau rujukan bagi usia lanjut sesuai dengan hal-hal yang perlu diperhatikan, seperti tercantum di bawahnya.
- b. Halaman dalam merupakan lembar untuk mencatat identitas selengkapnya usia lanjut pemilik KMS. Data kesehatan usia Lanjut hasil pemeriksaan fisik dan psiko-sosial, berikut nilai-nilai normalnya.

Petunjuk Pengisian KMS Usia Lanjut akan diisi dengan hal-hal sebagai berikut:

a. Identitas Usia Lanjut

Tuliskan identitas selengkapnya usia lanjut pemilik KMS yang terdapat pada halaman dalam, bagian atas. Coretlah data yang tidak sesuai. Lalu ukur tinggi badan dalam sentimeter tanpa alas kaki dalam keadaan berdiri tegak atau posisi yang tersedia (dilakukan hanya pada kunjungan pertama).

b. Tanggal Kunjungan

Isilah tanggal pada kolom kunjungan pertama, kedua dan seterusnya setiap kali diadakan pemantauan usia lanjut.

c. Indeks Massa Tubuh (IMT)

Pada tiap kunjungan, timbanglah berat badan tanpa alas kaki dan catat di kolom yang tersedia. Hitung IMT menurut rumus $(BB) \text{ kg} : (TB \times TB) \text{ m}$. Cocokkan dengan nilai normalnya yaitu Pria 20-25, Wanita 18-24. Alternatif lain ialah menggunakan Normogram IMT yang terdapat di halaman dalam KMS. Berilah tanda (v) kolom yang sesuai (kurang, normal, atau lebih).

d. Tekanan Darah

Ukur tekanan darah dengan tensimeter dan stetoskop. Catat angka sistol dan diastol pada kolom yang tersedia. Cocokkan dengan nilai normalnya. Sistol 120-160, diastol <90 mmHg. Apabila salah satu dari *sistole* atau *diastole*, atau keduanya di atas normal, maka masuk kriteria "tinggi". Bila *sistole* atau *diastole* di bawah normal, maka masuk kriteria "rendah". Berilah tanda (v) kolom sesuai (tinggi, normal, rendah). Tanyakan apakah waktu itu sedang minum obat tekanan darah. Beri tanda (v) pada kolom yang tersedia "ya".

e. Kadar Gula

Periksalah kadar gula melalui pemeriksaan reduksi urin, dan hasilnya dicatat dengan menandai (v) kolom yang sesuai (positif atau normal). Bila positif, tulis jumlahnya pada kolom yang tersedia. Tanyakan pada waktu itu apakah sedang minum obat untuk kencing manis. Jika “ya”, beri tanda (v) pada kolom yang tersedia.

f. Hemoglobin (Hb)

Periksalah Hb dengan salah satu dari cara *Talquist*, *Sahli* atau *Cuprisufat*. Catatlah hasilnya pada kolom yang tersedia. Tandai % apabila memakai cara *Talquist*, tandai g% bila menggunakan cara *Sahli* atau *Cuprisufat*. Cocokkan dengan nilai normalnya, yaitu: $\geq 70\%$ untuk pria atau wanita jika memakai cara *Talquist*, 13% untuk pria dan 12g% untuk wanita bila menggunakan cara *Sahli* atau *Cuprisufat*. Berilah tanda (v) kolom yang sesuai (kurang atau normal).

g. Kegiatan hidup sehari-hari

Tanyakan kepada usia lanjut atau keluarganya, apakah usia lanjut masih mampu melakukan kegiatan hidup sehari-hari tanpa bantuan sama sekali (mandiri=kategori C). Ataukah ada gangguan dalam melakukannya sendiri, hingga kadang-kadang perlu bantuan (ada gangguan=kategori B). Ataukah sama sekali tidak mampu melakukan kegiatan sehari-hari, sehingga sangat tergantung bantuan orang lain (ketergantungan=kategori A). Kegiatan hidup sehari-hari yang dimaksud adalah:

- a. Kegiatan dasar dalam kehidupan, seperti: makan atau minum, berjalan, mandi, berpakaian, naik turun tempat tidur, buang air besar atau kecil dan sebagainya.
- b. Kegiatan melakukan pekerjaan rumah tangga, seperti: memasak, mencuci, berkebun dan sebagainya.
- c. Kegiatan melakukan pekerjaan di luar rumah, seperti: berbelanja, mencari nafkah, mengambil pensiun, arisan, pengajian, dan lain-lain.
Berilah tanda (v) pada kolom yang sesuai (ketergantungan, ada gangguan, mandiri).

h. Psiko-sosial

Lakukan pemeriksaan psiko-sosial, dengan menggunakan pedoman berikut ini, melalui wawancara atau pengamatan langsung. Pakailah lembar penilaian psiko-sosial di halaman luar bagian kiri, untuk membantu pencatatan hasil pemeriksaan tiap komponen psiko-sosial, (I/O, KM, DF, AP, KK, GS).

Hasil penjumlahan masing-masing komponen dicocokkan dengan nilai normal TFK (Total Penilaian Potensi), sebagai berikut:

TFK (I/O+KM)	:	TPP (DF+AP+KK+GS)
normal = 18-16		normal = 0-3
ringan = 15-12		ringan = 0-3
sedang = 11-8		sedang = 8-12
berat = ≤ 7		berat = 13-16

Berilah tanda (v) pada kolom yang sesuai (normal, ringan, sedang dan berat) bagi penilaian TFK dan TOPP.

Penilaian psiko-sosial usia lanjut terdiri dari:

- a. Penilaian Fungsi Kognitif (TFK): penilaian kemampuan usia lanjut dalam menerima dan menyampaikan informasi serta menyesuaikan dengan lingkungannya (Informasi atau Orientasi = I/O dan penilaian kemampuan mental (KM)). Penilaian ini dilakukan dengan memberi skor terhadap jawaban usia lanjut yang benar, sesuai dengan daftar pertanyaan yang ada. Pertanyaan ini dapat disesuaikan dengan situasi dan kondisi usia lanjut. Untuk penilaian kemampuan mental, bila usia lanjut yang diperiksa buta huruf, penilaian ini dapat ditiadakan, sehingga TFK = I/O. Penilaian masing-masing komponen dapat dikategorikan “berat, sedang, ringan atau normal”, sesuai dengan daftar yang ada.

Ringkasan

Posyandu lansia adalah pos pelayanan terpadu untuk masyarakat usia lanjut di suatu wilayah tertentu yang sudah disepakati, yang digerakkan oleh masyarakat dimana mereka dapat mendapatkan pelayanan kesehatan. Posyandu lansia merupakan pengembangan dari kebijakan pemerintah melalui pelayanan kesehatan bagi lansia yang penyelenggaraannya melalui program Puskesmas dengan melibatkan peran serta para lansia, keluarga, tokoh masyarakat dan organisasi sosial dalam penyelenggaraannya.

Tujuan pembentukan posyandu lansia secara garis besar antara lain:

- a. Meningkatkan jangkauan pelayanan kesehatan lansia di masyarakat, sehingga terbentuk pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan lansia.
- b. Mendekatkan pelayanan dan meningkatkan peran serta masyarakat dan swasta dalam pelayanan kesehatan disamping meningkatkan komunikasi antara masyarakat usia lanjut.

Mekanisme pelayanan posyandu lansia menggunakan sistem pelayanan 3 meja, dengan kegiatan sebagai berikut:

- a. Meja I: pendaftaran lansia, pengukuran dan penimbangan berat badan dan/atau tinggi badan.
- b. Meja II: melakukan pencatatan berat badan, tinggi badan, indeks massa tubuh (IMT). Pelayanan kesehatan seperti pengobatan sederhana dan rujukan kasus juga dilakukan di meja II ini.
- c. Meja III: melakukan kegiatan penyuluhan atau konseling, disini juga bisa dilakukan pelayanan pojok gizi.

Beberapa kendala yang dihadapi lansia dalam mengikuti kegiatan posyandu antara lain:

- a. Pengetahuan lansia yang rendah tentang manfaat posyandu.
- b. Jarak rumah dengan lokasi posyandu yang jauh atau sulit dijangkau.

- c. Kurangnya dukungan keluarga untuk mengantar maupun mengingatkan lansia untuk datang ke posyandu.
- d. Sikap yang kurang baik terhadap petugas posyandu.
Jenis pelayanan kesehatan yang diberikan kepada usia lanjut di posyandu lansia adalah:
 - a. Pemeriksaan aktivitas kegiatan sehari-hari
 - b. Pemeriksaan status mental
 - c. Pemeriksaan status gizi
 - d. Pengukuran tekanan darah
 - e. Pemeriksaan hemoglobin menggunakan talquist, sahli atau cuprisulfat
 - f. Pemeriksaan adanya gula dalam air seni sebagai deteksi awal adanya penyakit gula (diabetes mellitus)
 - g. Pemeriksaan adanya zat putih telur (protein) dalam air seni sebagai deteksi awal adanya penyakit ginjal
 - h. Pelaksanaan rujukan ke Puskesmas bilamana ada keluhan dan atau ditemukan kelainan pada pemeriksaan butir 1 hingga 7
 - i. Penyuluhan kesehatan

KMS Usia Lanjut (Usila) adalah alat untuk mencatat kesehatan usia lanjut secara pribadi baik fisik maupun psiko-sosialnya. KMS ini diisi oleh petugas kesehatan di Puskesmas tiap kunjungan dan disimpan oleh usia lanjut sendiri. Manfaat KMS ini adalah untuk memantau kesehatan usia lanjut dan memantau secara dini penyakit pada usia lanjut. Petunjuk Pengisian KMS Usia Lanjut akan diisi dengan hal-hal sebagai berikut:

- a. Identitas Usia Lanjut
- b. Tanggal Kunjungan
- c. Indeks Massa Tubuh (IMT)
- d. Tekanan Darah
- e. Kadar Gula
- f. Hemoglobin (Hb)
- g. Kegiatan hidup sehari-hari
- h. Psiko-sosial

LATIHAN

PETUNJUK MENERJAKAN SOAL:

- I. **Untuk *option* jawaban abjad**, petunjuknya yaitu :
 - Pilihlah jawaban pertanyaan yang paling tepat atau saudara anggap benar dengan memberikan tanda silang (**x**) pada lembar jawaban
 - Jangan lupa menuliskan Nama dan NIM dan Tanda Tangan
 - II. **Untuk *option* jawaban angka**, pilihlah dengan ketentuan:
 - A = jika jawaban 1, 2 dan 3 benar
 - B = jika jawaban 1 dan 3 benar
 - C = jika jawaban 2 dan 4 benar
 - D = jika jawaban 4 saja benar
 - E = jika jawaban semua benar/salah
-
1. Pelayanan yang dilakukan di Posyandu lansia pada meja II adalah sebagai berikut....
 - a. Pengukuran dan penimbangan berat badan dan atau tinggi badan
 - b. Pengobatan sederhana
 - c. Penyuluhan
 - d. Konseling
 - e. Pojok gizi
 2. Kendala dari faktor internal individu lansia yang mungkin akan dihadapi oleh pelaksana posyandu lansia dalam melaksanakan programnya adalah....
 - a. Pengalaman pribadi lansia yang kurang tentang manfaat posyandu
 - b. Jarak rumah dengan lokasi posyandu yang jauh atau sulit dijangkau
 - c. Kurangnya dukungan keluarga
 - d. Sikap petugas posyandu yang kurang baik
 - e. Pelayanan kesehatan posyandu lansia kurang optimal
 3. Masa berlaku KMS lansia adalah:
 - a. 1 tahun
 - b. 2 tahun
 - c. 3 tahun
 - d. 4 tahun
 - e. 5 tahun
 4. Pemeriksaan untuk lansia yang dilakukan rutin tiap bulan di posyandu lansia:
 - a. Pemeriksaan kadar Hb
 - b. Pemeriksaan reduksi gula di urine
 - c. Pemeriksaan protein urine
 - d. Pemeriksaan tekanan darah
 - e. Pemeriksaan kepadatan tulang

5. Kegiatan fisik dan psikososial yang dianjurkan pada lansia yang tercantum dalam KMS lansia adalah:
 - a. Memperbanyak minum air putih 6-8 gelas/hari
 - b. Mempertahankan berat badan normal
 - c. Memperbanyak konsumsi susu rendah lemak
 - d. Berhenti merokok dan minum alcohol
 - e. Mempebanyak konsumsi buah dan sayur

BAB X PROMOSI KESEHATAN UNTUK KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DAN LANSIA

KOMPETENSI

Kompetensi Umum

Setelah mengikuti perkuliahan pada materi ini, mahasiswa mampu menjelaskan tentang promosi kesehatan untuk kesehatan reproduksi remaja dan lansia.

Kompetensi Khusus

Setelah mendapatkan perkuliahan ini mahasiswa akan dapat menjelaskan:

- a. Batasan Promosi Kesehatan.
- b. Dimensi dan Tujuan Intervensi Perilaku.
- c. Konsep Pendidikan Kesehatan.
- d. Strategi Promosi Kesehatan.

MATERI PEMBELAJARAN

Batasan Promosi kesehatan

Promosi Kesehatan adalah ilmu dan seni membantu masyarakat menjadikan gaya hidup mereka sehat optimal. Kesehatan yang optimal didefinisikan sebagai keseimbangan kesehatan fisik, emosi, sosial, spiritual dan intelektual. Kesehatan bukan hanya perubahan gaya hidup, namun berkaitan dengan perubahan lingkungan yang diharapkan dapat lebih mendukung dalam membuat keputusan yang sehat. Perubahan gaya hidup dapat difasilitasi melalui penggabungan antara beberapa faktor (Kholid, 2012):

- a. menciptakan lingkungan yang mendukung
- b. mengubah perilaku
- c. meningkatkan kesadaran

Faktor perilaku merupakan faktor kedua terbesar yang pengaruhi status kesehatan (Blum). Upaya intervensi perilaku dalam bentuk (Kholid, 2012):

- a. Tekanan (*enforcement*)
 1. dalam bentuk peraturan, tekanan dan sanksi,
 2. perubahan cepat tapi tidak langgeng.
- b. Edukasi (*education*)
 1. melalui persuasi, himbauan, ajakan, kesadaran dll,
 2. perubahan lama tapi dapat langgeng.

Dimensi Intervensi Perilaku

- a. Perubahan perilaku: perubahan dari perilaku yang tidak kondusif ke yang kondusif bagi kesehatan.
- b. Pembinaan perilaku: mempertahankan perilaku sehat.
- c. Pengembangan perilaku: membiasakan hidup sehat bagi anak-anak.

Tujuan Intervensi Perilaku

- a. Mengurangi perilaku negatif bagi kesehatan
Misal: mengurangi kebiasaan menonton film porno.
- b. Mencegah meningkatnya perilaku negatif bagi kesehatan
Misal: mencegah meningkatnya perilaku seks bebas.
- c. Meningkatkan perilaku positif bagi kesehatan.
Misal: mendorong kebiasaan olah raga ringan untuk lansia.
- d. Mencegah menurunnya perilaku positif bagi kesehatan
Misal: mencegah menurunnya perilaku rajin memeriksakan diri ke posyandu usila.

Konsep Pendidikan Kesehatan

- a. Proses menjembatani GAP antara informasi kesehatan dan tindakan kesehatan (*President's Committee on Health Education*).
- b. Perpaduan berbagai pengalaman belajar yang dirancang untuk memudahkan adopsi secara sukarela perilaku yang kondusif bagi kesehatan (*Green et al, 1980*).

Konsep Promosi Kesehatan

- a. Proses untuk meningkatkan kemampuan orang dalam mengendalikan dan meningkatkan kesehatannya. Untuk mencapai keadaan sehat, seseorang atau kelompok harus mampu mengidentifikasi dan menyadari aspirasi, mampu memenuhi kebutuhan dan merubah atau mengendalikan lingkungan (*Piagam Ottawa, 1986*).
- b. Promosi kesehatan merupakan program yang dirancang untuk memberikan perubahan terhadap manusia, organisasi, masyarakat dan lingkungan.

Misi Promosi Kesehatan

- a. Advokat (*advocate*). Ditujukan kepada para pengambil keputusan atau pembuat kebijakan.
- b. Menjembatani (*mediate*). Menjalin kemitraan dengan berbagai program dan sektor yang terkait dengan kesehatan.
- c. Memampukan (*enable*). Agar masyarakat mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan secara mandiri.

Strategi Promosi Kesehatan (WHO, 1984)

- a. Advokasi (*advocacy*): agar pembuat kebijakan mengeluarkan peraturan yang menguntungkan kesehatan.
- b. Dukungan sosial (*social support*): agar kegiatan promosi kesehatan mendapat dukungan dari tokoh masyarakat.
- c. Pemberdayaan masyarakat (*empowerment*): agar masyarakat mempunyai kemampuan untuk meningkatkan kesehatannya.

Strategi Promkes (Piagam Ottawa, 1986)

- a. Kebijakan berwawasan kesehatan,
- b. Lingkungan yang mendukung,

- c. Reorientasi pelayanan kesehatan,
- d. Keterampilan individu, dan
- e. Gerakan masyarakat.

Sasaran Promosi Kesehatan

- a. *Sasaran primer*: sesuai misi pemberdayaan
Misal: orangtua siswa, remaja, lansia, keluarga lansia.
- b. *Sasaran sekunder*: sesuai misi dukungan sosial
Misal: tokoh masyarakat, tokoh adat, tokoh agama.
- c. *Sasaran tersier*: sesuai misi advokasi
Misal: pembuat kebijakan mulai dari pusat sampai ke daerah.

Ruang Lingkup Promkes

- a. Berdasarkan aspek kesehatan,
- b. Berdasarkan tatanan pelaksanaan (*setting*), dan
- c. Berdasarkan tingkat pelayanan.

Ringkasan

Promosi Kesehatan adalah ilmu dan seni membantu masyarakat menjadikan gaya hidup mereka sehat optimal. Kesehatan yang optimal didefinisikan sebagai keseimbangan kesehatan fisik, emosi, sosial, spiritual dan intelektual. Faktor perilaku merupakan faktor kedua terbesar yangengaruhi status kesehatan. Upaya intervensi perilaku dalam bentuk tekanan dan edukasi.

Dimensi intervensi perilaku berupa perubahan perilaku, pembinaan perilaku dan pengembangan perilaku. Adapun tujuannya adalah:

- a. Mengurangi perilaku negatif bagi kesehatan misalnya mengurangi kebiasaan menonton film porno.
- b. Mencegah meningkatnya perilaku negatif bagi kesehatan misalnya mencegah meningkatnya perilaku seks bebas.
- c. Meningkatkan perilaku positif bagi kesehatan misalnya mendorong kebiasaan olah raga ringan untuk lansia
- d. Mencegah menurunnya perilaku positif bagi kesehatan misalnya mencegah menurunnya perilaku rajin memeriksakan diri ke posyandu usila.

Konsep pendidikan kesehatan yaitu:

- a. Proses menjembatani GAP antara informasi kesehatan dan tindakan kesehatan (*President's Committee on Health Education*).
- b. Perpaduan berbagai pengalaman belajar yang dirancang untuk memudahkan adopsi secara sukarela perilaku yang kondusif bagi kesehatan (Green *et al*, 1980).

Strategi Promosi Kesehatan menurut WHO meliputi advokasi (*advocacy*), dukungan sosial (*social support*) dan pemberdayaan masyarakat (*empowerment*).

LATIHAN

PETUNJUK MENERJAKAN SOAL:

- I. **Untuk *option* jawaban abjad**, petunjuknya yaitu :
 - Pilihlah jawaban pertanyaan yang paling tepat atau saudara anggap benar dengan memberikan tanda silang (**x**) pada lembar jawaban
 - Jangan lupa menuliskan Nama dan NIM dan Tanda Tangan
 - II. **Untuk *option* jawaban angka**, pilihlah dengan ketentuan:
 - A = jika jawaban 1, 2 dan 3 benar
 - B = jika jawaban 1 dan 3 benar
 - C = jika jawaban 2 dan 4 benar
 - D = jika jawaban 4 saja benar
 - E = jika jawaban semua benar/salah
1. Bentuk edukasi yang dilakukan sebagai upaya perubahan perilaku adalah....
 - a. Memnbuat peraturan
 - b. Melakukan perubahan yang cepat
 - c. Memberikan sanksi jika melakukan kesalahan
 - d. Melakukan proses persuasi
 - e. Membuat kebijakan
 2. Membiasakan hidup sehat termasuk dalam dimensi perubahan perilaku berikut....
 - a. Perubahan perilaku
 - b. Pembinaan perilaku
 - c. Pengembangan perilaku
 - d. Pembentukan perilaku
 - e. Peningkatan perilaku
 3. Sasaran promosi kesehatan yang termasuk dalam sasaran sesuai misi advokasi adalah....
 - a. Sasaran primer
 - b. Sasaran sekunder
 - c. Sasaran tersier
 - d. Sasaran utama
 - e. Sasaran kunci
 4. Salah satu kriteria dalam pendidikan seks remaja adalah tidak boleh menghakimi, yaitu....
 - a. Tidak menyalahkan remaja yang bersangkutan
 - b. Menjalin kerjasama yang baik
 - c. Terbuka dan jujur
 - d. Menjadi pendengar yang baik
 - e. Dapat memberi tanggapan yang baik

5. Metode pendidikan seks harus menyesuaikan dengan ketertarikan remaja akan sesuatu hal, termasuk dalam strategi berikut yaitu....
 - a. Memiliki sensasi humor
 - b. Memiliki hubungan yang baik
 - c. Fleksibilitas
 - d. Memperhatikan kenyamanan
 - e. Memperhatikan efektifitas

PENUTUP

Buku ajar kesehatan reproduksi remaja dan lansia ini merupakan acuan bagi dosen dan mahasiswa dalam melaksanakan pembelajaran yang terkait dengan konsep dasar dari kesehatan reproduksi remaja dan permasalahan yang terjadi, selain itu juga kesehatan reproduksi bagi lansia. Dengan adanya buku ajar ini diharapkan adanya kesamaan pemahaman dalam penerapan materi dan mampu meningkatkan mutu pembelajaran sehingga menghasilkan lulusan yang berkualitas dan dapat dijadikan sebagai bekal apabila telah menyelesaikan pendidikan serta bekerja di bidang kesehatan reproduksi dan kesehatan ibu dan anak.

REFERENSI PENDUKUNG

- Abednego, HM. 1998. *Kemitraan Dalam Pelaksanaan Strategi Nasional Penanggulangan AIDS*. Jakarta: Depkes RI.
- Admosuharto, K. 1993. *Epidemiologi AIDS dan Strategi Pemberantasan di Indonesia*. Media Litbangkes. Vol. III, no. 4.
- Affandi, B. 1997. *Beberapa Informasi tentang Abortus*. Kompas, Minggu, 7 Desember 1997.
- Affandi, B., Gunardi, ER., Santoso, SSI., Hadisaputra, W., Djajadilaga. *Dampak Abortus terhadap Kesehatan Ibu di Indonesia*. MOGI.
- Atkinson. 1999. *Pengantar Psikologi*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Azhari. 2002. *Masalah Abortus dan Kesehatan Reproduksi Perempuan*. Palembang: Bagian Obstetri & Ginekologi FK Unsri.
- Azwar, S. 2002. *Sikap Manusia, Teori Dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar Offset.
- Baziad, A. 2003. *Menopause dan Andropause*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Bernstein, B. 1990. *The Structuring of Pedagogic Discourse (Vol. 4)*. London: Routledge & Keegan Paul.
- BKKBN. 2001. *Remaja Mengenai Dirinya*. Jakarta: BKKBN.
- Bowen, G., Pamela, dkk. 2004. *Associations of Sosial Support and Self-Efficacy with Quality of life in Older Adults with Diabetes*. Amerika: Journal of Gerontological Nursing.
- Depkes RI. 1989. *AIDS Petunjuk untuk Petugas kesehatan*. Jakarta.
- Depkes RI. 1992. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta.
- Depkes RI. 1997. *AIDS di Tempat Kerja*. Jakarta
- Depkes RI. 2001. *Rencana Strategis Nasional "Making Pregnancy Safer (MPS)"*. Jakarta: Depkes RI Ditjen Binakesmas.
- Depkes RI. 2003. *Strategi Nasional Kesehatan Remaja*. Jakarta: Direktorat Kesehatan Keluarga Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat.

***Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Remaja Lansia
Program Studi Kesehatan Masyarakat FK UNLAM***

- Depkes RI. 2005. *Pedoman Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Puskesmas*. Jakarta: Direktorat Kesehatan Keluarga Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat.
- Depkes RI. 2002. *Pedoman Pengelolaan Kegiatan Kesehatan di Kelompok Usia Lanjut*. Jakarta: Depkes RI.
- Depkes RI. 2005. *Pedoman Pembinaan Kesehatan Usia Lanjut Bagi Petugas Kesehatan I, Kebijakan Program*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Direktorat Kesehatan Jiwa Masyarakat. 2001. *Buku Pedoman Umum Tim Pembina, Tim Pengarah & Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI
- Djamin, SPH. 1992. *Perubahan Perilaku dan Ketahanan Keluarga sebagai Pilar Utama*. Jakarta: Pusat penelitian dan pengembangan pelayanan kesehatan
- Djauzi, S, Sihombing, G. 1992. *Pengumpulan Data dengan Diskusi Kelompok Terarah dan Wawancara Mendalam pada Kelompok Risiko Tinggi AIDS di Jakarta*. Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia. Vol. X, no. 7.
- Fadlyana, E. 2004. *Gangguan Pertumbuhan Linier pada Remaja*. Dalam: Soetjiningsih (Ed). *Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya*. Jakarta: Sagung Seto.
- Gede, M. 1997. *AIDS M di Indonesia: Masalah dan Kebijakan Penanggulangannya*. Jakarta: EGC.
- Harahap, J. 2003. *Kesehatan Reproduksi*. Bagian Kedokteran Komunitas Dan Kedokteran Pencegahan Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara.
- Harsanti, I. 2010. *Dampak psikologis pada wanita yang mengalami abortus spontan*. Jurnal Psikologi. Vol. 4 (1): 1-7.
- Hidayat, A. 2005. *Aspek Biopsikososial Menopause*. Dalam: Martaadisoebrata D, Sastrawinata RS dan Saifuddin AB (Eds). *Bunga Rampai Obstetri dan Ginekologi Sosial*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Hull, TM, Endang, S. 1997. *Pelacuran di Indonesia Sejarah Perkembangannya*. Jakarta.
- Hurlock, EB. 1998. *Perkembangan Anak*. Alih bahasa oleh Soedjarmo dan Istiwidayanti. Jakarta: Erlangga.

***Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Remaja Lansia
Program Studi Kesehatan Masyarakat FK UNLAM***

- Iskandar, MB. 1997. *Masalah Kesehatan Reproduksi Remaja di Indonesia*. Majalah Ilmiah Fakultas Kedokteran Trisakti. Vol. 16, edisi khusus.
- Iskandarsyah, A. 2006. *Remaja dan Permasalahannya: Perspektif Psikologi Terhadap Permasalahan Remaja dalam Bidang Pendidikan*. Fakultas Psikologi, Universitas Padjajaran.
- Johnson, MH. dan Everitt, BJ. 2000. *Essential Reproduction*. Fifth Edition. USA: Blackwell Science.
- Kaplan, Sadock. 1997. *Sinopsis Psikiatri Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis (Edisi ke 7, Jilid 1)*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Kartika, IAF. 2008. *Peran Perguruan Tinggi dalam Pencegahan Penyalahgunaan Narkoba*. Majalah Ilmiah Universitas Islam Nusantara, vol. 03.
- Kholid, A. 2012. *Promosi Kesehatan dengan Pendekatan Teori Perilaku, Media dan Aplikasinya*. Semarang: Rajawali Pers
- Kozier, B. 1991. *Fundamental of Nursing: Concept, Process, and Practice*. Fourth Edition. California: Addison-Wesley Publishing Company.
- Kusminarno, K. 2002. *Penanggulangan penyalahgunaan narkotika, psikotropika, dan zat adiktif lainnya (Napza)*. Cermin Dunia Kedokteran hlmn; 135
- Kusuma, RIG. 2004. *Perkembangan Kognitif pada Remaja*. Dalam: Soetjiningsih (Ed). *Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya*. Jakarta: Sagung Seto.
- Manuaba, IBG. 1999. *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*. Jakarta: Arcan.
- Mappiare, A. 1992. *Psikologi Remaja*. Surabaya: Usaha Nasional Proyek Peningkatan Kesehatan Khusus APBD 2002.
- Marheni, A. 2004. *Perkembangan Psikososial dan Kepribadian Remaja*. Dalam: Soetjiningsih (Ed). *Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya*. Jakarta: Sagung Seto
- Minkjosastro, GH. 1999. *Hak Wanita untuk Reproduksi dan Abortus*. MOGI, vol. 23, hlm., 130-134.

***Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Remaja Lansia
Program Studi Kesehatan Masyarakat FK UNLAM***

- Muadz, M. 2008. *Modul Pelatihan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja Bagi Calon Konselor Sebaya*. Jakarta: Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak-Hak Reproduksi, BKKBN.
- Nourja. 2008. dalam Nurmiaty, Wilopo S.A., dan Sudargo T., 2011. *Perilaku Makan dengan Kejadian Sindrom Premenstruasi pada Remaja*. Berkala Kedokteran Masyarakat. Vol. 27, no. 2, hlm., 75-82.
- Nurmiaty, Wilopo, SA., Sudargo T. 2011. *Perilaku Makan dengan Kejadian Sindrom Premenstruasi pada Remaja*. Berkala Kedokteran Masyarakat. Vol. 27, no. 2, hlm., 75-82.
- PKBI Sumatera Barat. *Perilaku seks Remaja: Kehamilan Remaja di Luar Nikah*. Dalam *Women and health newsletters*, October 1997.
- Setiangrum, VE. 2013. *Kehamilan Remaja*. Jakarta: Jendela Husada, edisi V.
- Sharples, J. (ed). 1993. *Primary Health Care Management Advancement Programme – Assesing the Quality of Service. Module 6 user's Guide*. Washington D.C.: The Aga Khan Foundation.
- Sidiartha, IGL. dan Westa, IW. 2010. *Penyalahgunaan Obat Pada Remaja Dalam Tumbuh Kembang Remaja Dan Permasalahannya*. Penyuting: Soetjiningsih. Jakarta: Sagung Seto.
- Soetjiningsih. 2004. *Pertumbuhan Somatik pada Remaja*. Dalam: Soetjiningsih (Ed). *Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya*. Jakarta: Sagung Seto.
- Sumiati, dkk. 2012. *Pemanfaatan posyandu lansia di wilayah kerja Puskesmas Wonorejo Samarinda Tahun 2012*. Artikel Penelitian. Samarinda: Universitas Mulawarman.
- Sumiaty. 2011. *Biologi Reproduksi untuk Bidan*. Jakarta: Trans Info Media.
- The American college of Obstetricians and Gynecologist. 2015. *Premenstrual Syndrome*.
- Republik Indonesia. 2009. *Undang-Undang Tentang Narkoba Nomor 35 Tahun 2009*.
- Republik Indonesia. 1997. *Undang-Undang Tentang Psikotropika Nomor 5 Tahun 1997*.
- UNESCO dan UNAIDS. 2002. *HIV/AIDS and Education: A Too/kit for Ministries of Education*.

***Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Remaja Lansia
Program Studi Kesehatan Masyarakat FK UNLAM***

- Waspodo, D. 2005. *Kesehatan Reproduksi Remaja*. Dalam: Martaadisoebrata D, Sastrawinata RS dan Saifuddin AB (Eds): *Bunga Rampai Obstetri dan Ginekologi Sosial*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- WHO. 1998. *World Health Day: Safe Motherhood*. Geneva: WHO/WHD.
- Wijayanti, 2008. *Hubungan kondisi fisik RTT lansia terhadap kondisi social lansia di RW 3 RT 5 Kelurahan Tegalsari Kecamatan Tegalsari*. Enclosure. Vol. 7, no. 1, hlm., 38-49.
- Wijono, D. 2008. *Manajemen Kesehatan Ibu dan Anak, Prinsip dan Strategi Pendekatan Komunitas*. Surabaya: CV Duta Prima Airlangga.
- Wiknjosastro, H. 2002. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Winkler J., Oliveras E., dan Me Intosh N. 1995. *Post abortion Care; A reference manual of improving quality of care, Postabortion Care Consortium*. USA: Baltimore, Md.