



Kementerian Kesehatan RI

616.65
Ind
P

PEDOMAN PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI TERPADU di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar



ISBN 978-602-235-642-1



9 786022 356431

Kementerian Kesehatan RI
2015

616.65
Ind
P

PEDOMAN PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI TERPADU di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar

Kementerian Kesehatan RI
Direktorat Jenderal Bina Gizi dan KIA
Direktorat Bina Kesehatan Ibu
Tahun 2015

	Katalog Dalam terbitan. Kementerian Kesehatan RI.
616.65	
Ind	Indonesia. Kementerian Kesehatan RI.
p	Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak Judul Buku : Pedoman Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar
	Jakarta : Kementerian Kesehatan
	Cetakan Pertama : 2014
	Cetakan Kedua : 2015

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala berkah dan rahmatNya, sehingga "**Buku Pedoman Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar**" dan "**Buku Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar**" ini dapat diterbitkan. Kedua buku ini disusun bersama-sama dengan Lintas Sektor dan Lintas Program terkait.

Penerbitan buku ini, merupakan salah satu komitmen Indonesia dalam melaksanakan hasil kesepakatan Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan/*International Conference on Population and Development (ICPD)* di Cairo pada tahun 1994 yang menghasilkan perubahan paradigma baru kesehatan reproduksi semula manusia merupakan obyek dalam upaya pengendalian kependudukan menjadi subyek dalam pelayanan yang mengutamakan kesehatan dan hak reproduksi perorangan, baik laki-laki maupun perempuan sepanjang siklus hidupnya. Salah satu komitmen Indonesia di antaranya, yaitu penerapan pelayanan integratif yang memungkinkan klien memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi sesuai dengan usia dan kebutuhannya pada satu kali kunjungan.

Untuk mewujudkan keterpaduan pelayanan kesehatan reproduksi, pada tahun 2002 Kementerian Kesehatan telah menerbitkan 4 (empat) buku acuan untuk pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu. Seiring dengan berjalannya waktu, banyak perkembangan yang terjadi dalam program kesehatan reproduksi sehingga buku-buku acuan tersebut direvisi menjadi 2 (dua) buku, yaitu:

1. **Buku Pedoman Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar.** Buku ini memberikan informasi tentang gambaran umum kesehatan reproduksi di Indonesia, pelayanan kesehatan reproduksi terpadu yang memasukkan aspek pelayanan kesehatan reproduksi yang satu ke dalam lainnya, strategi dan kegiatan

pokok kesehatan reproduksi, pembagian peran setiap tingkatan administrasi, pencatatan dan pelaporan, serta monitoring dan evaluasi.

2. **Buku Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar.** Buku petunjuk teknis ini membahas pelaksanaan dan langkah-langkah dalam melaksanakan pelayanan kesehatan reproduksi di Puskesmas.

Kedua buku ini digunakan sebagai acuan bagi penanggungjawab, pengelola dan pelaksana program dalam mengembangkan dan melaksanakan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu sesuai dengan masalah dan kebutuhan wilayah setempat.

Terima Kasih dan penghargaan kepada pihak-pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan dan memungkinkan terbitnya buku ini. Semoga buku ini bermanfaat dalam meningkatkan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu di pelayanan kesehatan dasar, khususnya di Puskesmas.

Jakarta, 5 Agustus 2014


Direktur Bina Kesehatan Ibu,

dr. Gita Maya Koemara Sakti, MHA

NIP. 195706221985112001

KATA SAMBUTAN

Indonesia menjadi salah satu negara yang menyepakati hasil Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan sedunia (*International Conference on Population and Development /ICPD*) di Cairo tahun 1994 yang memberi fokus perhatian pada kesehatan reproduksi dengan mengutamakan kesehatan untuk pemenuhan hak-hak reproduksi perorangan dalam pengelolaan masalah kependudukan dan pembangunan. Dengan demikian pengelolaan masalah kependudukan dan pembangunan telah bergeser ke arah yang lebih luas dari pendekatan pengendalian populasi dan penurunan fertilitas/keluarga berencana menjadi pendekatan yang terfokus pada kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi bagi perempuan dan laki-laki dengan melaksanakan pokok-pokok penting yang dikenal sebagai akses universal kesehatan reproduksi atau *Universal Access to Reproductive Health (UAtrH)*. Pokok-pokok tersebut antara lain meliputi pemenuhan kesehatan reproduksi bagi perempuan dan laki-laki termasuk hak reproduksi, keadilan dan kesetaraan gender, pemberdayaan perempuan dan penanganan kekerasan berbasis gender, serta partisipasi aktif laki-laki dalam kesehatan reproduksi.

Sebagai tindak lanjut kesepakatan tersebut dilaksanakan Lokakarya Nasional Kesehatan Reproduksi di Jakarta tahun 1996 dan 2003 yang menghasilkan salah satunya bahwa dalam upaya pemenuhan hak reproduksi tersebut, maka pelayanan kesehatan reproduksi harus dilaksanakan secara terpadu di tingkat pelayanan dasar melalui pendekatan siklus hidup atau *life cycle approach* yang dimulai sejak masa pra hamil, hamil, bersalin dan nifas, bayi, balita, remaja, dewasa hingga lanjut usia. Kesehatan reproduksi terpadu pada dasarnya merupakan pelayanan integratif dari program-program dalam ruang lingkup kesehatan reproduksi yang sudah tersedia di tingkat pelayanan dasar. Adapun rasional pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi lebih mudah diakses dan nyaman bagi pengguna sekaligus meningkatkan kualitas pelayanan.

Pengertian kesehatan reproduksi pada hakekatnya telah tertuang di dalam Pasal 71 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang menyatakan bahwa kesehatan reproduksi merupakan keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi pada perempuan dan laki-laki. Selanjutnya untuk dapat



menjamin setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi yang bermutu, aman, dan dapat dipertanggung jawabkan, pemerintah telah menetapkan Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi. Peraturan ini juga bertujuan untuk menjamin kesehatan ibu dalam usia dalam reproduksi mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas dan mengurangi angka kematian ibu.


Penerapan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu (PKRT) dilaksanakan dengan mengintegrasikan komponen-komponen program dalam ruang lingkup kesehatan reproduksi yang meliputi kesehatan Ibu dan anak, keluarga berencana, kesehatan reproduksi remaja, pencegahan dan penanggulangan infeksi menular seksual (IMS) dan infeksi saluran reproduksi (ISR), termasuk HIV/AIDS, kanker dan osteoporosis pada lanjut usia dan berbagai aspek kesehatan reproduksi lainnya, seperti kekerasan berbasis gender, pencegahan dan penanganan infertilitas, pencegahan dan penanggulangan komplikasi aborsi dan sebagainya. Luasnya ruang lingkup kesehatan reproduksi menuntut penanganan secara lintas program dan lintas sektor serta keterlibatan dari organisasi profesi dan masyarakat.

Kita menyadari bahwa masalah kesehatan reproduksi merupakan masalah kesehatan masyarakat yang perlu mendapat perhatian. Dengan memberikan perhatian yang besar terhadap kesehatan reproduksi, merupakan investasi jangka panjang dalam upaya peningkatan kualitas bangsa. Oleh karena itu, penanganan masalah kesehatan reproduksi perlu dilaksanakan secara bersama-sama dalam upaya peningkatan status kesehatan, serta keadilan dan kesetaraan gender.

Saya mengharapkan buku ini dapat menjadi acuan dalam pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan reproduksi di tingkat pelayanan kesehatan dasar.

Jakarta, September 2014

 **Direktur Jenderal Bina Gizi dan KIA,** 



dr. Anung Sugihantono, MKes

Nip. 196003201985021002

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
KATA SAMBUTAN	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR SINGKATAN DAN ISTILAH	vii
BABI. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	3
C. Sasaran	3
D. Ruang Lingkup	3
BAB II. GAMBARAN UMUM KESEHATAN REPRODUKSI DI INDONESIA	5
A. Kesehatan Ibu dan Anak	5
B. Keluarga Berencana	8
C. Kesehatan Reproduksi Remaja	9
D. Infeksi Menular Seksual, termasuk HIV dan AIDS	11
E. Kesehatan Reproduksi pada Lanjut Usia	13
F. Masalah Kesehatan Reproduksi Lainnya	16
BAB III. PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI TERPADU	28
A. Konsep Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu	28
B. Pendekatan dalam Pelaksanaan PKRT	29
C. Penyediaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu ..	32
BAB IV. STRATEGI DAN KEGIATAN POKOK	35
A. Strategi	35
B. Kegiatan Pokok	35
BAB V. PEMBAGIAN PERAN DALAM PELAKSANAAN PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI TERPADU	40
A. Kementerian Kesehatan	40
B. Peran Dinas Kesehatan Tingkat Provinsi	40
C. Peran Dinas Kesehatan Tingkat Kabupaten/Kota	40
D. Peran Puskesmas	41
E. Peran Puskesmas Pembantu, Poskesdes dan Polindes	41

BAB VI.	PENCATATAN DAN PELAPORAN	42
BAB VII.	MONITORING DAN EVALUASI	43
BAB VIII.	PENUTUP	45

LAMPIRAN - LAMPIRAN :

Lampiran 1	Alur Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu	46
Lampiran 2	Bagan Alur Pelayanan Antenatal	47
Lampiran 3	Bagan Alur Pelayanan Persalinan	49
Lampiran 4	Bagan Alur Pelayanan Nifas	50
Lampiran 5	Bagan Alur Pelayanan KB	51
Lampiran 6	Bagan Alur Pelayanan Kesehatan Remaja	52
Lampiran 7	Formulir Rekapitulasi Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu (PKRT)	53

DAFTAR SINGKATAN DAN ISTILAH

AIDS	:	<i>Acquired Immuno Deficiency Syndrom</i>
ABH	:	Anak Berhadapan dengan Hukum
AKABA	:	Angka Kematian Balita
AKB	:	Angka Kematian Bayi
AKI	:	Angka Kematian Ibu
AKN	:	Angka Kematian Neonatal
ANC	:	<i>Ante Natal Care</i>
AUKR	:	Akses Universal Kesehatan Reproduksi
BBLR	:	Bayi Berat Lahir Rendah
BPH	:	Benign Prostatic Hyperplasia
BPS	:	Badan Pusat Statistik
CPR	:	<i>Contraceptive Prevalence Rate</i>
FIGO	:	<i>International Federation of Gynecology and Obstetrics</i>
GBV	:	<i>Gender Based Violence</i>
HIV	:	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPV	:	<i>Human Papilloma Virus</i>
ICPD	:	<i>International Conference on Population and Development</i>
IMS	:	Infeksi Menular Seksual
IOM	:	<i>International Organization for Migration</i>
IVA	:	Inspeksi Visual Asam Asetat
KIA	:	Kesehatan Ibu dan Anak
KB	:	Keluarga Berencana
KDRT	:	Kekerasan Dalam Rumah Tangga
KH	:	Kelahiran Hidup
KIE	:	Komunikasi, Informasi dan Edukasi
KIP/K	:	Komunikasi Interpersonal atau Konseling
KKG	:	Keadilan dan Kesetaraan Gender
KPAI	:	Komisi Perlindungan Anak Indonesia
KPP&PA	:	Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak
KRR	:	Kesehatan Reproduksi Remaja

KtA	:	Kekerasan terhadap Anak
KtP	:	Kekerasan terhadap Perempuan
MDGs	:	Millenium Development Goals
MKJP	:	Metode Kontrasepsi Jangka Panjang
P2TP2A	:	Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak
P4K	:	Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi
PKPR	:	Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja
PKRE	:	Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial
PKRK	:	Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif
PKRT	:	Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu
PONED	:	Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar
PONEK	:	Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif
PP-KtP/A	:	Pencegahan dan Penanganan Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak
PPT	:	Pusat Pelayanan Terpadu
RPJMN	:	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
Riskesdas	:	Riset Kesehatan Dasar
SDKI	:	Survei Demografi Kesehatan Indonesia
SIHA	:	Sistem Informasi HIV-AIDS
Susenas	:	Survei Sosial Ekonomi Nasional
TFR	:	<i>Total Fertility Rate</i>
TIPK	:	Test HIV atas Inisiatif Pemberi Pelayanan Kesehatan dan Konseling
UKBM	:	Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat
WHO	:	<i>World Health Organization</i>

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan reproduksi mendapat perhatian khusus secara global sejak dikemukakannya isu tersebut dalam Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan *International Conference on Population and Development (ICPD)* di Cairo, Mesir pada tahun 1994. Hal penting dalam konferensi tersebut adalah disepakatinya perubahan paradigma dalam pengelolaan masalah kependudukan dan pembangunan, yaitu dari pendekatan pengendalian populasi dan penurunan fertilitas/keluarga berencana menjadi pendekatan yang terfokus pada kesehatan reproduksi. Dengan perubahan paradigma tersebut, pengendalian kependudukan menjadi bergeser ke arah yang lebih luas, yang meliputi pemenuhan kebutuhan kesehatan reproduksi bagi laki-laki dan perempuan sepanjang siklus hidup, termasuk hak reproduksi, kesetaraan gender, martabat dan pemberdayaan perempuan. ICPD Cairo menekankan bahwa setiap negara harus berusaha untuk membuat pelayanan kesehatan reproduksi dapat terjangkau oleh semua orang pada umur yang sesuai, melalui sistem pelayanan kesehatan dasar dalam waktu yang sesingkat-singkatnya sebelum tahun 2015 (Akses Universal Kesehatan Reproduksi 2015).

Indonesia menjadi salah satu negara yang ikut menandatangani kesepakatan ICPD, menindaklanjuti pertemuan tersebut dengan mengadakan Lokakarya Nasional Kesehatan Reproduksi tahun 1996 dan 2003 di Jakarta. Kesepakatan yang dihasilkan diantaranya adalah: untuk dapat memenuhi hak-hak reproduksi setiap individu, maka pelayanan kesehatan reproduksi harus dilaksanakan secara terpadu dan menyeluruh, yaitu dengan mengintegrasikan setiap komponen program terkait kesehatan reproduksi dengan menekankan pentingnya keadilan dan kesetaraan gender serta pencegahan dan penanganan kekerasan terhadap perempuan.

Keterpaduan dalam pelayanan kesehatan reproduksi, merupakan upaya untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan reproduksi kepada setiap individu pada siklus hidupnya. Menjadi lebih penting lagi karena keterpaduan dalam pelayanan kesehatan reproduksi ini akan menghilangkan *miss opportunity* sekaligus lebih menjamin efektivitas dan efisiensi dalam pelayanan.

Kesehatan reproduksi telah tercantum di dalam Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009, yaitu pasal 71, yang menyebutkan bahwa kesehatan reproduksi sebagai suatu keadaan sehat secara fisik, mental dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi pada perempuan dan laki-laki. Dengan pengertian tersebut, maka kesehatan reproduksi mempunyai ruang lingkup yang sangat luas yang mencakup keseluruhan siklus hidup manusia mulai sejak lahir sampai lanjut usia. Selanjutnya untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan reproduksi yang terjangkau dan berkualitas ditetapkan Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi. Peraturan ini bertujuan untuk menjamin pemenuhan hak Kesehatan setiap orang yang diperoleh melalui pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, dan dapat dipertanggungjawabkan serta menjamin kesehatan ibu dalam usia reproduksi agar mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas, serta mengurangi angka kematian ibu.

Setelah hampir 20 tahun sejak rekomendasi ICPD yang menekankan pentingnya pemenuhan hak-hak reproduksi disepakati, namun belum semua individu mendapatkan akses yang sama terhadap pelayanan kesehatan reproduksi. Hal ini dapat dilihat dengan masih tingginya angka kematian ibu (AKI), tingginya kehamilan usia remaja, rendahnya pemakaian kontrasepsi, dan lain sebagainya. Melihat kenyataan tersebut, kunci rekomendasi agenda pasca tahun 2014, bahwa setiap negara harus melakukan intensifikasi kebijakan politik yang mendorong kesehatan reproduksi dapat diakses semua individu dengan fokus pada agenda ICPD Cairo yang tertunda:

1. Menghargai, melindungi, memenuhi hak seksual dan reproduksi setiap individu melalui pendidikan masyarakat serta penyesuaian kebijakan dan peraturan.
2. Pencapaian akses universal terkait dengan pelayanan kesehatan reproduksi, pendidikan dan informasi kesehatan seksual dan reproduksi yang berkualitas, komprehensif, dan terintegrasi.
3. Menjamin akses universal dalam pendidikan kesehatan reproduksi yang komprehensif bagi kaum muda.
4. Penghapusan kekerasan terhadap perempuan dan anak serta menjamin akses universal pelayanan kesehatan reproduksi yang dibutuhkan bagi semua penyintas kekerasan berbasis gender.

Dalam upaya memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang terintegrasi kepada setiap individu sesuai usia, sejak tahun 2002 Kementerian Kesehatan telah mengembangkan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu (PKRT) di pelayanan kesehatan dasar. Sampai tahun 2014 berdasarkan laporan dari Dinas Kesehatan Provinsi, telah ada sebanyak 2.133 puskesmas PKRT dengan cakupan kabupaten/kota yang memiliki minimal 4 puskesmas PKRT sebesar 237 kabupaten/kota (45%) di seluruh Indonesia (Data Rutin, 2013).

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Menjamin terlaksananya pelayanan kesehatan reproduksi terpadu dalam rangka pencapaian akses universal kesehatan reproduksi.

2. Tujuan Khusus

- Menyediakan acuan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu di pelayanan kesehatan dasar dengan memperhatikan keadilan dan kesetaraan gender.
- Meningkatkan penyelenggaraan kesehatan reproduksi terpadu di tingkat pelayanan kesehatan dasar.
- Meningkatkan capaian indikator pelayanan program dalam lingkup kesehatan reproduksi.

C. Sasaran

Pemangku kebijakan, penanggung jawab program, pengelola program dan pelaksana program di fasilitas pelayanan kesehatan dasar di setiap tingkatan.

D. Ruang Lingkup

Ruang lingkup pelayanan kesehatan reproduksi terpadu meliputi komponen:

- 1) Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
- 2) Keluarga Berencana (KB)
- 3) Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR)
- 4) Infeksi Menular Seksual (IMS), *Human Immunodeficiency Virus and Acquired Immuno Deficiency Syndrom* (HIV dan AIDS)
- 5) Kesehatan Reproduksi Lanjut Usia (Kespro Lansia)
- 6) Kesehatan Reproduksi lainnya seperti: kanker payudara dan kanker leher rahim (kanker serviks), pencegahan dan penanganan kekerasan terhadap perempuan dan anak (PP-KtP/A), aborsi, infertilitas, *fistula vesiko-vaginal*, *prolapsus uteri*, kanker prostat dan *benign prostatic hyperplasia*.

BAB II

GAMBARAN UMUM KESEHATAN REPRODUKSI DI INDONESIA

A. KESEHATAN IBU DAN ANAK

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator *Millennium Development Goals* (MDGs) yang harus diturunkan menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup (KH) pada tahun 2015. Dalam kurun waktu lebih dari 20 tahun AKI cenderung menurun, walaupun penurunannya lambat. Angka kematian ibu menurut Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 1997 adalah sebesar 390 per 100.000 KH, menurun menjadi 359 kematian per 100.000 KH (SDKI, 2012). Melihat kenyataan ini, target MDGs untuk AKI pada tahun 2015 akan sulit tercapai.

Kematian ibu merupakan hasil dari interaksi berbagai aspek, baik aspek klinis, aspek sistem pelayanan kesehatan, maupun faktor-faktor non-kesehatan yang mempengaruhi pemberian pelayanan klinis dan terselenggaranya sistem pelayanan kesehatan secara optimal seperti kondisi geografis, penyebaran penduduk, kondisi sosial ekonomi, budaya dan bias gender dalam masyarakat dan keluarga serta tingkat pendidikan masyarakat. Faktor yang berkontribusi terhadap kematian ibu secara garis besar dibagi menjadi dua: pertama kematian yang disebabkan oleh penyebab langsung obstetri yaitu kematian yang berhubungan dengan komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas. Sekitar 15% kehamilan akan mengalami komplikasi, kebanyakan terjadi saat persalinan. Terjadinya komplikasi sulit diperkirakan, sering muncul tiba-tiba dan pertolongannya memerlukan tindakan yang tepat dan cepat. Kedua adalah kematian yang disebabkan oleh penyebab tidak langsung yaitu kematian yang terjadi pada ibu hamil yang disebabkan oleh penyakit dan bukan oleh kehamilan atau persalinannya. Penyakit Tuberkulosis, Anemia, Malaria, Sifilis, HIV dan AIDS dan lain-lain dapat memperberat kehamilan dengan meningkatnya risiko terjadinya kesakitan dan kematian.

Hasil analisis sensus penduduk pada tahun 2010 memperlihatkan kematian ibu paling banyak disebabkan oleh komplikasi obstetri seperti hipertensi dalam kehamilan (32%), komplikasi puerperium (31%), perdarahan post partum (20%), penyebab lain-lain (7%), abortus (4%), perdarahan antepartum (3%), kelainan amnion (2%), dan partus lama (1%). Sebagian besar komplikasi tersebut dapat dicegah dan ditangani oleh tenaga kesehatan namun apabila tidak ditangani secara adekuat dapat mengancam nyawa. Untuk itu setiap ibu harus mempunyai akses terhadap pelayanan kesehatan. Dalam kenyataannya, langkah-langkah pencegahan dan penanganan komplikasi tersebut di atas seringkali tidak terjadi, yang disebabkan oleh 3 Terlambat (terlambat mengenali tanda bahaya dan pengambilan keputusan untuk mencari pertolongan berkualitas, terlambat dalam mencapai fasilitas pelayanan kesehatan dan terlambat mendapatkan pertolongan adekuat).

Secara nasional, akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan ibu semakin membaik. Hasil SDKI menunjukkan bahwa persentase ibu hamil yang memeriksakan kehamilan ke tenaga kesehatan meningkat dari 92% (tahun 2002) menjadi 96% (tahun 2012); persentase ibu yang bersalin dengan bantuan tenaga kesehatan meningkat dari 66% menjadi 83% dan persentase ibu bersalin di fasilitas pelayanan kesehatan meningkat dari 40% menjadi 63%. Pemerintah terus berupaya untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas dengan cara menyediakan tenaga kesehatan dalam jumlah yang memadai dan berkualitas, menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu dalam penanganan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal sesuai standar di tingkat dasar maupun rujukan melalui PONEK dan POKK yang dapat diakses 24 jam dalam 7 hari atau dikenal dengan sebutan **PONEK 24/7 dan POKK 24/7**, serta memobilisasi seluruh lapisan masyarakat terutama untuk pelaksanaan Program Perencanaan Persalinan dengan Pencegahan Komplikasi (P4K).

Seperti halnya kesehatan ibu, kesehatan anak sampai saat ini kondisinya belum seperti yang diharapkan. Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Balita (AKABA) masih tinggi. Walaupun terjadi penurunan AKB dan AKABA yang cukup tajam dari 68 per 1000 dan 97 per 1000 kelahiran hidup (SDKI, 1991) menjadi 35 per 1000 dan 46 per 1000 kelahiran hidup (SDKI, 2002-2003), namun penurunan kematian semakin melambat dalam 10 tahun terakhir. Berdasarkan SDKI tahun 2012, AKB 32 per 1.000 kelahiran hidup dan AKABA masih 40 per 1.000 kelahiran hidup. Target MDG's tahun 2015, AKB menurun menjadi 23 per 1000 kelahiran hidup, AKABA menurun menjadi 32 per 1000 kelahiran hidup.

Sebanyak 80% dari seluruh kematian balita, terjadi pada usia kurang dari 1 tahun (kematian bayi), dan 59,4% dari kematian bayi terjadi pada usia neonatal (kematian neonatal). Sebanyak 78,5% kematian neonatal terjadi pada usia 0-6 hari yang sebagian besar disebabkan oleh gangguan/kelainan pernapasan (35%), prematuritas (32%) dan sepsis/infeksi (12%) (Risikesdas, 2007). Kematian neonatal ini sangat terkait dengan masalah pada saat kehamilan, persalinan dan perawatan bayi baru lahir. Prevalensi Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Indonesia masih tinggi, yaitu 10,2% (Risikesdas, 2013). BBLR berhubungan dengan kondisi kehamilan ibu dan status gizi ibu yang dapat meningkatkan risiko relatif kejadian asfiksia 2,3 kali lebih besar dibandingkan dengan bayi berat lahir normal. BBLR juga rentan terhadap hipotermi dan infeksi yang merupakan penyebab kematian langsung pada neonatus.

Tingginya cakupan pemeriksaan kehamilan oleh tenaga kesehatan 95,7% dan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan 83,1% (SDKI, 2012) belum memberikan dampak pada penurunan Angka Kematian Neonatal (AKN). Masih rendahnya persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan 63% (SDKI, 2012) serta masih rendahnya angka kunjungan neonatal (KN lengkap) 31,8% (Risikesdas, 2010) kemungkinan besar memberikan kontribusi terhadap tingginya AKN.

B. KELUARGA BERENCANA (KB)

Peran Keluarga Berencana (KB) adalah untuk menunjang tercapainya kesehatan ibu dan bayi melalui kehamilan yang diinginkan dan berlangsung pada saat yang tepat. Pelayanan KB bertujuan untuk menunda dan menjarangkan kehamilan pada keluarga. Prioritas pelayanan KB adalah pasangan usia subur yang kondisi isteri yang terlalu muda (usia kurang 20 tahun), terlalu banyak anak (lebih dari 3 orang), terlalu dekat jarak kehamilan (kurang dari 2 tahun) dan terlalu tua (lebih dari 35 tahun).

Saat ini angka kesuburan total (*Total Fertility Rate*, TFR) masih tinggi. Selama 3 periode SDKI (2003, 2007 dan 2012) angka tersebut stagnan di 2,6. Angka kesertaan ber-KB (*Contraceptive Prevalence Rate*, CPR) cara modern baru sekitar 57.9 % (SDKI, 2012), dan sebanyak 47,3% dari angka tersebut adalah pengguna kontrasepsi non Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) sedangkan pengguna kontrasepsi MKJP hanya 10,6%.

Proporsi perempuan berstatus kawin yang tidak ingin punya anak lagi atau ingin menjarangkan kelahiran berikutnya tetapi tidak menggunakan kontrasepsi (*unmet need*) mengalami penurunan yang signifikan dari 12,7% (SDKI, 1991) menjadi menjadi 8,5% (SDKI, 2012). Tingginya angka *unmet need* disebabkan karena masih tingginya *missed opportunity* pelayanan KB, kurangnya informasi dan konseling pelayanan KB maupun akses terhadap pelayanan KB.

Capaian CPR tidak seiring dengan tingginya cakupan pelayanan ANC (K1= 95,7%, K4= 87,57%) dan Pn 83,1% (SDKI, 2012). Padahal cakupan pelayanan ini merupakan peluang yang baik agar ibu mau ber-KB. Dari analisis situasi di atas terungkap 5 (lima) poin penting yaitu:

1. Berubahnya nilai jumlah anak ideal dalam keluarga.
2. Melemahnya pembinaan kepesertaan KB aktif yang menyebabkan angka *drop out* (DO) tinggi.
3. Rendahnya pemakaian alat kontrasepsi jangka panjang.

4. Pelayanan KB yang belum terjangkau secara merata.
5. Meningkatnya kelahiran usia remaja (15-19 tahun).

Dengan diidentifikasinya permasalahan ini, maka pelayanan KB pasca persalinan menjadi penting sebagai salah satu prioritas intervensi dalam penurunan angka kelahiran yang diintegrasikan dengan program lain seperti P4K, Buku KIA, Kelas Ibu dan ANC terpadu. Intervensi jumlah anak ideal dapat diupayakan melalui pembinaan akseptor dan peningkatan advokasi KIE yang difokuskan pada sasaran kelompok khusus (pasangan usia muda dan memiliki dua anak, PUS dari keluarga miskin) serta pelayanan KB di wilayah sulit dan kumuh melalui kampanye **“2 ANAK CUKUP”** dan **“4 TERLALU”**.

C. KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA

Kelompok remaja usia 10-19 tahun memiliki proporsi 18,3% dari populasi total penduduk Indonesia atau sekitar 43,5 juta jiwa (Sensus Penduduk, 2010). Besarnya populasi kelompok usia remaja merupakan aset dan potensi bangsa di masa depan, oleh karena itu harus dapat dijamin bahwa remaja Indonesia dapat tumbuh dan berkembang secara positif dan terbebas dari berbagai permasalahan yang mengancam termasuk masalah kesehatan reproduksi.

Semakin dininya usia haid pertama/menarche dan semakin meningkatnya umur pernikahan dapat memperpanjang periode seksual aktif sebelum menikah (lama lajang) pada remaja dan dewasa muda. Situasi ini meningkatkan risiko terhadap masalah kesehatan reproduksi seperti adanya seks pranikah, hamil pranikah, remaja hamil, remaja melahirkan, kehamilan yang tidak diinginkan, tertular IMS, HIV dan AIDS, perkosaan, keguguran dan pengguguran yang tidak aman, komplikasi kehamilan (risiko melahirkan prematur, lahir mati, berat lahir rendah) dan komplikasi persalinan.

Informasi tentang kesehatan reproduksi pada remaja cenderung diperoleh dari teman sebaya, seperti yang ditunjukkan oleh data Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) tahun 2007,

sebanyak 44,3% remaja perempuan dan 46,9% remaja laki-laki menjadikan temannya sebagai sumber informasi mengenai perubahan fisik saat pubertas. Selain itu, sebesar 69,3% remaja perempuan dan 56,7% remaja laki-laki lebih suka mencurahkan hati (curhat) tentang kesehatan reproduksi dengan temannya dibandingkan dengan orang tua atau guru.

Selain itu, Hasil Riskesdas 2010 menunjukkan masih rendahnya pengetahuan komprehensif tentang HIV dan AIDS pada penduduk usia 15-24 tahun, yaitu 11,4%. Padahal target yang harus dicapai pada tahun 2014 adalah 95%. Hal ini mencerminkan bahwa pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi termasuk HIV dan AIDS masih rendah sehingga diperlukan kerja keras untuk memberikan pendidikan kesehatan reproduksi kepada remaja.

SKRRI tahun 2007 yang dilakukan pada responden belum menikah berusia 15-24 tahun, menunjukkan bahwa 1% dari perempuan dan 6% dari laki-laki telah melakukan hubungan seks pranikah. Sementara itu, hasil SDKI pada tahun 2012, menunjukkan persentasenya untuk perempuan tidak menunjukkan perubahan secara signifikan, sedangkan untuk laki-laki 4,5% yang berusia 15-19 tahun dan 14,6% berusia 20-24 tahun (SDKI, 2012). Hasil SDKI (2007) menunjukkan bahwa alasan melakukan hubungan seksual antara lain karena terjadi begitu saja 38,4% dan dipaksa oleh pasangannya 21%. Sedangkan kejadian kehamilan pada kelompok usia di bawah 20 tahun adalah sebesar 16,7% dan sekitar 46,7% perkawinan pertama terjadi pada usia kurang dari 20 tahun (Riskesdas, 2010). Fakta ini mencerminkan kurangnya pemahaman remaja tentang risiko hubungan seksual serta kemampuan untuk menolak hubungan yang tidak mereka inginkan. Jika para remaja tersebut tidak memiliki keterampilan hidup (*life skills*) yang memadai, mereka berisiko memiliki perilaku pacaran yang tidak sehat.

Melihat berbagai permasalahan tersebut, Kementerian Kesehatan RI telah mengembangkan Program Kesehatan Remaja dengan pendekatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) yang telah diperkenalkan di Indonesia sejak tahun 2003. Berdasarkan laporan rutin Direktorat Bina Kesehatan Anak tahun 2013, jumlah puskesmas PKPR sebanyak 3.086 puskesmas dengan cakupan kabupaten/kota yang memiliki minimal 4 puskesmas PKPR sebesar 406 kabupaten/kota (81.69%).

D. INFEKSI MENULAR SEKSUAL, TERMASUK HIV DAN AIDS

Lebih dari 30 jenis patogen dapat ditularkan melalui hubungan seksual dengan manifestasi klinis bervariasi menurut jenis kelamin dan umur. Meskipun Infeksi Menular Seksual (IMS) terutama ditularkan melalui hubungan seksual, namun penularan dapat juga terjadi yang antara lain dari ibu kepada janin di dalam kandungan atau saat kelahiran, melalui produk darah atau transfer jaringan yang telah tercemar, bahkan kadang-kadang dapat ditularkan melalui alat kesehatan yang tidak steril.

Dengan perkembangan yang pesat di bidang sosial, pariwisata, demografik, serta meningkatnya migrasi penduduk, populasi berisiko tinggi tertular IMS akan semakin meningkat pesat. Beban terbesar akan ditanggung negara berkembang, namun negara maju pun dapat mengalami beban yang sama akibat meningkatnya IMS oleh virus yang tidak dapat diobati dan perilaku seksual berisiko. IMS menempati peringkat 10 besar untuk alasan berobat di banyak negara berkembang dan biaya yang dikeluarkan dapat mempengaruhi pendapatan rumah tangga. Pelayanan untuk komplikasi atau sekuele IMS mengakibatkan beban biaya yang tidak sedikit, misalnya untuk skrining dan pengobatan kanker serviks, penanganan penyakit jaringan hati, pemeriksaan infertilitas, pelayanan morbiditas perinatal, kebutaan bayi, penyakit paru pada anak-anak, serta nyeri panggul kronis pada perempuan. Beban sosial meliputi konflik dengan pasangan seksual dan dapat mengakibatkan kekerasan dalam rumah tangga.

Dalam 20 tahun terakhir ini, pengetahuan tentang dinamika transmisi IMS telah berkembang pesat sebagai dampak pandemi HIV dan peningkatan upaya untuk mengendalikan infeksi lainnya. Model matematika dan riset menunjukkan peran penting jejaring seksual dalam menentukan arah penyebaran berbagai jenis infeksi tersebut. Pemahaman yang semakin baik terhadap dinamika penularan IMS berakibat perubahan dalam rancangan strategi pencegahan dan intervensi pengendaliannya. IMS merupakan salah satu pintu masuk atau tanda-tanda adanya HIV. Total kasus IMS yang ditangani pada tahun 2012 adalah 140.803 dari 430 layanan IMS. Jumlah kasus terbanyak adalah duh tubuh vagina (klinis) 20.962 dan servicitis/proctitis (laboratorium) 33.025 (Profil Ditjen PP & PL, tahun 2012)

Dalam lima tahun terakhir, jumlah kasus HIV positif yang dilaporkan bertambah dengan cepat. Situasi percepatan ini disebabkan kombinasi transmisi HIV melalui penggunaan jarum suntik bersama dan transmisi seksual di antara populasi berisiko tinggi. Di Tanah Papua (Provinsi Papua dan Papua Barat), penyebaran HIV menunjukkan gambaran penularan yang jauh lebih tinggi, terjadinya penyebaran HIV melalui hubungan seksual berisiko pada masyarakat umum (dengan prevalensi HIV 2.4%).

Hasil Surveilans Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) yang dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan di beberapa provinsi menunjukkan bahwa prevalensi HIV mulai konstan di atas 5% di beberapa sub-populasi berisiko tinggi tertentu. Hasil surveilans sentinel HIV sampai dengan tahun 2012 menunjukkan bahwa prevalensi HIV berkisar 21% – 52% pada penasun, 1%-22% pada Wanita Pekerja Seksual (WPS), dan 3%-17% pada waria.

Risiko penularan HIV sebenarnya tidak hanya terbatas pada sub populasi yang berperilaku risiko tinggi, tetapi juga pada pasangan atau istrinya, bahkan anaknya. Tanpa upaya khusus, diperkirakan pada akhir tahun 2016 akan terjadi penularan HIV secara kumulatif pada lebih dari 26.977 anak yang dilahirkan dari ibu yang terinfeksi HIV.

Para ibu ini sebagian besar tertular dari suaminya (Laporan Hasil Estimasi Populasi Rawan Tertular HIV, Kemenkes, tahun 2012). Berdasarkan data rutin P2PL dari tahun 1987 sampai Desember 2013 dilaporkan sebanyak 6.230 ibu rumah tangga yang menderita AIDS.

Data Riskesdas 2010 menunjukkan rendahnya pengetahuan masyarakat umum tentang tersedianya pelayanan untuk Konseling dan Testing HIV (KT HIV) yaitu hanya 6,2%. Tiga provinsi dengan persentase tertinggi, yaitu Provinsi Papua Barat (24,2%), Papua (19,6%), dan DI Yogyakarta (16,7%). Provinsi dengan persentase rendah adalah Provinsi Lampung (1,8%), Jambi (3,0%), Sulawesi Barat, dan Kalimantan Selatan masing-masing (3,1%). Pengetahuan tentang adanya Konseling dan Testing Sukarela (KTS) tertinggi pada kelompok umur 15-24 tahun yaitu 7,6%; Pengetahuan tentang KTS ini lebih besar pada laki-laki dengan status belum kawin, tinggal di perkotaan, berpendidikan tinggi atau masih sekolah dan mempunyai status ekonomi tinggi. Data ini menunjukkan masih rendahnya pengetahuan dan informasi kaum perempuan, terutama yang berpendidikan rendah, berstatus ekonomi rendah dan kurang beruntung dalam mengakses layanan HIV.

Data Riskesdas 2010 menunjukkan fakta bahwa sudah mulai ada remaja usia 10-24 tahun yang belum menikah tetapi telah berhubungan seksual. Fakta lain menunjukkan bahwa kelompok remaja yang pernah mendapat penyuluhan kesehatan reproduksi baru 25,1%. Data lain menunjukkan umur pertama kali menikah pada usia 10-14 tahun di Indonesia cukup tinggi yaitu 4,8% dan 41,9% pada usia 15-19 tahun. Fakta ini menunjukkan bahwa informasi yang jelas dan benar tentang kesehatan reproduksi termasuk pencegahan IMS, termasuk HIV dan AIDS sangat diperlukan di kalangan remaja.

E. KESEHATAN REPRODUKSI PADA LANJUT USIA

Salah satu masalah kesehatan yang terjadi pada lanjut usia (Lansia) yaitu masalah kesehatan reproduksi. Program kesehatan pada lanjut usia sering hanya menitikberatkan pada pelayanan penyakit

akibat proses degeneratif seperti hipertensi, *stroke*, *diabetes mellitus*, dan radang sendi atau rematik. Padahal lanjut usia juga mempunyai masalah dalam kesehatan reproduksi, utamanya hal ini dirasakan oleh perempuan ketika masa subur berakhir (*menopause*). Laki-laki juga mengalami penurunan fungsi seksual dan kesuburan (*andropause*), walaupun hal ini terjadi pada usia yang lebih lanjut lagi jika dibandingkan usia menopause yang dialami oleh perempuan.

Sensus Penduduk tahun 2010 mencatat bahwa Indonesia termasuk lima besar negara dengan jumlah penduduk lansia terbanyak di dunia yakni mencapai 18,1 juta jiwa pada 2010 atau 7,6 persen dari jumlah penduduk. Jumlah penduduk lansia usia 60 tahun lebih diperkirakan akan meningkat dari 18.1 juta pada tahun 2010 menjadi 29,1 juta pada tahun 2020, dan 36 juta di tahun 2025.

a. Menopause

Menopause adalah berhentinya kemampuan reproduksi perempuan. Biasanya terjadi pada akhir usia 40-an atau awal 50-an yang menandakan akhir dari fase subur kehidupan seorang perempuan. Peralihan dari masa reproduksi ke masa non reproduksi biasanya terjadi selama beberapa tahun, tidak tiba tiba. Selama masa peralihan ini, sebagian perempuan akan mengalami gangguan, seperti rasa lemah, *hot flashes*, perubahan suasana hati yang secara signifikan dapat mengganggu kegiatan sehari-hari. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia tahun 2007 menunjukkan bahwa rata-rata umur menopause perempuan Indonesia adalah $48 \pm 5,3$ tahun.

Saat *postmenopause*, perempuan dapat mengalami osteoporosis karena kekurangan estrogen yang merupakan hormon untuk membantu mengatur pengangkutan kalsium ke dalam tulang pada perempuan. Biasanya gejala timbul pada perempuan usia 51-75 tahun, tetapi bisa mulai muncul lebih cepat ataupun lebih lambat.

Penyakit-penyakit lain yang dapat timbul akibat menurunnya kadar estrogen diantaranya penyakit jantung koroner, kepikunan (Demensia tipe Alzheimer) sehingga menyebabkan kesulitan konsentrasi, kehilangan ingatan pada peristiwa jangka pendek.

b. Andropause

Istilah Andropause pada laki-laki masih merupakan sesuatu hal yang baru dan belum terbiasa didengar, bahkan sebagian orang meragukan adanya keluhan yang timbul berkaitan dengan penurunan fungsi hormon androgen pada laki-laki berusia di atas 55 tahun. Namun beberapa penelitian menyatakan bahwa penurunan fungsi testosteron pada laki-laki di usia lebih dari 50 tahun, terkait dengan beberapa gejala seperti penurunan keinginan seksual/libido, kekurangan tenaga, penurunan kekuatan otot, sedih dan sering marah tanpa sebab yang jelas, berkurangnya kemampuan ereksi, mudah mengantuk dan lain sebagainya.

Untuk menilai adanya andropause dapat digunakan 10 kriteria ADAM, yang terdiri dari penurunan keinginan seksual (libido), kekurangan tenaga/lemah, penurunan kekuatan/ketahanan otot, penurunan tinggi badan, berkurangnya "kenyamanan dan kesenangan" hidup, sedih atau sering marah tanpa sebab yang jelas, berkurangnya kemampuan ereksi, kemunduran kemampuan olahraga, tertidur setelah makan malam, dan kemampuan bekerja.

c. Gangguan Seksual

Seks sering dianggap sebagai hal yang tabu untuk dibahas pada masa lanjut usia. Namun hal ini perlu didiskusikan agar mendapatkan pemahaman yang benar. Kemampuan hubungan seksual dapat bertahan sampai orang mencapai lansia dengan tingkat penurunan yang berbeda-beda antara satu dengan yang lain. Keadaan ini dipengaruhi oleh perubahan fungsi organ tubuh dari masing-masing individu, seperti penurunan hormon dan penyakit yang menyertai.

Sebagai contoh gangguan seksual yang terjadi pada laki-laki lansia adalah gangguan fungsi ereksi, ketidakmampuan penetrasi, atau ketidakmampuan mempertahankan ereksi. Gangguan ini dapat disebabkan oleh obat-obat *antihipertensi*, *diabetes mellitus* dengan kadar gula darah yang tidak terkontrol, merokok, dan hipertensi lama.

Sedangkan pada perempuan lansia masalah-masalah tersebut diantaranya dapat berupa penurunan hasrat berhubungan seksual, masalah lubrikasi vagina memerlukan waktu yang lama, sekresi vagina berkurang keasaman yang berakibat meningkatnya kemungkinan terjadinya infeksi, dan bila terjadi hubungan seksual dapat terjadi iritasi pada kandung kemih dan uretra bahkan menyebabkan terjadinya anorgasme, dispareunia, dan berbagai keluhan lainnya.

F. MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI LAINNYA

1. Kanker Payudara

Kanker payudara merupakan penyebab kematian nomor satu di Indonesia. Kanker payudara adalah keganasan yang berasal dari sel kelenjar, saluran kelenjar dan jaringan penunjang payudara, tidak termasuk kulit payudara. *Estimasi International Agencies for Research on Cancer (IARC) tahun 2005*, kasus baru di Indonesia sekitar 26 per 100.000 perempuan setiap tahun, sebagian besar ditemukan sudah dalam stadium lanjut (>50%).

Penderita kanker payudara mencapai 1,1 juta perempuan dan jumlah ini merupakan 10% dari kasus baru dari seluruh kanker. Angka kematian akibat kanker payudara sebesar 410.000 orang setiap tahun dan menjadikan lebih dari 1,6 % sebagai penyebab kematian perempuan di seluruh dunia. Kanker payudara merupakan masalah yang cenderung meningkat pada negara dengan sumber daya terbatas dimana insidennya meningkat sebanyak 5% setiap tahun. Menurut data Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) tahun 2010, kanker payudara merupakan jenis kanker

tertinggi pada pasien rawat inap maupun rawat jalan pada seluruh RS di Indonesia, yaitu sebanyak 12.014 orang (28,7%) dan diperkirakan kematian akibat kanker payudara meningkat menjadi 19.750 orang (21,5%) (WHO, 2012).

Sampai saat ini patofisiologi kanker payudara masih belum diketahui secara pasti, sehingga upaya deteksi dini yang dilakukan hanya bertujuan untuk menemukan penderita kanker pada stadium yang masih rendah (*down staging*) dan persentase kemungkinan untuk dapat disembuhkan tinggi. Etiologi dan perjalanan penyakit kanker payudara berhubungan dengan keadaan hormonal (estrogen dominan) dan genetik.

2. Kanker Leher Rahim

Kanker leher rahim (kanker serviks) merupakan masalah kesehatan yang penting bagi perempuan di seluruh dunia. Kanker ini adalah jenis kanker kedua yang paling umum pada perempuan dan dialami oleh lebih dari 1,4 juta perempuan di seluruh dunia (Ferlay et al, 2001). Setiap tahun lebih dari 460.000 kasus terjadi dan sekitar 231.000 perempuan meninggal karena penyakit tersebut (Parkin, 2000; Sherris and Herdman, 2000).

Di Indonesia, kanker serviks menempati urutan kedua, kanker pada perempuan setelah kanker payudara. Tingkat kejadian kanker serviks di Indonesia berdasarkan prediksi Globocan-WHO tahun 2008, insiden kanker serviks di Indonesia sebesar 13.762 (12,6%) per tahun dengan jumlah kematian 7.493 orang (7,2%). Sedangkan menurut SIRS tahun 2010 pada pasien rawat jalan dan rawat inap penderita kanker serviks sebanyak 5.349 orang (12,8%) dan diperkirakan kematian akibat kanker serviks sebesar 9.498 orang (10,3%) (WHO, 2012). Hampir semua kanker serviks (99,7%) secara langsung berkaitan dengan infeksi sebelumnya yang disebabkan oleh *Human Papilloma Virus* (HPV) yang merupakan salah satu IMS yang paling sering terjadi di dunia. Dari 50 jenis HPV yang

menginfeksi saluran reproduksi, tipe 15 sampai 20 terkait dengan kanker serviks. Empat dari jenis tersebut 16,18,31 dan 45 adalah yang paling umum terdeteksi pada kasus kanker serviks, dan jenis ke 16 merupakan penyebab dari setengah jumlah kasus yang terjadi di seluruh dunia (Bosch et al, 1995).

HPV mudah ditularkan melalui aktivitas seksual namun banyak orang yang memiliki HPV tetapi tidak menunjukkan tanda-tanda atau gejala atau bahkan mereka tidak menyadarinya. Seseorang dapat terinfeksi dengan lebih dari satu jenis HPV. Faktor-faktor risiko HPV dan kanker serviks, antara lain: melakukan aktivitas seksual sebelum berusia 20 tahun, berganti-ganti pasangan seksual, terpapar infeksi yang ditularkan secara seksual (IMS) dan faktor genetik.

Kementerian Kesehatan sejak 2007 telah melaksanakan program deteksi dini kanker leher rahim dan kanker payudara yang kita kenal dengan program *seek and treat* (temukan dan tangani), melalui metode Inspeksi Visual dengan menggunakan asam asetat (IVA) untuk kanker leher rahim (kanker serviks) dan metode *Clinical Breast Examination* (CBE) untuk kanker payudara.

3. Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak

a. Kekerasan terhadap Perempuan

Kekerasan terhadap Perempuan (KtP) sering disebut sebagai kekerasan berbasis gender karena berawal dari subordinasi perempuan di masyarakat. Kedudukan perempuan yang subordinatif dan tergantung, baik secara ekonomi maupun sosial, menempatkan perempuan dalam posisi rentan terhadap kekerasan, termasuk penganiayaan berulang oleh pasangannya. Perempuan masih sering ditempatkan pada posisi yang "terpinggirkan" dan dirugikan, yang mengakibatkan status perempuan dianggap lebih rendah daripada laki-laki, termasuk dalam menjalankan fungsi reproduksinya. Hak reproduksi perempuan kurang dihargai, antara lain dalam menentukan

kapan ia ingin hamil, jumlah anak yang diinginkan, kesertaan dalam ber-KB dan jenis alat kontrasepsi yang dipilih.

Penghapusan segala bentuk tindak kekerasan terhadap perempuan menjadi perhatian global yang dinyatakan dalam Deklarasi tentang Eliminasi Kekerasan terhadap Perempuan (1993) yang mendefinisikan KtP sebagai "segala bentuk tindak kekerasan berbasis gender yang berakibat, atau mungkin berakibat, menyakiti secara fisik, seksual, mental atau penderitaan terhadap perempuan, termasuk ancaman dan tindakan tersebut, pemaksaan atau perampasan semena-mena kebebasan, baik yang terjadi di lingkungan masyarakat maupun dalam kehidupan pribadi".

Jumlah kasus KtP meningkat dari tahun ke tahun, dari 3.169 kasus pada tahun 2001 menjadi 279.760 kasus pada tahun 2013 (Catatan Tahunan Komnas Perempuan). Data kasus KtP yang ada merupakan kasus yang dilaporkan dan ditangani, padahal sebenarnya kasus kekerasan yang terjadi di masyarakat jumlahnya lebih banyak lagi. Banyak kasus KtP yang tidak dilaporkan disebabkan ketidakberdayaan perempuan untuk mengemukakan permasalahan yang dihadapi dan dilatarbelakangi oleh berbagai faktor seperti rendahnya tingkat pendidikan, ketidakberdayaan finansial atau hambatan sosial budaya. Pada kasus kekerasan seksual, seringkali pembuktian dan penanganan kasus membutuhkan proses dan waktu yang lama serta kadangkala membuat korban menjadi malu sehingga mundur untuk melaporkan perihal yang dihadapinya. Selain itu, masyarakat juga masih menganggap tabu untuk mengungkap kasus kekerasan yang terjadi, apalagi jika terjadi di ranah domestik (rumah tangga).

b. Kekerasan terhadap Anak

Seperti pada kasus kekerasan terhadap perempuan, data kasus Kekerasan terhadap Anak (KtA) juga merupakan fenomena

gunung es, artinya data yang ada hanya sebagian kecil dari permasalahan besar yang tersembunyi (*under reported*). Berdasarkan data KPP&PA bekerjasama dengan BPS tahun 2008, menyebutkan KtA terjadi di seluruh provinsi dengan prevalensi sebesar 3,02% dimana kekerasan seksual merupakan jenis kekerasan terbanyak yang ditemukan. Dewasa ini, KtA menjadi bahan pemberitaan media massa, karena kasusnya banyak dan terjadi di berbagai tempat. Hal tersebut mengindikasikan bahwa ada kemungkinan peningkatan tren kasus KtA, mengingat kasus ini sering ditutupi oleh keluarga karena dianggap sebagai masalah domestik. Menurut data pengaduan Komisi Perlindungan Anak Indonesia (KPAI), total kasus pelecehan seksual terhadap anak pada 2011 mencapai 329, tahun 2012 naik menjadi 746 kasus, dan 525 kasus pada 2013 (Laporan Triwulan IV KPAI, 2013).

Hasil pantauan KPAI selama 3 tahun ditemukan rata-rata 45 anak mengalami kekerasan seksual setiap bulannya. Data lain terkait dengan kekerasan terhadap perempuan dan anak, yaitu data tentang Tindak Pidana Perdagangan Orang (TPPO)/*trafficking* dan Eksploitasi Seksual Anak (ESA). Berdasarkan data yang dihimpun oleh Komnas Perempuan, kasus perdagangan orang (*trafficking*) sebanyak 614 kasus (Catatan Tahunan Komnas Perempuan, 2013).

Sementara itu, data tentang *trafficking* dari IOM tahun 2005 sampai dengan Juni tahun 2012 terdapat 962 anak menjadi korban trafiking, dengan berbagai dampak masalah kesehatan seperti penularan IMS yaitu penyakit Sifilis, Klamidia, Gonore, termasuk HIV dan AIDS, serta dampak trauma psikologis. Hal ini menandakan bahwa *trafficking* juga menimbulkan bahaya yang cukup besar terhadap kesehatan dan kondisi tersebut menjadi suatu ancaman yang cukup serius bagi generasi kita di masa mendatang.

Upaya yang sudah dilakukan oleh Kementerian Kesehatan untuk penanganan anak korban kekerasan (KtA) di bidang kesehatan telah dimulai sejak tahun 2003 dan pada tahun 2010 telah dikembangkan menjadi program nasional. Pada tahun 2013, targetnya sudah mencapai 76,26% yang meliputi 379 kabupaten kota dengan jumlah puskesmas sebanyak 1.526 (Profil Kesehatan 2013). Kekerasan seksual berdampak terhadap gangguan kesehatan reproduksi dan trauma psikologis yang dapat menurunkan kualitas hidup anak sebagai sumber daya manusia di kemudian hari.

4. Keguguran (Aborsi)

Keguguran atau aborsi adalah tindakan mengakhiri kehamilan menggunakan obat atau tindakan bedah setelah implantasi dan sebelum janin *viable* (*dapat hidup di luar Rahim* (kurang dari 22 minggu) (*International Federation of Gynecology and Obstetrics / FIGO, 2009*). Tindakan aborsi dapat dilakukan pada kasus-kasus yang membahayakan nyawa ibu seperti adanya kehamilan ektopik, mola hidatidosa dan penyakit trofoblas ganas. Namun kebanyakan pengguguran kandungan dilakukan karena alasan lain dengan sembunyi-sembunyi dan cara yang berbahaya.

WHO (2004) memperkirakan ada 20 juta kejadian aborsi tidak aman di dunia, 9,5% (1,9 juta) diantaranya terjadi di negara berkembang. Sekitar 13% dari total perempuan yang melakukan aborsi tidak aman berakhir dengan kematian.

Di Indonesia, belum ada data epidemiologis yang akurat dan komprehensif tentang besarnya masalah aborsi, meskipun sudah cukup banyak penelitian terserak yang membahas masalah ini. Berdasarkan data-data yang ada dan berbagai penelitian, dapat disimpulkan bahwa aborsi buatan merupakan masalah serius karena jumlah yang tercatat diketahui jauh lebih kecil dari yang terjadi (fenomena "Gunung Es"). Dengan melihat kenyataan ini, dan mengingat bahwa aborsi buatan yang tidak aman dapat menyebabkan berbagai akibat termasuk kematian, maka petugas

kesehatan perlu mewaspadaikan kejadian aborsi yang tidak aman, terutama pada kasus-kasus kehamilan remaja dan kegagalan KB, yang mungkin banyak ditemukan di wilayah kerjanya.

Angka aborsi di Indonesia diperkirakan mencapai 2,3 juta per tahun. Sekitar 750 ribu diantaranya dilakukan oleh remaja (WHO, 2004). Komnas Perlindungan Anak tahun 2012, hasil survei terhadap 14.726 anak SMP dan SMP di 12 kota besar di Indonesia menemukan 93,7% remaja mengaku pernah berhubungan seks pranikah dan 21,2% remaja mengaku pernah melakukan aborsi akibat seks pranikah.

Data Riskesdas 2010 dari perempuan kawin usia 10-59 tahun sebanyak 4% mengalami keguguran dan 3,5% melakukan pengguguran. Dari yang melakukan pengguguran sebanyak 49,4% melakukan sendiri dengan menggunakan pil (39,7%) dan jamu (39%). Sebagian besar alasan upaya mengakhiri kehamilan oleh karena terlalu dekat (24,4%), masalah kesehatan (19,5%) dan terlalu banyak anak (18,6%).

Apabila ibu hamil mengalami keguguran baik spontan maupun buatan akan mendapatkan penanganan pasca keguguran yang dilaksanakan di puskesmas PONEK dan RS PONEK. Hal ini bertujuan untuk mencegah terjadinya komplikasi infeksi dan atau perdarahan yang dapat mengancam jiwa ibu. Selanjutnya ibu akan diberikan pelayanan KB pasca keguguran, untuk mencegah terjadinya keguguran yang berulang di kemudian hari.

5. Infertilitas

Infertilitas adalah ketidakmampuan menghasilkan anak. Pasangan dikatakan infertil jika 2 tahun menikah dengan hubungan seks yang rutin, tanpa kontrasepsi, dan belum pernah mengalami kehamilan (WHO). Sekitar 10-20 % pasangan usia subur mengalami infertilitas atau ketidaksuburan.

Masalah ini dapat berkembang menjadi masalah sosial, bila pihak isteri selalu dianggap sebagai penyebab. Akibatnya, perempuan menjadi terpojokan dan mengalami kekerasan, kesehatannya diabaikan serta diberi label sebagai perempuan mandul selama hidupnya, sementara ketidaksuburan dapat berasal dari pihak suami.

Infertilitas dapat dikelompokkan dalam dua jenis, yaitu:

- 1) Infertilitas primer: bila pasutri sama sekali belum pernah mengalami konsepsi.
- 2) Infertilitas sekunder: bila pasutri pernah mengalami konsepsi, namun kemudian tak mampu lagi.

Infertilitas dapat disebabkan oleh pihak laki laki maupun perempuan. Di negara berkembang banyak laki laki dan perempuan penderita penyakit kelamin yang tidak mendapatkan pengobatan yang memadai, hal ini mengakibatkan radang panggul pada perempuan dan epididimitis pada pria yang akan mengurangi kesuburan. Infertilitas merupakan masalah yang kompleks, sehingga penanganan infertilitas di pelayanan kesehatan dasar sangat terbatas. Fasilitas pelayanan kesehatan dasar dapat memberikan informasi yang memadai kepada klien tentang berbagai penyebab infertilitas dan memberikan pelayanan rujukan ke RS. Data SIRS tahun 2010 menunjukkan jumlah kunjungan rawat jalan pasien perempuan sebanyak 14.059 orang dan rawat inap sebanyak 715 orang.

6. Fistula Vesiko-Vaginal Dan Rekto-Vaginal

Fistula vesiko-vaginal dan *rekto-vaginal* merupakan masalah yang besar bagi kesehatan reproduksi di negara-negara yang sedang berkembang, meskipun di negara maju kasus seperti ini sudah jarang ditemukan. *Fistula vesiko-vaginal* adalah keadaan adanya lubang yang menghubungkan vagina dengan *vesika urinaria* (kandung kemih), sedangkan *fistula rekto-vaginal* lubang tersebut menghubungkan vaginal dengan rektum (saluran pembuangan feses). Pada keadaan normal, lubang tersebut tidak ada.

Hubungan vagina dengan kandung kemih mengakibatkan keluarnya air seni melalui vagina, sedangkan hubungan vagina dengan rektum mengakibatkan keluarnya feces melalui vagina. Hal ini sangat mengganggu kenyamanan dan menimbulkan rasa rendah diri yang hebat pada penderitanya, gangguan dalam hubungan seksual dan memudahkan terjadinya infeksi saluran reproduksi. Sebagian besar penderita fistula adalah perempuan berusia muda di daerah perdesaan, miskin dan kurang mendapat pendidikan.

Penyebab langsung yang utama bagi terjadinya fistula adalah persalinan macet dan atau persalinan lama yang tidak tertangani dengan baik. Selain itu fistula juga dapat terjadi sebagai akibat dari pertolongan persalinan atau tindakan operatif obstetrik lain yang tidak sempurna. Contoh sederhana adalah jika pada pertolongan persalinan tidak/lupa dilakukan pemasangan kateter, maka mudah terjadi *fistula vesiko-vaginal* karena kombinasi tekanan kepala bayi dan tekanan dari isi kandung kemih menyebabkan kerusakan pada dinding pembatas vagina dan *vesika urinaria* akibat kurangnya aliran darah, sehingga jaringan dinding pemisah tersebut mati, apalagi jika persalinan itu berlangsung lama atau bahkan macet. Kerusakan pada dinding itu, kemudian menyebabkan dinding berlubang. Penyebab lain adalah kerusakan pada vagina karena perlukaan pada saat hubungan seks pada perempuan yang masih sangat muda.

Penyebab tidak langsung dari terjadinya fistula adalah semua faktor yang mempengaruhi terjadinya persalinan macet dan mutu pelayanan obstetrik dan ginekologi, antara lain akses pelayanan yang rendah terhadap pelayanan kesehatan (sosial ekonomi), perkawinan pada usia sangat muda, kurang gizi kronis, serta tidak tersedianya fasilitas bedah sesar.

7. Prolapsus Uteri

Prolapsus Uteri adalah penurunan sebagian atau seluruh bagian kandungan ke vagina. Keadaan ini dapat menjadi masalah yang

serius dan sering dialami perempuan yang kurang gizi dan mempunyai kelemahan pada otot panggul penyangga uterus, selain itu juga timbul akibat dari sering melahirkan dan pertolongan persalinan yang tidak mengikuti tata cara yang layak.

Faktor-faktor penyebab prolapsus uteri:

- Kawin terlalu muda dan kehamilan dini
- Banyak melahirkan (lebih dari 4)
- Malnutrisi atau kekurangan gizi
- Pada saat melahirkan, mengejan sebelum leher rahim terbuka sempurna
- Membawa barang terlalu berat dan kurang istirahat pada waktu hamil dan setelah melahirkan.

Data terkait prolapsus uteri di Indonesia sampai saat ini belum akurat, namun dengan melihat kenyataan di lapangan, diperkirakan bahwa jumlah kasus prolapsus uteri masih tinggi jumlahnya. Menurut data SIRS tahun 2010 menunjukkan kunjungan pasien rawat jalan untuk prolapsus uteri sebanyak 4.847 orang dan kunjungan rawat inap sebanyak 690 orang.

8. Kanker Prostat

Kanker prostat adalah tumor ganas yang tumbuh pada organ prostat pria, merupakan hasil dari pertumbuhan sel acinic prostat yang tidak normal dan tidak teratur. Kejadian kanker prostat di seluruh dunia saat ini terus mengalami peningkatan. Di Asia, Jepang dan Korea mencatat peningkatan sebesar 2,5 - 5 kali lipat.

Kanker prostat merupakan keganasan paling sering pada pria dibandingkan dengan Kanker kulit. Menurut *The American Cancer Society*, diperkirakan pada tahun 2013 di Amerika Serikat, terdapat 238.590 kasus baru dan 29.720 orang akan meninggal karena kanker prostat. Kanker prostat terjadi pada 1 dari 6 orang. Kasus meningkat pesat dalam beberapa tahun terakhir dan tingkat

kematian menurun, yang mungkin karena skrining meningkat dan deteksi dini. Risiko terkena kanker prostat meningkat secara signifikan dengan usia, dan 60% dari kasus baru didiagnosa terjadi pada pria di atas usia 70 tahun. Di Indonesia data SIRS tahun 2010 menunjukkan kunjungan rawat jalan pasien kanker prostat sebanyak 1.893 orang dan rawat inap sebanyak 477 orang.

9. Benign Prostatic Hyperplasia

Benign Prostatic Hyperplasia (BPH) sering diketemukan pada pria yang menjelang usia lanjut. Istilah BPH atau *benign prostatic hyperplasia* sebenarnya merupakan istilah histopatologis, yaitu terdapat hiperplasia sel-sel stroma dan sel-sel epitel kelenjar prostat. BPH dapat dialami oleh sekitar 70% pria di atas usia 60 tahun. Angka ini akan meningkat hingga 90% pada pria berusia di atas 80 tahun.

Meskipun jarang mengancam jiwa, BPH memberikan keluhan yang menjengkelkan dan mengganggu aktivitas sehari-hari. Keadaan ini akibat dari pembesaran kelenjar prostat atau *benign prostate enlargement* (BPE) yang menyebabkan terjadinya obstruksi pada leher buli-buli dan uretra atau dikenal sebagai *bladder outlet obstruction* (BOO). Obstruksi yang khusus disebabkan oleh pembesaran kelenjar prostat disebut sebagai *benign prostate obstruction* (BPO). Obstruksi ini lama kelamaan dapat menimbulkan perubahan struktur buli-buli maupun ginjal sehingga menyebabkan komplikasi pada saluran kemih atas maupun bawah.

Pembesaran prostat dianggap sebagai bagian dari proses penambahan usia, seperti halnya rambut yang memutih. Oleh karena itulah dengan meningkatnya usia harapan hidup, meningkat pula prevalensi BPH. *Office of Health Economic* Inggris telah mengeluarkan proyeksi prevalensi BPH bergejala di Inggris dan Wales beberapa tahun ke depan. Pasien BPH bergejala yang berjumlah sekitar 80.000 pada tahun 1991, diperkirakan akan meningkat menjadi satu setengah kalinya pada tahun 2031.

Tidak semua pasien BPH berkembang menjadi BPH yang bergejala (symptomatic BPH). Prevalensi BPH yang bergejala pada pria berusia 40-49 tahun mencapai hampir 15%. Angka ini meningkat dengan bertambahnya usia, sehingga pada usia 50-59 tahun prevalensinya mencapai hampir 25%, dan pada usia 60 tahun mencapai angka sekitar 43%.

Angka kejadian BPH di Indonesia yang pasti belum pernah diteliti, tetapi sebagai gambaran hospital prevalence di dua rumah sakit besar di Jakarta yaitu RS. Cipto Mangunkusumo dan Sumber Waras selama 3 tahun (1994-1997) terdapat 1040 kasus. Sedangkan data SIRS tahun 2010 untuk kunjungan rawat jalan pasien hiperplasia prostat atau BPH sebanyak 28.017 orang dan rawat inap sebanyak 6.924 orang.

BAB III

PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI TERPADU

A. Konsep Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu

Hasil lokakarya nasional kesehatan reproduksi menyepakati bahwa untuk dapat memenuhi hak reproduksi individu/perorangan, maka pelayanan program dalam komponen kesehatan reproduksi harus diselenggarakan secara terintegrasi, holistik dan berkualitas. Dalam mencari bentuk pelayanan integratif kesehatan reproduksi disepakati untuk lebih berorientasi kepada kebutuhan klien. Adanya perbedaan sasaran dalam tiap komponen kesehatan reproduksi dan perbedaan masalah pada tiap klien, menuntut pelayanan yang komprehensif, namun spesifik dan sesuai kebutuhan. Dengan demikian, pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu (PKRT) bertumpu pada pelayanan yang dilaksanakan berdasarkan kepentingan dan kebutuhan klien sesuai dengan siklus hidup yaitu sejak dalam kandungan, bayi, balita, remaja, dewasa hingga lanjut usia. Oleh karena itu, PKRT bukanlah suatu pelayanan kesehatan yang baru maupun yang berdiri sendiri, tetapi merupakan keterpaduan dari berbagai pelayanan pada komponen program kesehatan reproduksi, agar sasaran memperoleh pelayanan yang holistik, komprehensif dan berkualitas yang meliputi aspek Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE), preventif, kuratif dan rehabilitatif didasarkan pada kepentingan sasaran/klien sesuai dengan tahap dalam siklus hidup.

Pada Lokakarya Nasional Kesehatan Reproduksi 1996 disepakati 2 (dua) paket PKRT yang dilaksanakan di fasilitas pelayanan kesehatan dasar, yaitu:

1. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial

Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE) merupakan pelayanan kesehatan reproduksi yang mengintegrasikan 4 (empat) komponen program, yaitu Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Keluarga Berencana (KB), Pencegahan dan Penanganan Infeksi Menular Seksual/Infeksi Saluran Reproduksi dan HIV-AIDS serta Kesehatan Reproduksi Remaja.

2. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif

Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif (PKRK) merupakan pelayanan kesehatan reproduksi yang mengintegrasikan ke 4 (empat) komponen esensial di atas dengan komponen kesehatan reproduksi lain seperti pada menopause dan andropause pada lanjut usia, pencegahan dan penanganan kekerasan terhadap perempuan, pencegahan dan penanganan kanker serviks dan lain sebagainya.

Pada awalnya, pelayanan kesehatan dasar diharapkan dapat melaksanakan pelayanan integratif esensial yang terdiri dari 4 komponen: KIA, KB, Kesehatan reproduksi remaja dan Pencegahan dan penanganan IMS dan HIV/AIDS, yang kemudian ditingkatkan menjadi pelayanan komprehensif dengan penambahan komponen pelayanan kesehatan reproduksi pada lanjut usia. Namun pada kenyataannya terdapat variasi dalam ketersediaan, kesiapan dan perkembangan program dalam lingkup kesehatan reproduksi yang akan diterpadukan. Untuk itu, pengintegrasian pelayanan dari program program tersebut secara umum disebut sebagai pelayanan kesehatan reproduksi terpadu (PKRT).

B. Pendekatan dalam Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu

Baik PKRE maupun PKRK sebenarnya merupakan sekumpulan pelayanan yang telah ada bahkan sebagian telah dilaksanakan dan telah jauh berkembang, seperti pelayanan KIA dan KB. Di samping itu ada pelayanan yang relatif baru seperti deteksi dini kanker payudara dan kanker leher rahim (kanker serviks). Sasaran dan masalah dari tiap komponen pelayanan kesehatan reproduksi sangat berbeda, sehingga memerlukan pendekatan yang berbeda pula dalam pengelolaannya. Hal yang baru dan perlu diperhatikan dalam pelaksanaan PKRT adalah pelaksanaan paradigma baru, yaitu:

- 1) Mengutamakan kepentingan klien dengan memperhatikan hak reproduksi, keadilan dan kesetaraan gender.
- 2) Menggunakan pendekatan siklus hidup dalam menangani masalah kesehatan reproduksi.

Pendekatan ini berarti memperhatikan kekhususan kebutuhan penanganan kesehatan reproduksi pada setiap fase kehidupan, serta kesinambungan antar fase kehidupan tersebut. Dalam pendekatan siklus hidup, dikenal 5 (lima) tahap, yaitu:

- (a) Konsepsi
- (b) Bayi dan anak
- (c) Remaja
- (d) Usia subur
- (e) Usia lanjut

Masalah kesehatan reproduksi pada setiap fase kehidupan dapat diperkirakan, oleh karena itu jika tidak ditangani dengan baik maka akan berakibat buruk pada kehidupan selanjutnya. Perempuan mempunyai kebutuhan khusus dibandingkan dengan laki-laki, karena kodratnya untuk haid, hamil, melahirkan, menyusui dan mengalami menopause, sehingga memerlukan pemeliharaan kesehatan yang lebih intensif selama hidupnya. Oleh karena itu, pada masa-masa kritis seperti pada saat kehamilan, utamanya saat akan bersalin diperlukan perhatian.

- 3) Memperluas jangkauan pelayanan kesehatan reproduksi secara proaktif
- 4) Meningkatkan kualitas hidup masyarakat melalui pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas.

Pelaksanaan keterpaduan pelayanan dikembangkan atas dasar paradigma tersebut disamping mempertimbangkan tingkat perkembangan program, karakteristik sasaran dan masalah yang berbeda antar komponen program. Pelayanan kesehatan reproduksi terpadu diupayakan agar dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien, sehingga sifatnya mereorganisasi upaya dan pelayanan yang telah ada namun disesuaikan dengan kebutuhan baru. Penerapan PKRT di suatu wilayah perlu dikaji kebutuhan setempat yang mungkin berbeda di samping tingkat pencapaian program yang berbeda pula. Oleh karena itu idealnya penyusunan rencana pelaksanaan keterpaduan hendaknya berdasarkan analisis data dan masalah setempat.

Adapun prinsip-prinsip yang perlu diperhatikan dalam pelaksanaan kesehatan reproduksi terpadu adalah:

1. Pelayanan yang holistik

Pelayanan yang diberikan memandang klien sebagai manusia yang utuh, artinya pelayanan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan klien, namun petugas kesehatan dapat menawarkan dan memberikan pelayanan lain yang dibutuhkan oleh klien yang diidentifikasi melalui proses anamnesis. Keterpaduan pelayanan harus dikaji secara menyeluruh pada 4 atau sekurang-kurangnya 3 komponen esensial kesehatan reproduksi, meskipun dengan gradasi yang berbeda-beda sesuai dengan kondisi dan kebutuhan setempat.

2. Keterpaduan dalam pelayanan

Pelayanan kesehatan reproduksi diupayakan dapat diberikan secara terpadu, sehingga klien mendapatkan semua pelayanan yang dibutuhkan dalam ruang lingkup reproduksi sekaligus dalam satu kali kunjungan/pelayanan. Keterpaduan pelayanan antar komponen kesehatan reproduksi yang diberikan dapat dilakukan oleh 1 (satu) orang, tetapi bisa juga dilakukan oleh beberapa orang, namun harus pada 1 (satu) institusi. Pelayanan dilaksanakan secara terpadu dalam 1 (satu) tempat yang sama dan dalam 1 (satu) hari, yang dikenal dengan "*One Stop Services*" (Sekali Datang Semua Pelayanan Diperoleh). Pelayanan komponen program kesehatan reproduksi yang akan diintegrasikan harus dapat diberikan setiap hari kerja.

3. Fleksibel

Untuk pelayanan yang memerlukan rujukan ke jenjang yang lebih tinggi, termasuk pelayanan konseling, bisa dilakukan pada waktu atau fasilitas lain dimana pelayanan yang dibutuhkan tersedia. Rujukan ini harus dipantau untuk memastikan klien mendapatkan pelayanan yang dibutuhkan.

Dengan adanya keterpaduan pelayanan tersebut, maka pelayanan kesehatan reproduksi menjadi berkualitas, karena klien yang dilayani mendapatkan seluruh pelayanan secara efektif dan efisien.

Artinya, jika seorang ibu hamil datang ke puskesmas maka ibu tersebut tidak hanya diberi pelayanan untuk kehamilannya saja (antenatal), tetapi juga diberi semua pelayanan lain yang penting untuk kesehatan reproduksinya, misalnya deteksi infeksi saluran reproduksi, konseling tentang Keluarga Berencana, kemungkinan adanya kekerasan berbasis gender dan lain sebagainya.

C. Penyediaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu

Kegiatan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu mencakup semua pelayanan yang disediakan oleh program-program yang ada dalam ruang lingkup kesehatan reproduksi, misalnya:

1. Kesehatan Ibu dan Anak
2. Keluarga Berencana
3. Kesehatan Reproduksi Remaja
4. Pencegahan dan Penanggulangan Infeksi Menular Seksual, termasuk HIV dan AIDS.
5. Kesehatan reproduksi pada lanjut usia
6. Berbagai pelayanan kesehatan reproduksi lainnya, misalnya, deteksi dini kanker leher rahim dan kanker payudara, infertilitas, kesehatan reproduksi pada lanjut usia, dan sebagainya.

Dalam menyediakan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas, setiap fasilitas pelayanan kesehatan dituntut untuk menilai apakah pelayanan yang diberikan telah menyediakan semua pelayanan kesehatan reproduksi yang diperlukan oleh klien. Jika fasilitas tersebut baru dapat melakukan pelayanan untuk kesehatan ibu hamil dan keluarga berencana, maka perlu segera dilakukan upaya dalam menambah kemampuan petugas dan menyediakan sarana dan prasarana agar dapat memberikan pelayanan kesehatan reproduksi lainnya.

Apabila dalam pelaksanaan pelayanan kepada klien, terdapat kebutuhan pelayanan kesehatan reproduksi lainnya (misalnya untuk lanjut usia atau penderita kanker leher rahim (kanker serviks), pencegahan dan penanganan infertilitas), maka perlu diupayakan agar

fasilitas pelayanan kesehatan dapat menambah kegiatan pelayanan yang dibutuhkan. Melalui upaya tersebut, maka fasilitas pelayanan akan terus meningkat secara bertahap dalam hal jenis dan mutu pelayanan yang dapat diberikan kepada klien. Hal ini dapat berkontribusi dalam menentukan keberhasilan fasilitas tersebut dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas dan sesuai dengan kebutuhan setempat.

Dalam menyelenggarakan keterpaduan pelayanan kesehatan reproduksi tersebut perlu dibuat **Bagan Alur Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu** yang disepakati oleh seluruh petugas terkait. Bagan ini dapat terus disesuaikan dan diperbaiki secara bertahap.

Kriteria Puskesmas yang mampu tata laksana PKRT adalah sebagai berikut:

1. Melaksanakan keterpaduan program KIA, KB, IMS-HIV, kesehatan reproduksi remaja, kesehatan reproduksi lanjut usia serta program kesehatan reproduksi lainnya.
2. Telah mendapat advokasi, sosialisasi atau fasilitasi puskesmas PKRT.
3. Pada setiap poli melakukan pelayanan yang mengintegrasikan komponen program kesehatan reproduksi melalui anamnesis, diagnosa, pengobatan termasuk Komunikasi, Informasi, Pendidikan dan Konseling (KIP/K). Hal ini dapat dilihat melalui ketersediaan bagan alur pelaksanaan pelayanan di puskesmas.
4. Petugas wajib mencatat pelayanan yang diberikan dengan menggunakan rekam medis atau format pelaporan yang sudah ada (kartu ibu, register kohort ibu, buku KIA, dan program lain yang sudah ada, seperti KB, gizi, dan sebagainya).
5. Diutamakan dilaksanakan pada Puskesmas PONEB, dengan asumsi bahwa pada puskesmas PONEB ketersediaan alat dan tenaga telah memadai.

Ditinjau dari jenis pelayanan kesehatan reproduksi, maka hampir di setiap fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia, saat ini telah tersedia pelayanan untuk KIA dan KB, tetapi belum tentu tersedia program terkait pelayanan kesehatan reproduksi lainnya. Oleh karena itu, perlu segera diupayakan untuk menyediakan pelayanan kesehatan reproduksi lainnya sehingga mampu memberikan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu.

BAB IV

STRATEGI DAN KEGIATAN POKOK

A. Strategi

1. Meningkatkan upaya advokasi dan komitmen pemerintah daerah di tiap tingkat administrasi untuk menciptakan suasana yang mendukung dalam pelaksanaan program kesehatan reproduksi.
2. Menyediakan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu yang merata dan sesuai dengan kewenangan di tiap tingkat pelayanan.
3. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan reproduksi dengan memperhatikan kepuasan klien.
4. Mengembangkan upaya kesehatan reproduksi dengan prioritas sesuai dengan masalah spesifik daerah.
5. Menerapkan program kesehatan reproduksi melalui kemitraan lintas program dan, sektor terkait, termasuk organisasi profesi, agen donor, LSM dan masyarakat.
6. Meningkatkan keadilan dan kesetaraan gender, termasuk meningkatkan hak perempuan dalam kesehatan reproduksi.
7. Meningkatkan penelitian dan pengumpulan data berwawasan gender yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi dalam rangka mendukung kebijakan program dan peningkatan kualitas pelayanan.

B. Kegiatan Pokok

Kegiatan pokok yang perlu dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Pemantapan Manajemen Program Kesehatan Reproduksi

- (a) Penetapan kebijakan dan strategi yang mendukung terlaksananya pelayanan kesehatan reproduksi yang terpadu sesuai kebutuhan klien.
- (b) Penetapan standar pelayanan yang mengacu pada masing masing komponen sesuai dengan kebijakan dan strategi program yang ada.
- (c) Perluasan dan pemerataan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu.

- (d) Pemantauan dan evaluasi program serta pelayanan kesehatan reproduksi dengan menggunakan instrumen (indikator) pemantauan yang telah disepakati.

2. Penerapan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu

Agar pelayanan kesehatan reproduksi bersifat responsif terhadap kebutuhan klien, maka setiap pelayanan yang diberikan perlu diintegrasikan. Dengan demikian pelayanan kesehatan reproduksi yang dibutuhkan seorang klien perlu menampung aspek pelayanan kesehatan reproduksi lainnya yang relevan dengan tetap mengikuti standar pelayanan yang berlaku bagi masing-masing jenis pelayanan. Beberapa contoh keterpaduan PKRT dimana masing-masing komponen pelayanan memasukkan unsur pelayanan lainnya sebagai berikut:

a. Pelayanan KIA:

- (1) Pada pelayanan antenatal terpadu, persalinan dan nifas memasukkan unsur pelayanan pencegahan dan penanganan IMS serta melakukan motivasi klien untuk pelayanan KB dan memberikan pelayanan KB pasca persalinan. Dalam pertolongan persalinan dan penanganan bayi baru lahir perlu memperhatikan kewaspadaan standar terhadap pencegahan infeksi.
- (2) Asuhan Pasca Keguguran (APK) memasukkan unsur pelayanan pencegahan dan penanggulangan IMS serta konseling/pelayanan KB pasca persalinan.

b. Pelayanan KB

- (1) Pada pelayanan KB memasukan unsur pelayanan pencegahan dan penanggulangan IMS, HIV dan AIDS.
- (2) Pelayanan KB difokuskan selain kepada sasaran muda-usia paritas-rendah (mupar) yang lebih mengarah kepada kepentingan pengendalian populasi; juga diarahkan untuk sasaran dengan “4 terlalu”.

c. Pencegahan dan penanggulangan IMS, termasuk HIV dan AIDS. Pelayanan pencegahan dan penanggulangan IMS, termasuk HIV dan AIDS dimasukan ke dalam setiap komponen pelayanan

kesehatan reproduksi seperti pada pelayanan antenatal terpadu melalui program Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA), pada saat pelayanan KB, serta pada saat pemberian KIE terhadap perilaku seksual berisiko pada remaja.

- (1) Pelayanan kesehatan reproduksi remaja yang bersifat promotif dan preventif terfokus pada pelayanan KIP/K, yang memasukkan materi-materi *Family Life Education* dan *Life Skill Education*.
- (3) Pelayanan kesehatan reproduksi remaja memperhatikan aspek fisik, termasuk kesehatan dan gizi, agar remaja – khususnya remaja putri dapat dipersiapkan menjadi calon ibu yang sehat.
- (4) Pelayanan kesehatan reproduksi remaja secara khusus bagi remaja bermasalah diberikan sesuai dengan kebutuhan dan masalahnya, misalnya kehamilan di luar nikah, kehamilan remaja, remaja dengan ketergantungan narkotik, psikotropik dan zat adiktif lainnya (napza), dan lain-lain.

d. Kesehatan reproduksi lanjut usia dan kesehatan reproduksi lainnya

- (1) Pelayanan kesehatan reproduksi lanjut usia lebih ditekankan untuk meningkatkan kualitas hidup pada usia lanjut. Selain upaya promotif dan preventif, pengembangan upaya kesehatan reproduksi lanjut usia juga ditujukan untuk mengatasi masalah yang sering ditemukan pada lanjut usia, misalnya masalah menopause/andropause dan pencegahan osteoporosis serta penyakit degeneratif lainnya.
- (2) Pada pelayanan kesehatan reproduksi lainnya diberikan sesuai dengan kebutuhan, misalnya pada kasus keguguran diberikan pelayanan asuhan pasca keguguran untuk mencegah terjadinya perdarahan dan infeksi kemudian diberikan pelayanan KB pasca keguguran.

3. Penerapan Kegiatan Pendukung

Kegiatan pendukung meliputi berbagai kegiatan untuk mengatasi masalah yang berkaitan dengan program dan pelayanan kesehatan reproduksi.

a. Penanganan masalah sosial yang berkaitan erat dengan kesehatan reproduksi antara lain:

- (1) Keadilan dan kesetaraan gender
- (2) Kekerasan terhadap perempuan dan anak

Kegiatan untuk mengatasi masalah ini dilaksanakan secara lintas program dan lintas sektor. Bentuk kegiatan yang dilakukan oleh sektor kesehatan antara lain:

- (a) Meningkatkan pemahaman petugas di tiap tingkatan tentang keadilan dan kesetaraan gender serta berbagai bentuk kekerasan terhadap perempuan dan anak, serta akibatnya terhadap kesehatan.
- (b) Meningkatkan keterampilan pengelola program dalam melakukan analisis gender serta pengarusutamaan gender dalam kebijakan program kesehatan.
- (c) Meningkatkan peran serta laki-laki dalam kesehatan reproduksi.
- (d) Menangani kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak, baik dalam aspek medis maupun KIP/K dalam mengatasi masalah klien, dan menghubungkan klien untuk mendapatkan pelayanan lain.

b. Advokasi dan mobilisasi sosial

Kegiatan advokasi dan mobilisasi sosial diperlukan untuk pemantapan dan perluasan komitmen dan dukungan politis dalam upaya mengatasi masalah kesehatan reproduksi. Pelaksanaan kegiatan dapat bekerjasama dengan program dan sektor lain.

c. Koordinasi lintas sektor

Dalam penanganan masalah kesehatan reproduksi diperlukan koordinasi lintas sektor dan program. Untuk itu di tingkat nasional perlu diadakan forum koordinasi yang bersifat fungsional.

d. Pemberdayaan masyarakat

Kegiatan pemberdayaan masyarakat diperlukan untuk meningkatkan kemampuan masyarakat secara mandiri dalam mengatasi masalah kesehatan reproduksi, misalnya pengorganisasian transportasi rujukan ibu hamil/bersalin, arisan peserta KB, tabulin dan sebagainya.

e. Pemenuhan kebutuhan logistik

Dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas diperlukan dukungan sarana dan prasarana yang memadai.

f. Peningkatan keterampilan petugas

Dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan reproduksi, antara lain diperlukan kegiatan untuk peningkatan keterampilan melalui pelatihan, orientasi, lokakarya dan sebagainya, agar kegiatan ini dapat terlaksana secara terpadu, efektif dan efisien.

BAB V
PEMBAGIAN PERAN DALAM PELAKSANAAN
PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI TERPADU

A. Peran Kementerian Kesehatan

1. Menyusun pedoman umum dan petunjuk teknis Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu
2. Melakukan advokasi, sosialisasi, dan koordinasi pelayanan terpadu diantara penanggung jawab komponen kesehatan reproduksi terkait
3. Orientasi dan fasilitasi teknis bagi pengelola program di tingkat Provinsi
4. Menyediakan buku-buku pedoman dan media KIE terkait komponen kesehatan reproduksi
5. Pemenuhan sarana dan prasarana terkait pelayanan kesehatan reproduksi
6. Monitoring dan evaluasi.

B. Peran Dinas Kesehatan Tingkat Provinsi

1. Melakukan advokasi, sosialisasi, dan koordinasi pelayanan terpadu kesehatan reproduksi di tingkat Provinsi
2. Pelatihan program yang terkait komponen PKRT
3. Orientasi dan fasilitasi teknis bagi pengelola program di tingkat Kabupaten/Kota
4. Membangun kemitraan dengan LSM, sekolah, tokoh agama, tokoh masyarakat, dan kader untuk mendukung pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi
5. Menyediakan buku-buku pedoman dan media KIE terkait komponen kesehatan reproduksi
6. Pencatatan dan pelaporan
7. Monitoring dan evaluasi.

C. Peran Dinas Kesehatan Tingkat Kabupaten/Kota

1. Advokasi, sosialisasi, dan koordinasi pelayanan terpadu kesehatan reproduksi di tingkat Kabupaten/Kota

2. Pelatihan, orientasi dan fasilitasi teknis bagi pengelola dan pelaksana program kesehatan reproduksi di tingkat Puskesmas
3. Orientasi dan fasilitasi teknis bagi pengelola dan pelaksana program kesehatan reproduksi di tingkat Puskesmas
4. Menentukan Puskesmas yang akan memberikan PKRT
5. Membangun kemitraan dengan LSM, sekolah, tokoh agama, tokoh masyarakat, dan kader untuk mendukung pelaksanaan PKRT
6. Menyediakan buku-buku pedoman dan media KIE terkait komponen kesehatan reproduksi
7. Pencatatan dan pelaporan
8. Monitoring dan evaluasi.

D. Peran Puskesmas

1. Melaksanakan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu
2. Advokasi lintas program dan lintas sektor dengan strategi KIE
3. Membangun kemitraan dengan LSM, sekolah, panti, tokoh agama, tokoh masyarakat, dan kader untuk mendukung pelaksanaan PKRT di Puskesmas
4. Sosialisasi dan KIE tentang pelayanan kesehatan reproduksi terpadu kepada masyarakat
5. Menyediakan media KIE terkait komponen kesehatan reproduksi
6. Pencatatan dan pelaporan
7. Monitoring dan evaluasi.

E. Peran Puskesmas Pembantu, Poskesdes dan Polindes

1. Mengidentifikasi kelompok sasaran (Ibu hamil, remaja, dan kelompok berisiko)
2. Memberikan pelayanan kesehatan reproduksi pada kelompok sasaran termasuk rujukan dan kunjungan rumah
3. Membangun jejaring dan bekerjasama untuk mendukung pelaksanaan kesehatan reproduksi terpadu
4. Menggerakkan dan melaksanakan (posyandu, poslansia/posbindu, poskesdes, dan poskestren)
5. Pencatatan dan pelaporan.

BAB VI

PENCATATAN DAN PELAPORAN

Pencatatan dan pelaporan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu pada prinsipnya dilakukan dengan menggunakan format-format yang ada pada masing masing komponen program kesehatan reproduksi seperti Kartu Ibu, Formulir K4 KB, register kohort antenatal, formulir registrasi layanan IMS, Formulir Registrasi Layanan TIPK format laporan bulanan PKPR dan lain-lain. Pada format pencatatan tersebut dapat ditambahkan informasi tentang pelayanan lain yang diberikan, untuk melihat keterpaduan dari pelayanan dengan memberikan tanda/kode tertentu atau membuat kolom tambahan. Selain pencatatan dan pelaporan, untuk melihat keterpaduan pelayanan kesehatan reproduksi dapat dilihat dari bagan alur pelayanan di puskesmas yang menunjukkan keterpaduan di setiap komponen kesehatan reproduksi.

Untuk pelaporan cakupan program KIA, KB, IMS/HIV-AIDS, kesehatan reproduksi remaja dan kesehatan reproduksi lainnya dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menggunakan format atau formulir masing-masing seperti formulir laporan PWS KIA, PWS KB, laporan PKPR, LB3 KIA, LB3 Gizi, laporan IMS (aplikasi SIHA), dan formulir lainnya terkait kesehatan reproduksi.

Kemudian untuk pelaporan keterpaduan pelayanan kesehatan reproduksi menggunakan formulir rekapitulasi PKRT (lampiran 7). Laporan ini disampaikan dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kab/Kota. Berdasarkan laporan tersebut, maka Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat menentukan puskesmas mana saja yang telah melaksanakan PKRT. Selanjutnya Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melaporkan jumlah puskesmas PKRT kepada Dinas Kesehatan Provinsi menggunakan formulir F1-6 Kesehatan Ibu. Sesuai dengan Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) dan diharapkan setiap kabupaten/kota membentuk minimal 4 puskesmas PKRT.

BAB VII

MONITORING DAN EVALUASI

Pelaksanaan program dan pelayanan kesehatan reproduksi perlu dipantau dan dievaluasi secara berkala. Banyak indikator yang dapat digunakan dalam memantau kemajuan program kesehatan reproduksi, namun perlu dipilih beberapa indikator yang dipandang strategis dalam menggambarkan keadaan. Di bawah ini adalah contoh beberapa indikator strategis yang dapat digunakan secara komposit, untuk memantau kemajuan program PKRT sebagai berikut:

Kesehatan Ibu dan Anak

1. Jumlah kematian ibu
2. Jumlah kematian bayi
3. Cakupan Pelayanan antenatal (K1 dan K4)
4. Cakupan Persalinan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan
5. Penanganan Komplikasi (PK)
6. Cakupan pelayanan nifas bagi Ibu dan bayi baru lahir (KF dan Kn)
7. Prevalensi anemia pada ibu hamil
8. Prevalensi BBLR

Keluarga Berencana

1. Cakupan kepesertaan KB aktif (CPR)
2. Cakupan pelayanan KB untuk laki-laki
3. Prevalensi kehamilan dengan "4 terlalu"
4. Penurunan kejadian komplikasi pelayanan KB
5. Penurunan angka drop out KB

IMS-ISR termasuk HIV dan AIDS

1. Prevalensi gonorrhoea
2. Prevalensi angka HIV
3. Prevalensi Sifilis

Kesehatan Reproduksi Remaja

1. Prevalensi Anemia pada remaja
2. Cakupan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja

Kesehatan Reproduksi Usia Lanjut

1. Jumlah usila yang mendapat konseling masalah reproduksi
2. Jumlah usila yang mendapatkan skrining kanker payudara dan serviks/prostat

Indikator Keterpaduan Pelayanan

1. Jumlah ibu hamil yang mendapat pelayanan IMS/ISR termasuk HIV dan AIDS
2. Jumlah ibu hamil yang mendapat konseling KB Pasca persalinan
3. Jumlah ibu bersalin dan nifas yang mendapat pelayanan IMS/ISR.
4. Jumlah akseptor KB yang mendapatkan pelayanan IMS/ISR termasuk HIV dan AIDS
5. Jumlah remaja yang mendapat pelayanan IMS/ISR termasuk HIV dan AIDS
6. Jumlah remaja yang mendapatkan penyuluhan/konseling kespro
7. Jumlah penderita IMS termasuk HIV dan AIDS yang mendapatkan penyuluhan/konseling KIA/KB

Pemantauan pelayanan kesehatan reproduksi bersifat lebih teknis dan sangat terkait dengan kualitas pelayanan. Pemantauannya dilaksanakan melalui supervisi teknis, dengan membandingkan pelaksanaan pelayanan terhadap standar pelayanan yang berlaku. Kesenjangan antara keduanya dijadikan masukan untuk penyusunan rencana spesifik dalam upaya peningkatan pelayanan.

BAB VIII PENUTUP

Sejak ICPD 1994 berbagai penyesuaian dan pergeseran pendekatan, serta pengembangan program perlu dilakukan di Indonesia. Sejalan dengan era desentralisasi, seyogianya daerah dapat menerjemahkan dan mengembangkan upaya kesehatan reproduksi sesuai dengan prioritas masalah di propinsi masing-masing, namun minimal meliputi paket pelayanan kesehatan reproduksi esensial.

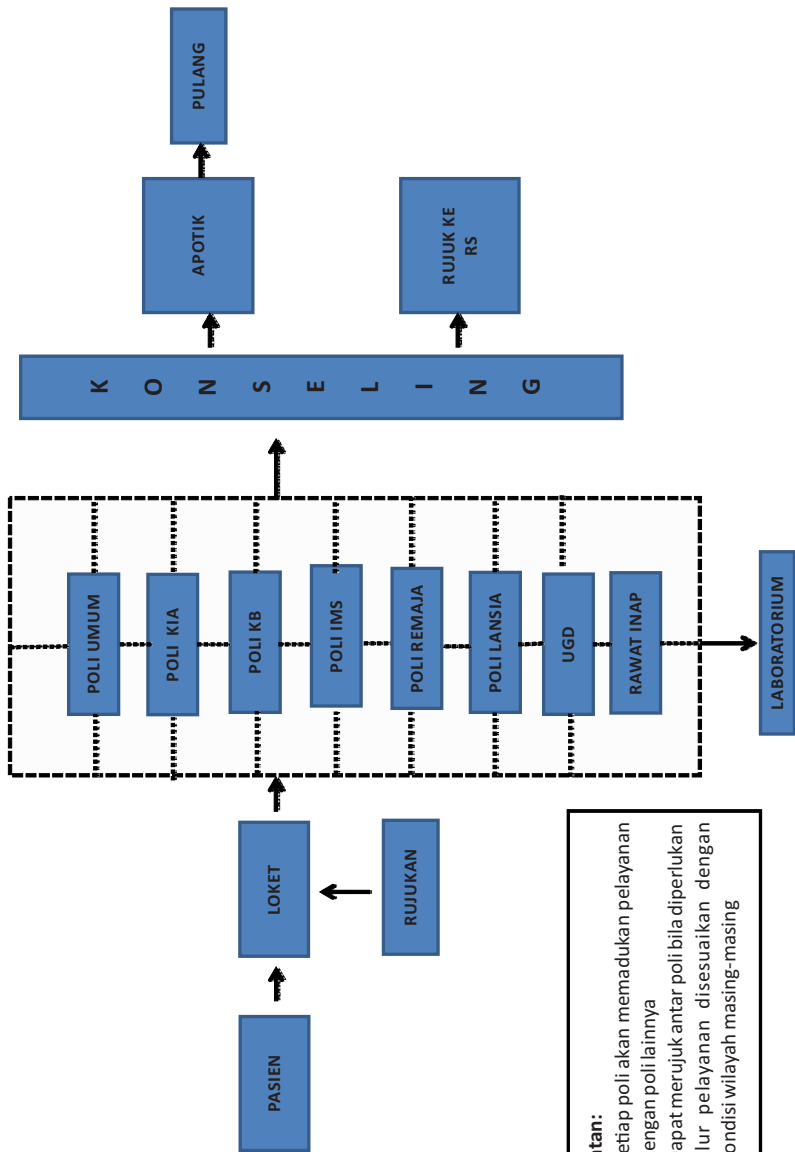
Implementasi PKRT perlu dilaksanakan secara pragmatis karena selalu ada keterbatasan berbagai sumber daya sementara upaya yang dilakukan sebenarnya bukan hal yang sama sekali baru. Namun perubahan pendekatan yang dihembuskan sejak ICPD 1994 hendaknya tetap dapat ditangkap esensinya, karena pada akhirnya bertujuan mulia, yaitu untuk meningkatkan kualitas hidup manusia, khususnya dalam aspek kesehatan reproduksi.

Masalah kesehatan reproduksi merupakan masalah yang kompleks dan memerlukan penanganan yang kompleks serta memerlukan penanganan secara lintas program, lintas sektor dan lintas disiplin ilmu dengan memperhatikan keadilan dan kesetaraan gender. Berbagai masalah kesehatan reproduksi berkaitan erat dengan isu tersebut dan hak reproduksi bagi perempuan. Keterkaitan yang erat antara masalah kesehatan reproduksi dengan masalah di luar ruang lingkup bidang kesehatan ini menuntut adanya upaya koordinasi yang intensif.

LAMPIRAN

Lampiran 1

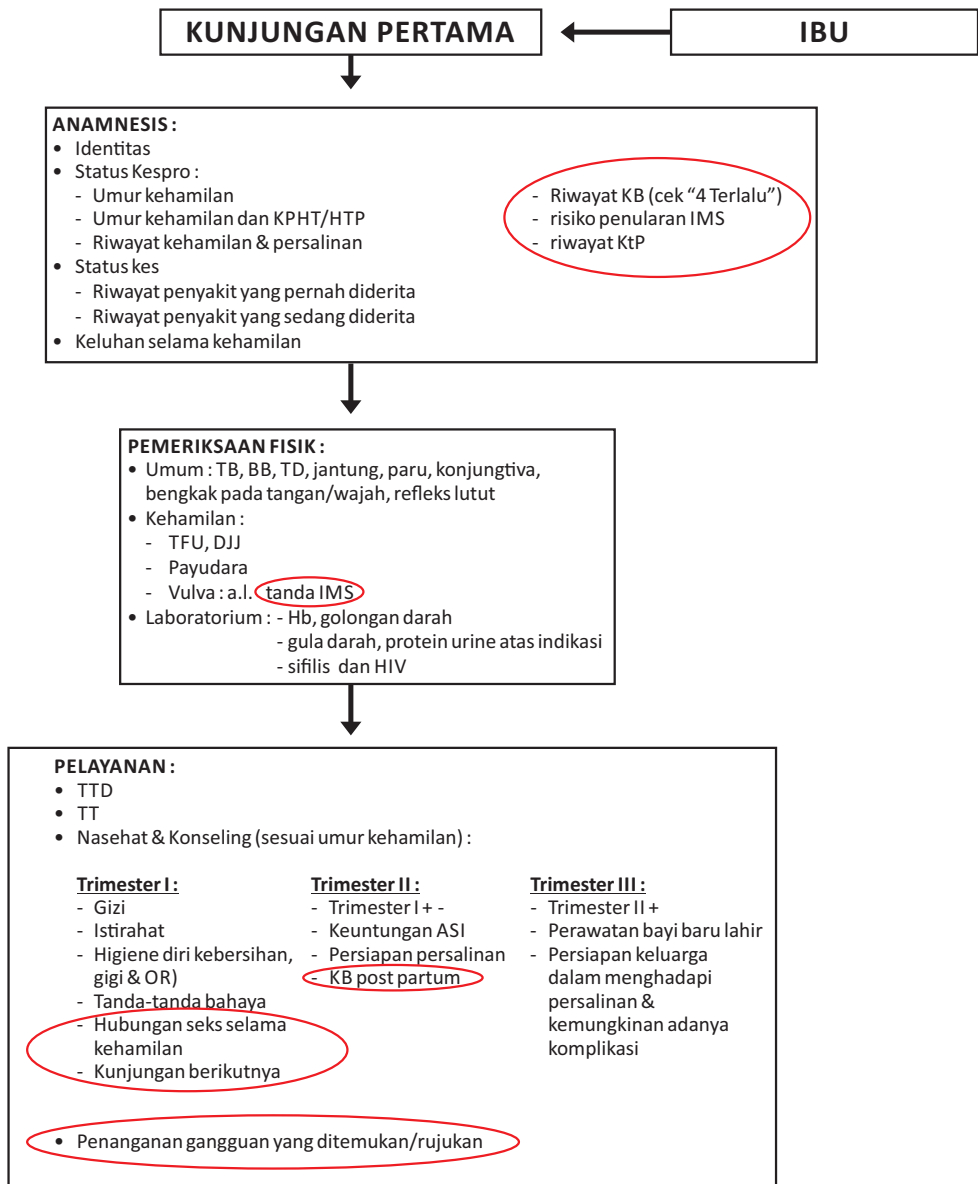
ALUR PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI TERPADU



Catatan:

- Setiap poli akan memadukan pelayanan dengan poli lainnya
- Dapat merujuk antar poli bila diperlukan
- Alur pelayanan disesuaikan dengan kondisi wilayah masing-masing

BAGAN ALUR



PELAYANAN ANTENATAL

HAMIL

KUNJUNGAN ULANG

ANAMNESIS :

- Keluhan :
 - Perkembangan keluhan y.l
 - Adakah keluhan baru
- Perawatan diri :
 - Makanan yang dikonsumsi
 - Istirahat & kerja
 - Higiene diri (kebersihan, gigi & OR)
 - Ktp, IMS
- Adanya tanda bahaya :
 - Perdarahan, per vaginam
 - Pusing hebat & bengkak pada wajah/tangan
 - Janin tidak bergerak
- Upaya pencegahan :
 - TTD
 - Suntik TT
- Umur kehamilan menurut perkiraan ibu
- Hal-hal yang ingin ditanyakan

PEMERIKSAAN FISIK :

- Umum : BB, TD, konjungtiva, bengkak pada tangan/wajah, refleks lutut
- Kehamilan :
 - TFU, DJJ
 - Payudara
 - Vulva : a.l. tanda IMS
 - Leopold I-IV
- Laboratorium : Hb, Urine atas indikasi

PELAYANAN :

- TTD
- TT
- Nasehat & Konseling (sesuai umur kehamilan) :

Trimester I :

- Gizi
- Istirahat
- Higiene diri kebersihan, gigi & OR)
- Tanda-tanda bahaya
- Hubungan seks selama kehamilan
- Kunjungan berikutnya

Trimester II :

- Trimester I +
- Keuntungan ASI
- Persiapan persalinan
- KB post partum

Trimester III :

- Trimester II +
- Perawatan bayi baru lahir
- Persiapan keluarga dalam menghadapi persalinan & kemungkinan adanya komplikasi

- Penanganan gangguan yang ditemukan/rujukan

Lampiran 3

BAGAN ALUR PELAYANAN PERSALINAN

IBU HAMIL AKAN BERSALIN

ANAMNESIS : (pada Keadaan mendesak anamnesis dapat dilakukan bersama dengan pemeriksaan fisik)

- Identitas (bila belum pernah datang)
- Pemeriksaan kehamilan yang pernah dilakukan dan oleh siapa
- Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu
- Riwayat kehamilan sekarang
- Riwayat kesehatan ibu
- Adanya tanda-tanda persalinan (HIS, ketuban dan *Blood Show*)
- Adanya tanda-tanda komplikasi persalinan.

PEMERIKSAAN FISIK :

- Umum : TD, Konjungtiva, bengkak pada tangan/wajah, refleks lutut
- Abdomen : TFU, DJJ, Leopold I-IV, Jantung, paru
- Inspeksi Vulva :
 - Ada/tidak perdarahan pervaginam. Bila ada perdarahan per vaginam pemeriksaan dalam harus dilakukan di kamar operasi sehingga perlu dirujuk
 - Tanda-tanda IMS
- Pemeriksaan dalam (bila tidak ada perdarahan pervaginam)

PERTOLONGAN PERSALINAN : dengan memperhatikan pencegahan umum terhadap infeksi :

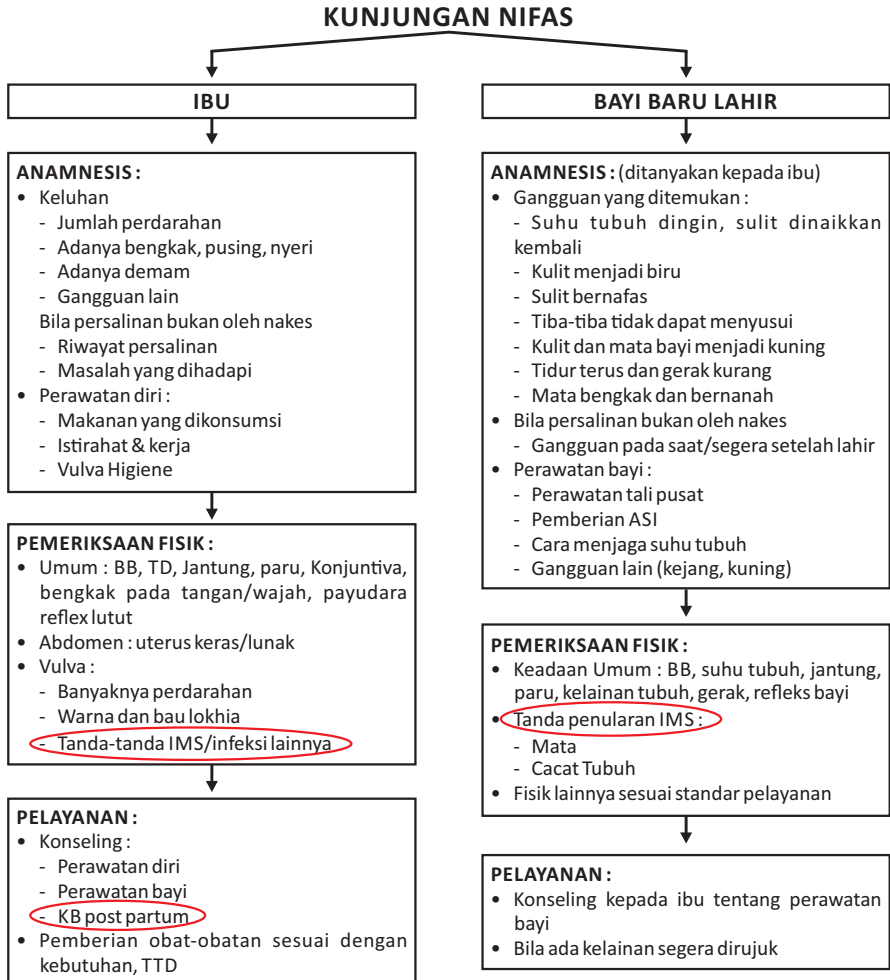
- Pimpinan persalinan
- Pantau persalinan dengan pertograf
- Perawatan ibu IMD
- Perawatan bayi baru lahir

KONSELING

- Perawatan ibu ASI eksklusif
- Perawatan bayi baru lahir
- Tanda bahaya pada ibu dan pada bayi baru lahir
- KB pasca persalinan

Lampiran 4

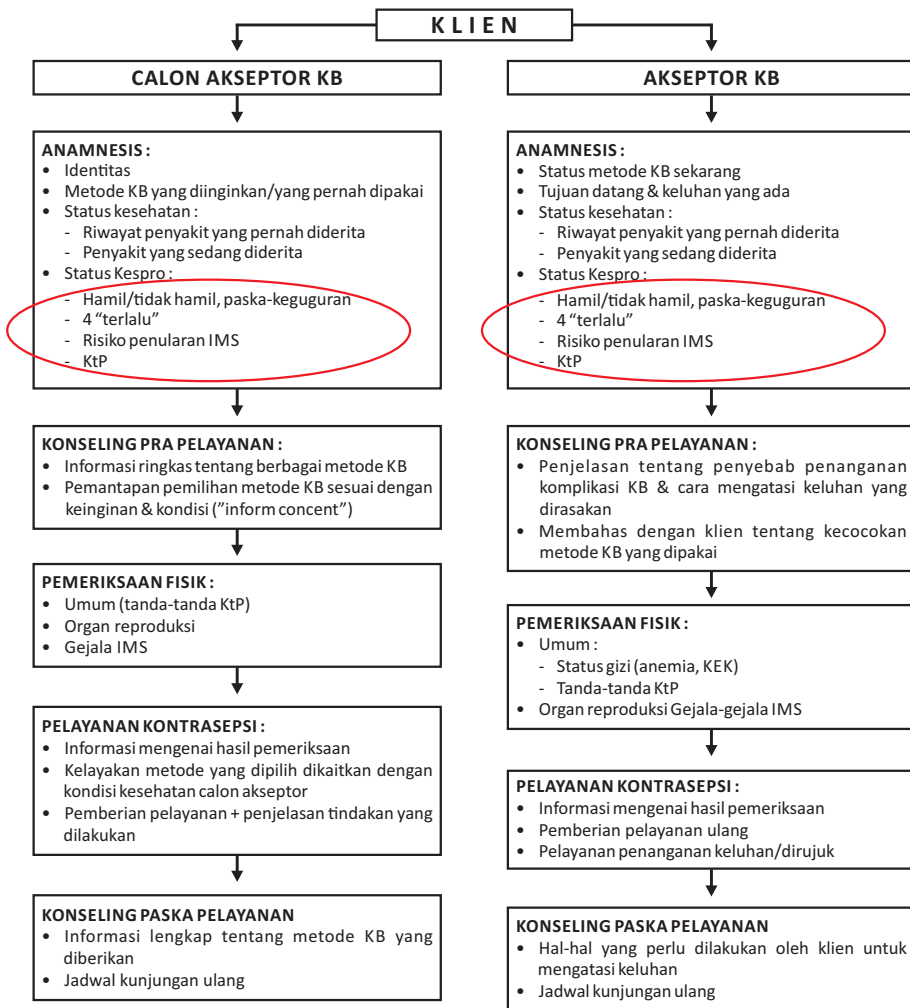
BAGAN ALUR PELAYANAN NIFAS



*) Pelayanan memperhatikan pencegahan umum terhadap infeksi

Lampiran 5

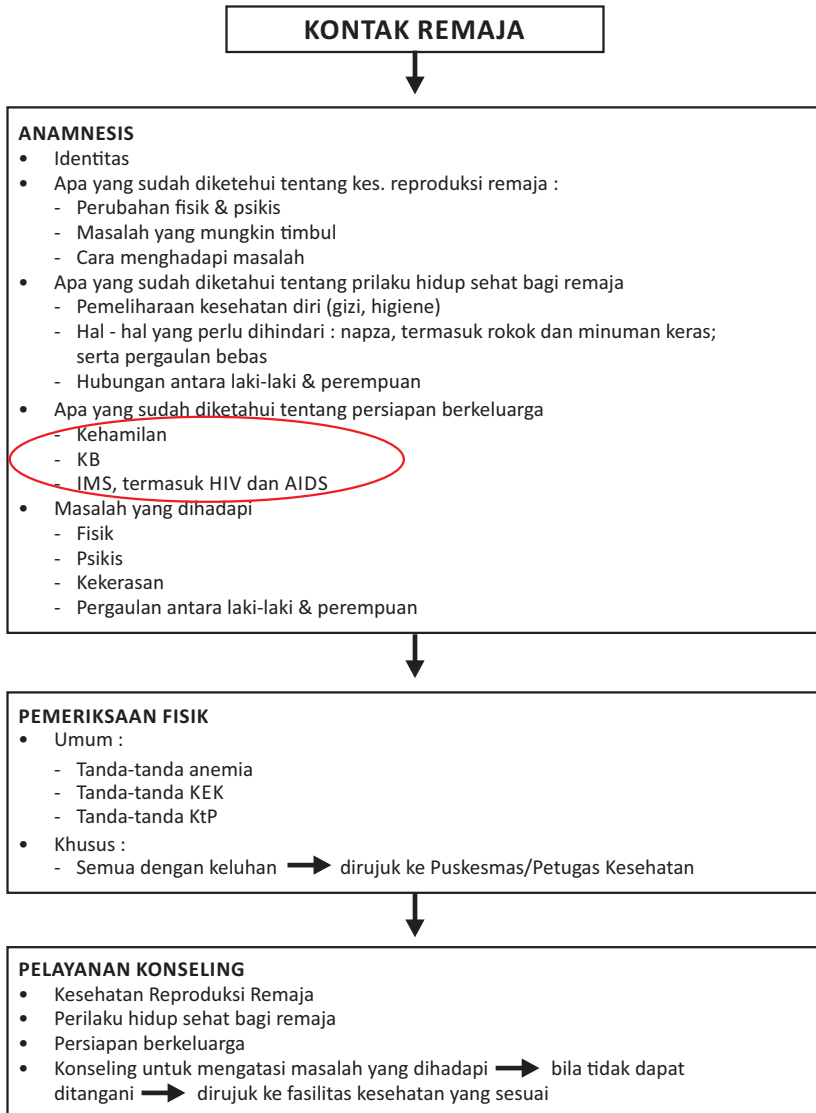
BAGAN ALUR PELAYANAN KB



*) Pelayanan memperhatikan pencegahan umum terhadap infeksi

Lampiran 6

BAGAN ALUR PELAYANAN KESEHATAN REMAJA



Lampiran 7

FORMULIR REKAPITULASI PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI TERPADU (PKRT) BULAN: TAHUN:

PUSKESMAS :
KABUPATEN/KOTA :

NO	SASARAN	PELAYANAN											JUMLAH TOTAL	KETERANGAN	
		ANC	KB		IMS		KER		PR/PP/A		Dewak/Dini Kanker Leher Rahim (IVA)				
(1)	(2)	(3)	PELAYANAN	KONSELING	PELAYANAN	LAB	KONSELING	PELAYANAN	KONSELING	PELAYANAN	LAB/VSUM	KONSELING	(14)	(15)	(16)
1	Ibu Hamil		(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)			
2	- Wanita Usia Subur (WUS) - Calon Pengantin														
3	Bermasjidi - Laki-laki - Perempuan														
4	PKUS - Laki-laki - Perempuan														
5	Usia lanjut: - Laki-laki - Perempuan														
JUMLAH TOTAL															

Mengalahkan:
Kepala Puskesmas :

[.....]

[.....]

- Petunjuk Pengisian:**
- Kolom 2 berisi kelompok sasaran
 - Kolom 3 diisi jumlah pelayanan ANC kelompok sasaran
 - Kolom 4 diisi jumlah pelayanan KB kelompok sasaran
 - Kolom 5 diisi jumlah konseling KB kelompok sasaran
 - Kolom 6 diisi jumlah pelayanan IMS kelompok sasaran
 - Kolom 7 diisi jumlah pelayanan laboratorium IMS kelompok sasaran
 - Kolom 8 diisi jumlah konseling KB kelompok sasaran
 - Kolom 9 diisi jumlah pelayanan kesehatan remaja (KR)
 - Kolom 10 diisi jumlah konseling kesehatan reproduksi remaja (KR)
 - Kolom 11 diisi jumlah pelayanan PP – RT/A kelompok sasaran
 - Kolom 12 diisi hasil Lab/VSum kerbau PP RT/A kelompok sasaran
 - Kolom 13 diisi konseling PP RT/A kelompok sasaran
 - Kolom 14 diisi pelayanan deteksi dini kanker leher rahim (IVA)
 - Kolom 15 diisi jumlah total masing-masing pelayanan menurut kelompok sasaran
 - Kolom 16 keterangan diisi (klien dirujuk ke pelayanan kesehatan rujukan dst)
 - Jumlah total (penjumlahan pelayanan yang diberikan dalam PKRT)