

# JURNAL

## Kesehatan Reproduksi



Volume 14  
No. 1  
2012

### Terbitan ke-11

THE EFFECTS OF GENES, HORMONE MEDICATION  
ON THE RISK OF EARLY MENOPAUSE AND OOPHORECTOMY

Dr. Haniyeh H. Al-Juburi, M.D.  
Dr. Nurul Huda, M.D., M.P.H.  
Dr. Nurul Huda, M.D., M.P.H.  
Dr. Nurul Huda, M.D., M.P.H.

Volume 14 No. 1 2012	1-10	11-20	21-30	31-40
----------------------------	------	-------	-------	-------

# JURNAL KESEHATAN REPRODUKSI

## VOL 4, NO 3, DESEMBER 2013

### TABLE OF CONTENTS

<a href="#"><u>PRAKTEK BUDAYA PERAWATAN KEHAMILAN DI DESA GADINGSARI YOGYAKARTA</u></a>	<a href="#"><u>PDF</u></a>
<i>Kasnodihardjo Kasnodihardjo, Lusi Kristiana</i>	105 – 112
<a href="#"><u>PERILAKU Pencarian Pelayanan Kesehatan Ibu, pada Kasus Kematian Ibu di Indonesia : Studi Tindak Lanjut Data Sensus Penduduk 2010 untuk Mendapat Penyebab Kematian Ibu</u></a>	<a href="#"><u>PDF</u></a>
<i>Ika Saptarini, Tin Afifah, Novianti Novianti</i>	113 – 121
<a href="#"><u>GAMBARAN PERILAKU BERISIKO REMAJA DI KELURAHAN KEBON KELAPA KECAMATAN BOGOR TENGAH KOTA BOGOR TAHUN 2013 (STUDI KUALITATIF)</u></a>	<a href="#"><u>PDF</u></a>
<i>Iram Barida Maisya, Andi Susilowati, Rika Rachmalina</i>	123 – 130
<a href="#"><u>MODEL KONKORDANSI : ALTERNATIF MODEL Peningkatan Kepatuhan Minum Obat ARV pada ODHA di Kota Bandung Tahun 2012</u></a>	<a href="#"><u>PDF</u></a>
<i>Heny Lestary, Mujiati Mujiati, Nana Mulyana</i>	131 – 139
<a href="#"><u>KEBIASAAN MEMELIHARA Kebersihan Alat Kelamin pada Pasien Abortus di RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2013</u></a>	<a href="#"><u>PDF</u></a>
<i>Gusti Ayu Mandriwati, Ni Kadek Padmiyani</i>	141 – 151
<a href="#"><u>GAMBARAN PELAKSANAAN LAYANAN VOLUNTARY COUNSELING AND TESTING (VCT) DAN SARANA PRASARANA KLINIK VCT di Kota Bandung Tahun 2013</u></a>	<a href="#"><u>PDF</u></a>
<i>Mujiati Mujiati, Sugiharti Sugiharti, Bryan Mario Isakh</i>	153 – 160

## PRAKTEK BUDAYA PERAWATAN KEHAMILAN DI DESA GADINGSARI YOGYAKARTA

### *Cultural Practice of Pregnancy Care in Gadingsari Village, Bantul Yogyakarta*

Kasnodihardjo<sup>1</sup> dan Lusi Kristiana<sup>2</sup>

1.Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Badan Litbang Kesehatan, Kemenkes RI.

2.Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Badan Litbang Kesehatan. Kemenkes RI

#### **Abstract**

**Background:** *The poor families in Bantul Yogyakarta is still quite high, but this district including the big of 10 from all districts/cities in Indonesia. Community Health Development Index (CHDI) is well, which one indicator of maternal and children health (MCH). Possible some factors of socio-cultural played to support the health status in district of Bantul.*

**Objective:** *Describing the perception of foods abstinence and cultural rituals values and social traditions associated with pregnancy*

**Methods:** *Data collected through in-depth interviews. The informants were pregnant and women who have given births, community leaders and some members of the community considered familiar with local culture. The results was then analysed in the form of qualitative-descriptive.*

**Results:** *Various restrictions and suggestions related rituals and traditions such as future pregnancy a mother is obedience executed in public life Gadingsari village of Bantul. Abstinence and recommended not to eat certain types of food variety that are believed to be specific affect the health of pregnant women and fetuses in question contains. Various social traditions such as rituals related to future pregnancy women still held the hope that the mother and baby born safely and healthy. Taboos and suggestions and traditions still run a practice culture based on the values and culture of traditional conception.*

**Conclusions:** *A traditional beliefs about the various restrictions and suggestions with food intake and various rituals and action when a pregnant besides impact also had a positive impact on the health of mothers concerned and the fetus. This is one efforts made by the public as a form of monitoring pregnancy traditionally so this has a positive impact. Traditionally ritual of pregnancy is benefits for contributing to improve public health in the area of Bantul, especially maternal and child health.*

**Keywords:** *Cultural Practices, Pregnancy Care .*

#### **Abstrak**

**Pendahuluan:** Kabupaten Bantul Daerah Istimewa Yogyakarta termasuk 10 besar Kabupaten/Kota di Indonesia yang mempunyai Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) cukup tinggi, salah satu indikatornya kesehatan ibu dan anak (KIA) cukup baik, padahal sebagian besar penduduknya merupakan keluarga miskin. Diduga ada faktor sosial budaya ikut berperan terhadap kondisi KIA tersebut.

**Tujuan:** Mendeskripsikan persepsi pantangan dan anjuran mengkonsumsi makanan tertentu serta berbagai ritual berdasarkan nilai budaya serta tradisi sosial terkait dengan kehamilan.

**Metode:** Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam kepada sejumlah informan, yang terdiri dari ibu-ibu hamil dan atau pernah melahirkan, sejumlah tokoh masyarakat, warga masyarakat yang dianggap mengetahui tentang budaya masyarakat setempat. Data dianalisa secara diskriptif kualitatif.

**Hasil:** Berbagai pantangan dan anjuran mengkonsumsi makanan tertentu serta berbagai ritual berdasarkan konsepsi-konsepsi, nilai-nilai budaya serta tradisi sosial berupa ritual terkait dengan kehamilan seorang wanita masih berlangsung dalam kehidupan masyarakat desa Gadingsari Bantul. Ritual diyakini masyarakat mempengaruhi kesehatan ibu selama hamil dan janin yang dikandungnya, dengan harapan agar ibu dan bayi yang dikandung lahir dengan selamat dan sehat.

**Keseimpulan:** Pantangan dan anjuran terhadap makanan untuk dikonsumsi serta berbagai ritual terkait masa kehamilan seorang wanita merupakan bentuk pengawasan yang mempunyai dampak baik negatif maupun positif terhadap kesehatan ibu yang sedang hamil dan janin yang dikandungnya. Pengawasan kehamilan tersebut dalam aspek medis dan psikologis tidak kalah penting manfaatnya karena ikut berperan menunjang perbaikan kesehatan ibu dan anak di daerah Bantul Yogyakarta.

**Kata Kunci :** Praktek Budaya Perawatan Kehamilan.

## PENDAHULUAN

Kekayaan budaya dari berbagai suku bangsa yang tersebar diseluruh Indonesia telah mewarnai berbagai upaya di bidang kesehatan. Disadari atau tidak disadari, faktor-faktor kepercayaan dan konsepsi-konsepsi budaya termasuk di dalamnya pengetahuan tradisional mendasari sikap dan perilaku masyarakat kaitannya dengan perawatan kehamilan. Kepercayaan dan konsepsi-konsepsi budaya tersebut adakalanya berdampak positif atau berdampak negatif terhadap kesehatan ibu hamil.

Hasil analisis data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2010) menggambarkan bahwa Kabupaten Bantul yang merupakan salah satu wilayah di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) mempunyai Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakatnya (IPKM) cukup tinggi yaitu 0,91480.<sup>1</sup> IPKM tersebut termasuk dalam 10 besar Kabupaten/Kota terbaik di Indonesia, salah satu indikatornya kesehatan ibu dan anak (KIA) cukup baik.

Jika mendasarkan pada asumsi adanya korelasi antara kemajuan ekonomi atau kondisi kesejahteraan masyarakat dengan tingginya status kesehatan masyarakat, tentunya untuk Kabupaten Bantul menimbulkan pertanyaan. Berdasarkan data Badan Pusat Statistik, jumlah keluarga Pra-Sejahtera atau keluarga miskin di Kabupaten Bantul relative masih cukup tinggi.<sup>2</sup> Dalam buku IPKM diuraikan bahwa hasil analisis Riskesdas tahun 2010 menggambarkan bahwa tidak semua Kabupaten/Kota yang miskin berada pada peringkat kesehatan yang rendah, begitu sebaliknya suatu Kabupaten/Kota yang relatif kaya berada peringkat kesehatan yang tinggi.<sup>1</sup> Untuk itu perlu dicari jawaban, mengapa Kabupaten Bantul yang masih tergolong miskin memiliki IPKM yang relatif cukup tinggi. Oleh karena itu perlu diungkap berbagai faktor endogen termasuk di dalamnya faktor sosial budaya yang diduga ikut mempengaruhi status kesehatan masyarakat termasuk didalamnya KIA. Dengan perkataan lain, bahwa tinggi rendahnya status kesehatan suatu masyarakat bukanlah hasil dari upaya seperti perbaikan ekonomi dan faktor medis saja, tetapi tinggi rendahnya status kesehatan masyarakat adalah hasil dari

berbagai faktor termasuk factor sosial budaya. Untuk itu pemahaman tentang faktor non medis yang merupakan kearifan budaya masyarakat setempat terkait dengan masalah kesehatan ibu terutama saat masa kehamilan perlu diperhatikan. Bisa jadi budaya masyarakat di Kabupaten Bantul yang bertumpu pada sistem nilai budaya merupakan salah satu faktor yang ikut menunjang kesehatan masyarakat terutama kesehatan ibu hamil, sehingga dapat menekan angka kesakitan dan kematian ibu melahirkan dan bayi yang dilahirkan di kabupaten tersebut. Faktor non medis dalam kaitan ini menyangkut berbagai pantangan dan anjuran yang harus dilakukan oleh seorang ibu saat mengandung berlandaskan pada sistem nilai budaya yang masih dipegang kuat dan dianut oleh masyarakat. Sistem nilai budaya terdiri dari konsepsi-konsepsi, yang hidup dalam alam pikiran sebagian besar warga masyarakat, mengenai hal-hal yang harus mereka anggap amat bernilai dalam hidup.<sup>3</sup>

Tulisan ini merupakan bagian dari hasil penelitian etnografi di di Kabupaten Bantul DIY terkait dengan KIA, dengan penekanan pembahasan pada praktek perawatan kehamilan berdasarkan konsepsi dan nilai-nilai budaya masyarakat setempat.

## METODE

Lokasi penelitian desa Gadingsari, Kecamatan Sanden, Kabupaten Bantul, dengan pertimbangan kasus kematian pada ibu dan anak di wilayah tersebut relatif rendah.

Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam kepada segenap informan yang terdiri ibu hamil atau ibu yang pernah hamil berjumlah 6 orang beserta keluarganya termasuk suami dan orang tuanya, aparat pemerintah desa, tokoh masyarakat, petugas kesehatan, dukun bayi dan warga masyarakat. Khusus untuk informan ibu hamil dan ibu yang pernah melahirkan. Pemilihan informan menggunakan teknik *snow ball* bermula pada salah seorang yang dapat dijadikan sebagai sumber informasi utama untuk selanjutnya memberikan rekomendasi untuk warga desa yang dapat dijadikan informan-informan berikutnya. Pemilihan informan mengacu

pada kriteria menurut Spradley J (1979) : **Pertama**, informan-informan tersebut harus berasal dari kebudayaan yang menjadi setting penelitian. **Kedua**, informan-informan tersebut pada saat penelitian dilakukan sedang terlibat langsung dalam kebudayaan yang sedang diteliti. **Ketiga**, informan mempunyai waktu yang memadai untuk diwawancarai.<sup>4</sup>

Selain wawancara mendalam digunakan metode pengamatan untuk melengkapi informasi atau data yang diperoleh melalui wawancara mendalam. Hasil wawancara mendalam selanjutnya diolah dengan cara ditranskrip selanjutnya dimasukkan kedalam tabel matriks untuk mendapatkan berbagai informasi penting yang terkait dengan KIA, untuk selanjutnya dianalisis secara deskriptif kualitatif.

## HASIL

Informan ibu hamil dan ibu pernah hamil yang diwawancarai berjumlah 6 orang, 2 orang dukun bayi, 2 orang sesepuh yang dianggap sebagai tokoh masyarakat, dan beberapa warga masyarakat. Menurut penjelasan yang disampaikan oleh beberapa informan bahwa kehamilan merupakan sesuatu harapan bagi setiap pasangan suami istri. Setelah menikah yang ditunggu-tunggu tentunya menginginkan untuk mempunyai keturunan. Oleh karena itu segala cara akan dilakukan oleh pasangan suami istri untuk segera memperoleh keturunan. Bila si calon ibu pada akhirnya diketahui hamil, biasanya akan dilakukan berbagai macam cara untuk menjaga kandungannya.

Menurut mbah Bud salah seorang sesepuh (orang yang dituakan) di daerah penelitian, menjelaskan, bahwa :

*“Bayi yang masih berada dalam kandungan ibunya sudah bisa Mendengar apa yang diucapkan oleh orang tuanya. Oleh karena itu wanita yang sedang hamil tidak boleh berbicara sembarangan seperti mencela, atau marah-marah kepada orang lain. Sifat buruk orang yang dicela atau dimarahi akan menurun ke bayi yang sedang dikandungnya. Demikian halnya seorang calon bapak bayi yang akan lahir juga tidak boleh mencela atau memarahi orang lain, nanti kejadiannya*

*akan sama, sifat orang yang dicela atau dimarahi akan menurun pada bayinya. Mungkin seorang suami yang istrinya sedang mengandung tidak sengaja melakukan perbuatan yang melanggar berbagai pantangan tersebut. Untuk itu sebaiknya segera mengucapkan amit-amit jabang bayi, jika tidak segera mengucapkan sifat-sifat buruk orang yang dicela atau dimarahi akan menurun/menempel ke bayi yang akan dilahirkan.*

Menurut informasi yang disampaikan oleh beberapa informan, pantangan lain yang dipercaya oleh masyarakat di daerah penelitian adalah calon orang tua bayi tidak boleh memancing, menembak burung, ataupun menyakiti binatang. Jika pantangan ini dilanggar, dikhawatirkan anak yang dikandung kelak akan tertimpa sesuatu hal yang buruk saat dilahirkan. Dengan percaya dan mentaati menjalankan pantangan tersebut hal ini berpengaruh terhadap mata pencaharian baik itu ibu yang sedang hamil maupun seorang suami yang mata pencahariannya mencari ikan dilaut sebagai nelayan setelah mengetahui istrinya hamil akan mengistirahatkan alat-alat yang dipakai untuk menangkap ikan. Mereka segera mencari mata pencaharian lain menjadi petani, sebagai buruh tani menggarap lahan orang lain atau lahan sendiri. Bahkan ada yang bekerja di kota sebagai tukang bangunan atau pekerjaan lainnya dalam waktu tertentu hingga istrinya melahirkan.

Selain pantangan dalam hal sikap bagi wanita hamil di desa Gadingsari ada pantangan terhadap berbagai jenis makanan tertentu antara lain tidak diperbolehkan makan buah durian dan buah nanas. Menurut keyakinan masyarakat setempat, buah durian dan buah nanas mengandung asam dan mengakibatkan perut panas sehingga akan berakibat buruk terhadap janin atau bayi yang ada dalam kandungan.

Ada pantangan lain untuk wanita hamil yang masih dipercaya di desa Gadingsari yaitu tidak boleh makan buah pisang yang berhimpitan (Jawa : *dampit*). Dipercaya bayi yang dilahirkan nanti dalam kondisi kembar siam dan berhimpitan. Tidak boleh minum es. Dipersepsikan bayi dalam kandungan akan tumbuh besar sehingga saat melahirkan

si ibu akan mengalami kesulitan. Tidak boleh makan *onthel* (jantung pisang). Dipercaya dapat membuat ibu hamil dan janin didalam perut turun jika onthel tersebut dikonsumsi.

Tidak dibolehkan meminum es bagi ibu hamil, agar bayinya tidak besar sehingga dikhawatirkan akan kesulitan saat melahirkan juga merupakan pantangan yang masih diyakini oleh masyarakat di desa Gadingsari. Demikian pula pantangan memakan nasi kerak, dikhawatirkan akan berdampak tidak keluarnya atau lengketnya ari-ari saat melahirkan.. Semua pantangan tersebut dimaksudkan untuk mencegah ibu hamil dari kemungkinan tertimpa bencana. Seperti jatuh, masuk angin dan hal lain yang diperkirakan dapat memberi pengaruh buruk terhadap dirinya dan kandungannya.

Selain pantangan-pantangan tersebut di atas, terdapat mitos menyangkut hal-hal yang harus ditaati oleh seorang wanita selama hamil. Namun demikian, dengan berjalannya waktu, mitos ini tidak lagi menjadi keharusan, namun menjadi suatu anjuran agar ibu hamil bersikap dan bertindak seperti hal-hal sebagai berikut :

**a.** Peralatan memasak dan peralatan makan yang digunakan atau disiapkan oleh ibu hamil harus bersih. Ini dipercaya berpengaruh terhadap *kawah* (air ketuban), yang akan berbau amis sehingga berpengaruh buruk terhadap bayi yang berada dalam kandungan.

**b.** Bila bepergian, ibu hamil harus membawa gunting atau benda tajam lainnya. Agar bayi dan calon ibu terhindar dari gangguan dan marabahaya.

Beberapa warga berkeyakinan, selama hamil seorang ibu harus banyak minum air kelapa muda atau lebih baik lagi air kelapa gading. Ada dua dua pendapat untuk mitos ini, pertama terdapat keyakinan bila ibu hamil sering minum air kelapa, bayinya akan berkulit putih bersih. Pandangan lain menyatakan bahwa air kelapa akan membersihkan air ketuban. Anjuran lain, ibu hamil yang sudah menginjak usia kehamilan 8-9 bulan, diharapkan makan belut. Dengan makan belut, diharapkan ibu hamil dapat melahirkan dengan lancar dan licin seperti belut. Ibu hamil juga dianjurkan banyak makan makanan yang berserat (daging, ikan,

buah-buahan selain nanas dan durian, sayur-sayuran). Agar janin dalam kandungan mendapatkan asupan gizi atau nutrisi yang cukup.

Seorang ibu yang sedang hamil biasanya mendapatkan perhatian lebih dari seluruh anggota keluarga, bahkan tetangga sekitarnya. Walaupun masih ada sebagian kecil yang menganggap bahwa kehamilan yang disandang seorang wanita adalah hal yang wajar, namun seluruh anggota keluarga umumnya menyadari bahwa nutrisi ibu hamil tidak bisa disamakan dengan kondisi saat tidak hamil. Seluruh anggota keluarga umumnya menyadari bahwa nutrisi ibu hamil tidak bisa disamakan dengan kondisi saat tidak hamil. Keluarga biasanya selalu mengingatkan agar si ibu yang sedang hamil selalu makan makanan yang cukup baik dalam hal jumlah maupun gizinya serta berbagai pantangan baik dari segi makanan maupun perilaku kesehariannya.

Seperti yang dialami IK, begitu tahu dirinya hamil, perhatian seluruh keluarga tercurah padanya. Nasehat, larangan dan ajuran-ajuran diberikan untuk kebaikan IK dan bayinya. Dari awal kehamilan IK dan suaminya sudah diperingatkan untuk tidak minum es karena nanti akan berakibat buruk pada kandungannya, Tidak hanya dalam hal makanan, bentuk perhatian juga didapatkannya dari keluarga memberikan perlindungan terhadap hal-hal buruk yang mungkin terjadi padanya. Namun ketika ibu IK ketika diwawancarai meyangsikan larangan tersebut dan lebih memilih bertanya kepada bidan.

Salah seorang ibu hamil yang diwawancarai yaitu ibu IK menjelaskan bahwa kepercayaan mereka terhadap berbagai pantangan dan anjuran dimaksudkan sebagai upaya menjaga kehamilan agar dapat berjalan lancar dan sehat sampai melahirkan. Walaupun menjalankan pantangan dan anjuran upaya lain yang dilakukan dalam menjaga kehamilan adalah dengan mengkonsultasikan kepada dokter dan bidan.

Nampaknya dalam masa kehamilan yang dialami seorang wanita akan memasuki suasana kehidupan sehari-hari yang penuh dengan berbagai kepercayaan terhadap mitos atas kehamilannya. Ada mitos yang berkembang didaerah penelitian yang

menyertai kehamilan seorang wanita, berupa pantangan dan berupa anjuran. Mitos berupa pantangan meliputi pantang perbuatan dan pantang makanan. Pantangan perbuatan meliputi perbuatan yang tidak boleh dilakukan baik oleh seorang wanita yang sedang hamil maupun suaminya dan perbuatan yang tidak boleh dilakukan oleh keduanya. Berbagai pantangan dan keharusan wanita saat hamil mendasarkan pada konsepsi budaya tentang perawatan kehamilan. Bagaimana memelihara dan menjaga kesehatan sewaktu mengandung hingga kelahiran bayi yang dikandungnya lahir selamat. Pantangan dan keharusan ini meliputi berbagai aspek, antara lain, sejak wanita hamil dengan usia kandungan 3 bulan hingga melahirkan, dianggap masa-masa calon orang tua dari bayi yang akan dilahirkan. Untuk itu seorang ibu atau wanita hamil harus sangat berhati-hati dalam bersikap dan berbicara.

### **Ritual Kaitannya Dengan Kehamilan**

Ritual di masa kehamilan mulai dilaksanakan saat kehamilan seorang ibu menginjak usia 3, 5, dan 7 bulan. Ritual tersebut sudah merupakan tradisi yang dilakukan sejak nenek moyang mereka. Tujuan diadakan upacara tersebut adalah sebagai salah cara untuk meminta pertolongan kepada Tuhan Yang Maha Esa agar si calon ibu dan anak selamat ketika menjalani masa kehamilan. Selain itu, ketika hamil si calon ibu dipercaya sedang mengalami masa transisi dari seorang wanita menjadi calon ibu. Pada masa transisi inilah, seorang perempuan dianggap masuk dalam kondisi krisis. Oleh karena itu diperlukan sebuah ritual agar bisa mengembalikan tatanan yang sempat labil. Menurut mbah SAT, *mitoni* atau *tingkepan* adalah ritual yang penting untuk dilakukan untuk menyikapi wanita yang sedang mengandung, mbah SAT menambahkan:

*“Orang Jawa itu senang mengadakan upacara dan slametan. Selamatan memang penting karena minta doa restu kepada Yang Maha Kuasa agar proses kehamilan dan melahirkan lancar.”*

Berbagai ritual yang dilakukan pada masa kehamilan seorang wanita masuk masyarakat desa Gadingsari antara lain saat kehamilan menginjak usia 3, 5, dan 7 bulan. Awal mula diadakannya *slametan* usia kandungan 7

bulan berasal dari suatu kisah, menurut mbah BUD sebagai berikut :

*“Pada waktu dahulu di Kerajaan Kediri ada seorang raja bernama Prabu Joyoboyo. Prabu Joyoboyo ini mempunyai seorang putrid bernama Dewi Paningkep. Dewi Paningkep ini sudah menikah, namun setiap mengandung selalu mengalami keguguran, hingga berulang kali. Akhirnya sebagai seorang ayah, Prabu Joyoboyo memutuskan untuk bertapa dengan maksud agar memperoleh petunjuk dari petunjuk dari Sang Maha Kuasa. Setelah bertapa, sang raja mendapat petunjuk melalui wangsit (bisikan) agar membuat ubo rampe untuk sesaji. Ubo rampe tersebut berisi seperti yang ada dislametan 7 bulanan atau tingkeban yang masih ditemukan hingga kini. Sejak itulah maka pada usia kandungan 7 bulan, selaludilakukan slametan yang dilaksanakan hingga kini. Selamatan pada usia kandungan menginjak 7 bulan inilah yang populer dengan istilah tingkepan atau mitoni hingga kini yang dilakukan masyarakat desa Gadingsari”.*

Pada upacara *tingkepan* atau *mitoni* hanya dilakukan saat seorang wanita atau sang calon ibu mengandung anak pertama saja. Anak kedua dan seterusnya tidak dilakukan upacara *tingkepan* atau *mitoni*. Pada upacara *tingkepan* atau *mitoni* dibuat sesaji yang isinya terdiri dari berbagai macam makanan. Tahapan ritual *tingkepan* biasanya dilakukan upacara *siraman* pada calon ibu menggunakan air yang diambil dari 7 sumber mata air, dengan tujuan untuk menyucikan calon ibu. Ritual dipimpin oleh seorang dukun (mbah SAT) yaitu orang yang mempunyai pengaruh dan dipercaya oleh masyarakat desa setempat, karena ia berprofesi sebagai *dukun manten* dan sebagai dukun bayi. Pada waktu memandikan, dipanjatkan doa sesuai keyakinannya masing-masing, agar calon bapak, calon ibu, dan bayi yang masih didalam kandungan terhindar dari semua gangguan termasuk gangguan penyakit dan hal-hal yang tidak diinginkan. Dharapkan sifat atau watak jelek orang tuanya tidak menurun ke bayi yang sedang dikandungnya.

## PEMBAHASAN

Berbagai pantangan yang perlu ditaati oleh wanita yang sedang hamil nampaknya merupakan nilai-nilai budaya yang sifatnya universal terutama di masyarakat Jawa bahkan bisa jadi kelompok masyarakat di berbagai etnis di Indonesia, dan ini merupakan kearifan lokal yang berkembang di kalangan masyarakat yang bertujuan agar kehidupan jiwa dan raga dalam kandungan menjadi sempurna. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Manuaba, (1999) di Jawa terdapat pantangan dan anjuran yang dilakukan selama masa kehamilan.. Calon ibu di masyarakat Jawa diberikan informasi tentang makanan yang diperbolehkan serta beberapa jamu yang disarankan menjelang kelahiran bayi sesuai dengan kearifan lokal yang mereka miliki. Hal ini merupakan salah satu upaya yang dilakukan masyarakat sebagai bentuk pengawasan kehamilan secara tradisional.<sup>5</sup>

Hasil penelitian di daerah Aceh yang dilakukan Fauziah. C A (2008), menggambarkan hal yang kurang lebih sama. Berbagai pantangan bagi seseorang wanita sewaktu mengandung antara lain, tidak diperbolehkan duduk di pintu. Pantangan ini jika dilanggar diyakini wanita yang bersangkutan akan mengalami kesulitan saat melahirkan. Demikian pula pantangan bagi wanita hamil agar tidak diperbolehkan duduk diatas tanah dan sapu. Diyakini jika pantangan dilanggar ari-ari akan mengalami pelengketan saat melahirkan. Wanita hamil dilarang mandi saat magrib atau senja hari, diyakini agar supaya kulit bayi tidak timbul kemerah-merahan (bahasa Aceh : *rahu*). Wanita hamil dilarang melihat kera karena dikhawatirkan kelak bayi yang dikandung akan mirip dengan kera. Demikian pula wanita sedang hamil tidak diperbolehkan keluar pada saat magrib atau malam hari, keluar saat hujan rintik-rintik karena dikhawatirkan ada makhluk halus yang mengikuti dan mengganggu kandungannya. Pantangan untuk wanita hamil melangkahi parit dan parit supaya tidak menyebabkan keguguran. Ibu yang sedang hamil agar banyak berjalan, menyapu, mengepel untuk mempercepat proses melahirkan.<sup>6</sup>

Pada penelitian Fauziah. C A (2008) juga menemukan realita dilapangan yang

menggambarkan perbuatan yang tidak boleh dilakukan tidak hanya menyangkut diri wanita yang sedang hamil, tetapi juga pada suami, sewaktu istrinya hamil bila pulang ke rumah pada malam hari jangan lekas masuk ke dalam rumah tetapi berhenti lebih dulu dipintu atau di luar rumah sambil meludah karena dikhawatirkan ada makhluk halus yang ikut bersamanya dan mengikuti masuk ke dalam rumah sehingga mengganggu ibu yang sedang hamil. Perbuatan yang tidak boleh dilakukan keduanya (suami istri) adalah melilitkan kain di leher ataupun melilitkan bendabenda lain seperti tali dan benang supaya tidak terlilit tali pusat, menertawakan orang juling kerana dikhawatirkan kelak bayi yang dilahirkan akan juling pula, membunuh binatang karena dikhawatirkan bayi akan mengalami kecacatan pada tubuh sesuai dengan perlakuan yang ditimpakan terhadap binatang tersebut. Anjuran yang harus dipatuhi oleh seorang ibu hamil apabila hendak bepergian sebaiknya membawa bawang putih atau menyelipkan paku kecil di dalam rambut supaya tidak diganggu makhluk halus. Dianjurkan pula untuk sesering mungkin membaca surat-surat Al Qur'an yaitu surat Yusuf dan surat Maryam. Dipercaya kelak bila anak yang dilahirkan laki-laki akan menjadi laki-laki tampan, bila kelak anak yang dilahirkan adalah perempuan maka menjadi perempuan yang cantik.<sup>6</sup>

Menurut Wibowo, (1993), dampak positif menjalankan pantangan pada wanita hamil untuk tidak mengkonsumsi memakan buah pisang, nanas, ketimun dan lain-ain jenis makanan tertentu. Buah-buahan tersebut jika dimakan akan menimbulkan pengaruh pada kondisi kesehatan ibu hamil. Jika wanita sedang mengandung mengkonsumsi buah nanas dan durian akan menyebabkan rasa panas pada perut. Rasa panas ini timbul karena efek gas yang dihasilkan oleh buah-buahan tersebut dan hal itu tidak baik bagi kesehatan ibu dan janin yang dikandungnya.<sup>7</sup> Temuan dari hasil penelitian Fauziah C A di daerah Aceh juga menggambarkan hal yang sama, ada makanan bagi ibu hamil meliputi larangan memakan makanan yang dianggap tajam, seperti nanas, dikhawatirkan mengalami keguguran.<sup>6</sup>

Kepercayaan masyarakat terhadap mitos baik yang berupa pantangan-pantangan maupun

anjaran-anjaran tersebut merupakan penjabaran nilai-nilai budaya suatu masyarakat, yang diperoleh secara turun temurun. Nilai adalah perasaan-perasaan tentang apa yang diinginkan, atau tentang apa yang boleh atau tidak boleh, sesuatu hal yang dihargai atau tidak dihargai, sesuatu hal yang di harapkan atau tidak diharapkan.<sup>8</sup>

Kepercayaan masyarakat menjalankan pantangan berdasarkan konsepsi budaya merupakan perwujudan masyarakat yang bersangkutan memandang sebuah kepedulian orang tua terhadap keturunannya yaitu anak cucu sebagai generasi penerus keluarga. Pantangan atau larangan merupakan cara orang tua di masa lalu dalam menstansfer nilai-nilai tradisional yang merupakan warisan budaya dari suatu generasi yang lebih tua ke generasi berikutnya. Kelaziman di masa lalu, anak sebagai generasi muda akan lebih takut pada hal-hal gaib yang belum tentu terjadi atau kebenarannya ketimbang pada hal-hal yang nampak nyata. Memang ada sisi negatif dan positif, baik dan buruknya menjalankan pantangan-pantangan yang dilandasi kepercayaan tradisional.

Permasalahan yang cukup besar pengaruhnya pada seorang wanita pada masa kehamilan mentaati menjalankan pantangan terutama untuk tidak mengkonsumsi jenis makan tertentu adalah masalah gizi. Kegiatan ibu yang sedang mengandung dalam kesehariannya tidak berkurang, ditambah lagi ia harus menjalani pantangan-pantangan agar tidak mengkonsumsi jenis makanan yang sebenarnya sangat dibutuhkan oleh wanita yang sedang hamil untuk kesehatan ibu yang bersangkutan dan pertumbuhan serta perkembangan janin yang dikandungnya. Apabila kurang asupan energi dari makanan tentunya akan berdampak negatif terhadap kesehatan ibu dan janin yang dikandungnya, karena adanya kepercayaan dan pantangan terhadap beberapa makanan tertentu. Dalam pada itu tidak mengherankan kalau anemia dan kurang gizi pada wanita hamil cukup tinggi terutama di daerah-daerah dimana masyarakatnya kuat memegang tradisi dan nilai-nilai budaya terkait dengan berbagai pantangan yang diterapkan pada wanita saat wanita hamil.

Menurut Barthes, (2007) bahwa mitos adalah suatu sistem komunikasi, bahwa mitos adalah

suatu pesan.<sup>9</sup> Berbagai mitos yang hidup dimasyarakat dan diyakini berpengaruh terhadap sikap dan perilaku wanita yang sedang mengandung.

Disinilah diperlukan keseimbangan tatanan dengan mengadakan suatu seremoni. Ketika keseimbangan telah dicapai, maka suasana selamat diperoleh sehingga menimbulkan rasa aman dan tenteram (Soehardi dalam Soedarsono, 1986).<sup>10</sup> Oleh karena itu di masyarakat Jawa, dapat ditemukan beberapa seremoni atau upacara ketika si calon ibu diketahui hamil sebagaimana masih dijalankan oleh sebagian masyarakat di desa Gadingsari Bantul antara lain upacara tingkepan atau tujuh bulan masa kehamilan.

Menurut Pangesti P Yi, (2009) upacara *mitoni* atau *tingkepan* menyimbolkan keinginan atau harapan orang tua masing-masing baik jenis kelamin si bayi yang dikandung maupun menggambarkan pengharapan orang tua agar bayi lahir dengan selamat dan sehat.<sup>11</sup>

Sebagaimana dikemukakan olen Murder N (1977), bahwa kehidupan dalam masyarakat Jawa bersifat seremonial. Orang selalu asyik dengan upacara, selalu asyik mengorganisir suatu keadaan supaya keadaan itu menjadi nyata, suatu keadaan harus diberi pola atau dipolakan.<sup>12</sup>

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Masyarakat desa Gadingsari Bantul masih taat menjalankan tradisi serta berbagai pantangan dan anjaran terkait dengan perawatan ibu hamil. Pantangan-pantangan dan anjaran-anjaran tersebut merupakan praktek budaya yang dilandasi nilai-nilai budaya secara tradisional. Suatu kepercayaan tradisional mengenai berbagai pantangan dan anjaran kaitannya dengan makanan yang dikonsumsi dan tindakan ibu hamil disamping membawa dampak negatif juga membawa dampak positif terhadap kesehatan ibu yang bersangkutan dan janin yang dikandungnya. Hal ini merupakan salah satu upaya yang dilakukan masyarakat sebagai bentuk pengawasan kehamilan secara tradisional sehingga mempunyai dampak positif ini.

## Saran

Pengawasan kehamilan secara tradisional dalam aspek medis dan psikologis tidak kalah penting manfaatnya, karena ikut berperan dalam menunjang perbaikan kesehatan masyarakat di daerah Bantul terutama kesehatan ibu dan anak, untuk itu perlu dipertahankan.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih ini kami sampaikan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul beserta jajarannya yang telah memfasilitasi dan memberikan bantuan tenaga serta sarana sehingga terselenggaranya penelitian tersebut di atas.. Juga ucapan terima kasih kami sampaikan kepada rekan sejawat anggota tim peneliti terutama yang telah terjun di lapangan dalam pengumpulan data selama kurang lebih 50 hari yaitu Drs. Harumanto Sapardi dan Dra Shanti Dwiningsih telah dapat menyelesaikan baik kerja dilapangan maupun pembuatan laporan akhir. Khusus untuk rekan sejawat kami tercinta almarhum Drs Tony Murwanto, kami ucapkan

## DAFTAR PUSTAKA

1. Riskesdas, 2010. Riset Kesehatan Dasar 2010, Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan RI.
2. Kabupaten Bantul., Data Pokok Pembangunan, Sosial Budaya **Tahapan Keluarga Sejahtera**, 2008. [Disitir 8 Agustus 2012] Tersedia di <http://www.bantulkab.go.id/sosialbudaya.bantul.html>
3. .Koentjraningrat., 1981, Kebudayaan Mentalitas dan Pembangunan, Bunga Rampai, Penerbit. PT Gramedia, Jakarta.
4. Spradley, J, 1979., Dalam Artikel Pengumpulan Dan Analisis Data Dalam Penelitian Etnografi., Bambang Hidayana, Jurnal Penelitian Agama, Media Penelitian dan Pengembangan Ilmu-Ilmu Agama, Nomor 2, September-Desember, Balai Penelitian P3M IAIN Sunan Kalijaga Yogyakarta.
5. Manuaba, I BG., 1999.Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita Arcan, Jakarta.
6. Fauziah. C A., Mitos Tentang Kehamilan, Aceh Research Training Nangroe Aceh Darusalam.2008.
7. Wibowo. (1993), Makanan dan Pantangan Untuk Ibu Hamil. [Disitir 18 September 2013] Tersedia di <http://www.midwife-no2.blogspot.com/2009/04/makanan-pantangan-untuk-ibu-hamil.html>
8. Bertrand AL. (1981)., Sosiologi, Kerangka Acuan, Metode Penelitian Teori-Teori Tentang Sosialisasi, epribadian Dan Kebudayaan, Penerbit PT Bina Ilmu, Cet II.
9. Barthes, Roland., 2007. Membedah MitosMitos Budaya Massa: Semiotika atau Sosiologi Tanda, Simbol dan Representasi . Terjemahan: Ikramullah Mahyuddin, Jalasutra, Yogyakarta
10. Soehardi, 1986., Dalam Soedarsono, Beberapa Aspek Kebudayaan Jawa. Yogyakarta: Depdikbud (Javanologi).
11. Pangesti, P Y., 2009., Dinamika Tradisi Pada Masa Kehamilan Hingga Pasca Kelahiran. Skripsi Jurusan Antropologi Budaya, Fakultas Ilmu Budaya, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
12. Niels Murder., 1977. Kepribadian Jawa Dan Pembangunan Nasional, Penerbit. Gadjah Mada University Press.

**PERILAKU PENCARIAN PELAYANAN KESEHATAN IBU, PADA KASUS  
KEMATIAN IBU DI INDONESIA : STUDI TINDAK LANJUT DATA SENSUS  
PENDUDUK 2010 UNTUK MENDAPAT PENYEBAB KEMATIAN IBU**

*Care Seeking Behavior Among Maternal Death Cases In Indonesia: Follow Up Study  
of Pregnancy Related Death of The 2010 Indonesian Population Cencus*

Ika Saptarini, Tin Afifah, Novianti

Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Balitbangkes

Email : [ika\\_med@yahoo.co.id](mailto:ika_med@yahoo.co.id)

**Abstract**

**Background:** Indonesian maternal mortality rate is still high compared with others ASEAN State. One of the factor that influence maternal mortality rate is a factor of maternal health care seeking behavior.

**Objective:** To describe maternal health services in the cases of maternal mortality.

**Methods:** The population is a case of pregnancy-related death (death of a woman during pregnancy or 60 days after termination of pregnancy, irrespective of the cause of death) of the 2010 Population Census (SP 2010). The samples are 4167 of 8484 cases. This follow-up study using verbal autopsy instrument officer Central Statistics Agency (BPS).

**Results:** The results of the analysis of more than 60 percent of maternal deaths reported getting good antenatal care (K4). There are 27 percent of maternal deaths assisted by trained health workers and 40 percent still give birth at home. Postnatal care in Indonesia is 79,9 percent and Java Bali Region is the highest than the other regions.

**Conclusions:** In cases of maternal deaths who received maternal health services are more than those not received. This study recommends that to reduce maternal mortality required quality of maternal health services in addition to high service coverage.

**Keywords:** maternal mortality, maternal health services, pregnancy related death, population census

**Abstrak**

**Pendahuluan:** Angka kematian ibu di Indonesia masih tinggi jika dibandingkan dengan Negara ASEAN lainnya. Salah satu faktor yang mempengaruhi angka kematian ibu adalah faktor perilaku pencarian pelayanan kesehatan ibu.

**Tujuan:** Mendeskripsikan pelayanan kesehatan ibu yang diterima pada kasus kematian ibu.

**Metode:** Populasi adalah kasus *pregnancy related death* (Kematian seorang wanita selama kehamilan atau 60 hari setelah terminasi kehamilan, tanpa mempedulikan penyebab kematiannya) dari hasil Sensus Penduduk 2010 (SP 2010). Sampel yang digunakan sebanyak 4167 dari 8484 kasus. Studi tindak lanjut ini menggunakan instrument verbal autopsi oleh petugas Badan Pusat Statistik (BPS). Hasil analisis lebih dari 60 persen kematian ibu yang dilaporkan mendapatkan K4. Terdapat 27 persen kematian ibu ditolong oleh tenaga non nakes dan 40 persen masih melahirkan di rumah.

**Hasil:** Hasil pemeriksaan Postnatal care di Indonesia sebanyak 79,9 persen dan tertinggi terdapat di Daerah Jawa Bali sebanyak 85,2 persen .

**Kesimpulan:** Pada kasus kematian maternal di Indonesia pada tiap region lebih banyak kasus yang mendapatkan pelayanan kesehatan ibu daripada yang tidak mendapat. Penelitian ini merekomendasikan bahwa untuk menurunkan angka kematian ibu diperlukan pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas disamping cakupan pelayanan yang tinggi.

**Kata kunci:** Kematian ibu, Pelayanan kesehatan ibu, *Pregnancy related death*, Sensus Penduduk.

## PENDAHULUAN

WHO menyatakan bahwa setiap menit seorang perempuan meninggal karena kematian ibu. Hal ini berarti setiap tahun ada kurang lebih 529.000 wanita yang meninggal karena hal ini dan terutama terjadi di negara-negara berkembang. Salah satu faktor yang turut andil dalam tingginya angka kematian ibu ini adalah keterlambatan dalam mengakses perawatan di fasilitas kesehatan selama terjadinya komplikasi yang mengancam jiwa.<sup>1,2</sup>

Millennium Development Goals (MDGs) menargetkan menurunkan tiga per empat Angka Kematian Ibu (AKI) dari tahun 1990 – 2015, namun AKI di Indonesia masih tinggi bila dibandingkan negara lain di kawasan Asia Tenggara. WHO menyatakan bahwa AKI di Indonesia menduduki lima besar tertinggi di ASEAN bersama dengan Negara Kamboja, Myanmar dan Laos.<sup>3</sup>

Menurut *International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision (ICD-10)* WHO mendefinisikan kematian ibu adalah kematian wanita yang terjadi pada masa kehamilan, saat persalinan atau 42 hari setelah persalinan tanpa tergantung dari lama dan kondisi kehamilan disebabkan oleh apapun yang berhubungan dengan kehamilan atau penyakit yang diperberat dengan kehamilan atau penanganannya, namun tidak disebabkan oleh kecelakaan atau kebetulan<sup>4</sup>.

Berbagai faktor determinan turut andil dalam kejadian kematian ibu. Determinan yang memegang peranan penting dalam kematian ibu meliputi faktor pelayanan kesehatan, termasuk kualitas perawatan ibu, aksesibilitas dan ketersediaan pelayanan kesehatan preventif dan kuratif, faktor reproduksi, seperti paritas, status kesehatan, usia, dan faktor-faktor sosial-ekonomi, termasuk tempat tinggal (daerah perkotaan / pedesaan), pendidikan, pendapatan, status, serta faktor budaya<sup>5</sup>.

Selain menurunkan AKI, target MDGs 5 lainnya adalah mewujudkan akses kesehatan reproduksi bagi semua (*universal access*) pada tahun 2015. Namun terpenuhinya pemeriksaan dan perawatan ini juga dapat dipengaruhi oleh adanya faktor lainnya seperti masalah pembiayaan, keadaan

demografi, ketersediaan nakes, kelengkapan peralatan medis.

Pada tahun 2011 telah dilakukan suatu studi tindak lanjut data sensus penduduk 2010 (SP 2010) untuk mendapat penyebab kematian ibu. Pada instrumen yang digunakan dikumpulkan juga informasi mengenai pemeriksaan kehamilan (*antenatal care*), riwayat persalinan serta pemeriksaan ibu pasca melahirkan (*postnatal care*). Informasi tentang perilaku pencarian pelayanan kesehatan ibu dapat menjadi masukan bagi perencanaan program pelayanan kesehatan ibu dalam upaya pencapaian target MDGs 5.

Makalah ini menggambarkan bagaimana perilaku pencarian pelayanan kesehatan ibu pada kejadian kematian ibu yang merupakan tindak lanjut data SP 2010. Perilaku pencarian pelayanan kesehatan ibu yang digambarkan disini adalah mengenai antenatal care, pertolongan pada saat persalinan, serta *postnatal care*.

## METODE

### Sumber Data

Penelitian ini menggunakan informasi kematian perempuan usia 10 tahun ke atas yang meninggal pada saat hamil, atau saat persalinan atau 2 bulan setelah melahirkan dari data Sensus penduduk 2010 dengan pengumpulan data menggunakan teknik autopsi verbal.

### Populasi

Populasi adalah seluruh kematian perempuan yang dilaporkan terjadi saat kehamilan, melahirkan sampai dengan 2 bulan setelah melahirkan, dari 1 Januari 2009 sampai dengan saat dilakukannya pencacahan Sensus penduduk 2010 yang disebut *pregnancy related death*. Hasil validasi SP 2010 diperoleh sebanyak 8464 kasus *pregnancy related death*.

### Sampel

Unit penelitian adalah rumah tangga yang melaporkan kejadian kematian perempuan usia 10 tahun ke atas yang meninggal saat hamil atau pada saat persalinan atau 2 bulan setelah melahirkan. Sejak 1 Januari 2009 sampai saat pelaksanaan sensus.

Kriteria inklusi apabila kasus kematian perempuan usia 10 tahun ke atas pada saat hamil, atau saat bersalin atau 2 bulan setelah melahirkan dan terjadi pada periode referensi (1 Januari 2009 sampai pada saat pelaksanaan sensus).

Kriteria eksklusi apabila kasus kematian ternyata bukan kematian perempuan usia 10 tahun ke atas yang meninggal pada saat hamil, atau saat bersalin atau 2 bulan setelah melahirkan dan terjadi di luar periode referensi (1 Januari 2009 atau setelah pelaksanaan SP 2010)

### Cara Penarikan Sampel

Cakupan penelitian ini adalah seluruh kasus kematian perempuan usia 10 tahun ke atas yang dilaporkan meninggal pada saat hamil atau saat persalinan atau 2 bulan setelah melahirkan (*pregnancy related death*) dari data SP 2010 di Kabupaten/ Kota yang terpilih.

Cara pemilihan Kab/Kota untuk studi penyebab kematian maternal dilakukan

- 1) Sumatera; seluruh provinsi di pulau Sumatera
- 2) Jawa-Bali; seluruh provinsi di pulau Jawa dan provinsi Bali,
- 3) Kalimantan; meliputi seluruh provinsi di pulau Kalimantan
- 4) Sulawesi; meliputi seluruh provinsi di gugusan pulau Sulawesi
- 5) IBT/Lainnya; meliputi provinsi Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Maluku dan Papua.

Dari 8464 kasus *pregnancy related death* hasil verifikasi data SP 2010 maka terpilih 4167 kasus sebagai sampel yang berlokasi pada 134 Kab/Kota yang terpilih di 27 Provinsi. Dari sampel terpilih didapatkan 3741 kasus yang memenuhi kriteria inklusi.

### Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan pada Bulan November – Desember 2011 menggunakan instrumen yang AVKM2011-Individu. Petugas pelaksana pengumpul data adalah mitra/petugas BPS yang direkrut oleh BPS Provinsi di bawah koordinasi BPS Pusat. Pengumpulan data dilakukan oleh pencacah dengan kriteria berpendidikan minimal D3, berpengalaman dengan survei kesehatan atau

dengan latar belakang pendidikan kesehatan diutamakan perawat atau bidan.

### Manajemen Analisis Data

Hasil kunjungan lapangan adalah terdapat 3984 yang selesai diwawancarai dan kuesioner terisi lengkap, sisanya kuesioner tidak terisi lengkap. Analisis data dilakukan terhadap kasus yang sesuai kriteria inklusi sebanyak 3741 kasus.

Dari data yang dikumpulkan dengan menggunakan AVKM2011-Individu dipilih variabel mengenai latar belakang demografi yaitu umur almarhumah, daerah desa/ kota, tingkat pendidikan almarhumah serta variabel perilaku dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yaitu *antenatal care* selama kehamilan, penolong persalinan, tempat persalinan serta *postnatal care*.

Studi ini juga memiliki kelemahan informasi yang didapat hanya berdasarkan pengakuan responden yang kadang tidak terlalu mengerti tentang kejadian yang dialami almarhumah sebelum meninggal.

## HASIL

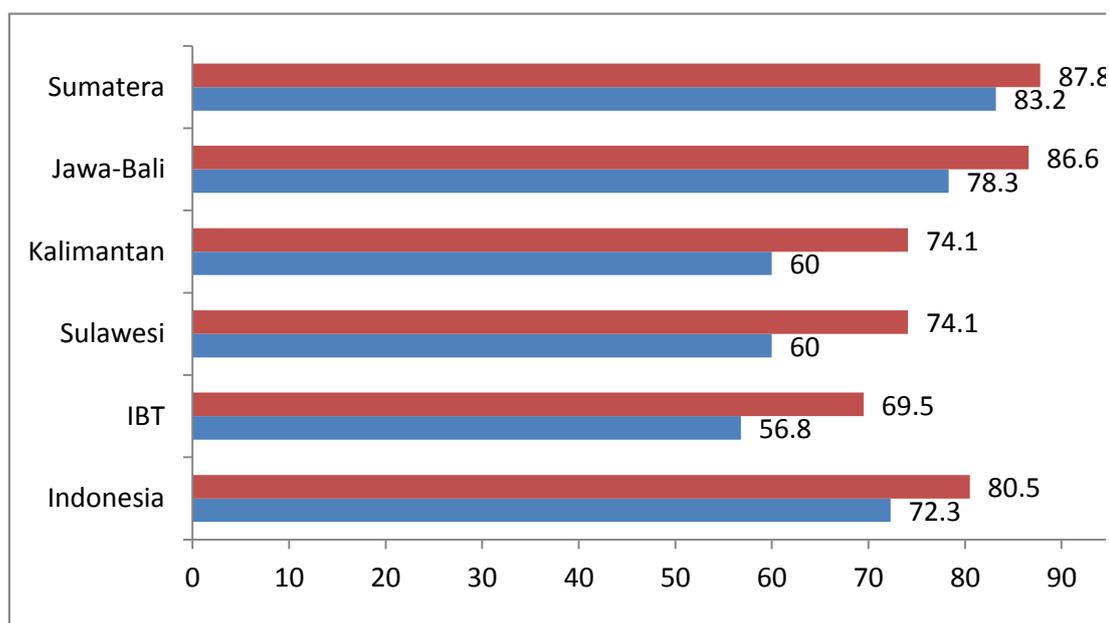
### *Antenatal Care*

*Antenatal care* merupakan suatu variabel yang mampu menggambarkan perilaku sehat pada masa kehamilan. Pada studi ini ditanyakan mengenai riwayat *antenatal care* almarhumah pada kehamilan terakhir menjelang meninggal menurut sepengetahuan responden yang ditemui. Tabel 1 menggambarkan distribusi kematian ibu menurut perilaku pemeriksaan kehamilan (*antenatal care*) serta pola ANC di tiap region dan menurut tipe daerah

Dari 3741 responden yang memenuhi kriteria inklusi, terdapat 3132 responden yang menjawab melakukan ANC atau tidak lainnya menjawab tidak tahu dan kasus yang tidak berlaku. Tidak berlaku adalah kasus kematian yang terjadi sebelum umur kehamilan memasuki usia trimester ketiga. Pada kasus kematian maternal, terdapat 64,2 persen kasus yang melakukan *antenatal care* sesuai pola yang dianjurkan dan terdapat 7,5 persen kasus yang tidak melakukan *antenatal care*.

**Tabel 1. Persentase Kematian Ibu Menurut Pola ANC dan Region.**

ANC 1-1-2	402	1416	70	332	185	2405
Tdk 1-1-2	82	233	20	76	44	455
Tidak ANC	41	88	13	68	62	272
Tidak Berlaku	90	284	21	58	30	483
Tidak Tahu	24	42	3	19	19	107
<b>Total</b>	<b>639</b>	<b>2063</b>	<b>127</b>	<b>553</b>	<b>340</b>	<b>3722</b>
<b>Persentase</b>						
REGION	Sumatera	Jabal	Kalimantan	Sulawesi	IBT	Indonesia
ANC 1-1-2	63.7	69.6	56.0	60.6	53.6	64.2
Tdk 1-1-2	12.1	10.0	13.7	14.1	14.7	11.9
Tidak ANC	6.9	3.8	11.0	11.3	16.5	7.5
Tidak Berlaku	13.8	14.3	16.2	10.2	8.7	13.1
Tidak Tahu	3.5	2.3	3.0	3.9	6.4	3.3
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>



**Gambar 1. Persentase Kematian Maternal Menurut Penolong Persalinan oleh Nakes dan Region.**

### Penolong Persalinan

Proporsi pola penolong persalinan pada kasus kematian ibu yang meninggal pada saat persalinan dan masa nifas sebanyak 2418 kasus disajikan pada Gambar 1.

Tenaga kesehatan (nakes) adalah dokter spesialis kebidanan dan kandungan, dokter umum dan bidan. Dari kasus kematian yang meninggal pada saat bersalin dan masa nifas terdapat 72,3 persen penolong persalinan



Pada kasus kematian maternal, ibu yang mendapatkan *postnatal care* lebih banyak daripada yang tidak mendapat. Region Jawa Bali adalah daerah yang melakukan *postnatal care* tertinggi.

## PEMBAHASAN

Faktor pelayanan kesehatan ibu dapat meliputi pelayanan kesehatan pada saat hamil, persalinan dan pada masa nifas. Oleh karena itu pengetahuan dan ketanggapan ibu dan keluarganya mengenai hal tersebut sangat berpengaruh pada angka kesakitan dan kematian ibu. Pelayanan kesehatan yang dimaksud disini adalah pemeriksaan *antenatal care*, persalinan sampai dengan pemeriksaan *postnatal care*. Pemantauan ini dimulai dari masa kehamilan dengan adanya ANC sesuai anjuran. ANC ini juga berfungsi sebagai pemantauan kesehatan ibu serta deteksi dini adanya komplikasi kehamilan. ANC juga dijadikan sarana kontak ibu dan nakes untuk memberikan edukasi pelayanan kesehatan ibu yang harus dilaksanakan selanjutnya yaitu persalinan dengan tenaga kesehatan dan kunjungan masa nifas (pasca persalinan).<sup>6</sup>

WHO merekomendasikan pemeriksaan kehamilan minimal empat kali kunjungan dengan selang waktu tertentu selama kehamilan. Kementerian Kesehatan RI kemudian mengembangkan menjadi pola *antenatal care* 1-1-2 yang berarti minimal satu kali kunjungan pada trimester pertama, minimal satu kali kunjungan pada trimester kedua dan minimal dua kali kunjungan pada trimester ketiga. Pada kasus kematian maternal, persentase yang melakukan ANC sesuai prosedur anjuran kementerian kesehatan (K4) sebanyak 64,2 persen. Pada penelitian yang dilakukan oleh Toan K Tran dan kawan-kawan yang dilakukan pada tahun 2008 sampai dengan tahun 2009 di Vietnam menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi perbedaan cakupan antenatal antara lain akses ke fasilitas kesehatan dan tipe daerah<sup>7</sup>. Dari hasil studi ini *menemukan* bahwa daerah Jawa Bali mempunyai cakupan K4 yang tertinggi dan daerah Indonesia bagian Timur memiliki cakupan K4 terendah. Hal ini didukung hasil Riset Fasilitas Kesehatan Tahun 2011

menemukan bahwa provinsi-provinsi di Daerah Jawa Bali mempunyai jumlah Fasilitas Kesehatan yang lebih banyak di bandingkan pulau pulau lainnya. Hal ini dimungkinkan juga dimungkinkan karena di wilayah Indonesia masih terdapat tempat-tempat dengan akses ke pelayanan kesehatan yang sulit terutama di Indonesia Bagian Timur serta adanya daerah perbatasan yang belum mampu mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai.<sup>8</sup>

*Antenatal care* merupakan suatu pemeriksaan pada masa kehamilan yang bersifat individual dan mengedepankan *preventive care*. Pada studi yang dilakukan di Jawa Barat kesulitan keuangan muncul sebagai isu utama di kalangan perempuan yang tidak melakukan persyaratan minimal empat pelayanan antenatal. Hal ini juga terkait dengan biaya pelayanan kesehatan, biaya transportasi, atau keduanya. Di daerah-daerah terpencil, terbatasnya ketersediaan pelayanan kesehatan juga masalah, terutama jika tenaga kesehatan terutama bidan desa sering bepergian keluar dari desa. Jarak dari fasilitas kesehatan, selain kondisi jalan yang buruk adalah keprihatinan utama, khususnya bagi mereka yang tinggal di daerah terpencil. Kurangnya kesadaran masyarakat tentang pentingnya layanan ini juga masih menjadi kendala<sup>9</sup>. Selain cakupan K4 harus dilihat juga kualitas ANC yang didapat. Dari studi ini cakupan K4 pada kejadian kasus kematian ibu sudah cukup tinggi, namun dari studi ini tidak dapat terlihat kualitas ANC yang diterima oleh almarhumah pada saat hamil terakhir. Sedangkan untuk dapat menurunkan angka kematian ibu juga dibutuhkan pelayanan antenatal care yang berkualitas disamping besarnya cakupan pelayanan<sup>10</sup>. Kementerian Kesehatan RI membuat prosedur tetap untuk menjaga kualitas antenatal care yaitu dengan 10T yaitu :

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan.
2. Ukur tekanan darah.
3. Nilai Status Gizi (ukur lingkar lengan atas).
4. Ukur tinggi fundus uteri.
5. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ).

6. Skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan.
7. Pemberian Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan.
8. Test laboratorium (rutin dan khusus).
9. Tatalaksana kasus
10. Temu wicara (konseling), termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB pasca persalinan.<sup>6</sup>

Dari hasil kajian determinan kematian maternal didapatkan bahwa penyebab kematian terbesar adalah kelompok hipertensi dalam kehamilan (HDK) dan perdarahan post partum (PPP) yang berkaitan erat dengan kualitas pelayanan kesehatan ibu pada masa kehamilan. Hasil kajian ini juga mendapatkan bahwa proporsi tenaga kesehatan yang tidak memeriksa urin pada kasus HDK sebanyak 53,3 persen dan terdapat 62,2 persen nakes tidak melakukan pemeriksaan darah pada kasus ibu dengan PPP tidak melakukan pemeriksaan darah pada saat kunjungan ANC.<sup>11</sup>

Pada kasus kejadian kematian ibu didapatkan penolong persalinan pertama oleh tenaga kesehatan sebesar 72,3 persen dan naik menjadi 80,5 persen pada penolong persalinan terakhir. Kenaikan penolong persalinan oleh nakes pada penolong persalinan terakhir dapat dimungkinkan karena adanya rujukan ke penolong persalinan yang lebih tinggi. Dari hasil ini juga menyiratkan bahwa penolong persalinan oleh non nakes masih cukup tinggi sebanyak 27,7 persen pada penolong persalinan pertama dan turun menjadi 19,5 persen pada penolong persalinan terakhir. Pada studi yang dilakukan oleh Jerome K. Kabakyenga dan kawan-kawan tentang keputusan dalam menentukan penolong persalinan di Uganda Barat Daya ditentukan oleh faktor-faktor seperti riwayat pemeriksaan kehamilan (antenatal care), paritas, tingkat pendidikan, tingkat kekayaan, jenis tempat tinggal (urban rural) serta pembuat keputusan dalam pemilihan penolong persalinan<sup>12</sup>. Daerah Sumatera serta Jawa Bali memiliki cakupan persalinan oleh nakes tertinggi. Hal ini juga didukung dari Riset Fasilitas Kesehatan 2011 yang

menemukan bahwa di daerah ini memiliki jumlah rata-rata Bidan, Dokter Umum dan Spesialis Kebidanan dan Kandungan di daerah ini lebih tinggi dibandingkan daerah-daerah lainnya.<sup>8</sup>

Kejadian kematian ibu lebih banyak yang melahirkan di fasilitas kesehatan. 58,6 persen pada tempat persalinan pertama dan naik menjadi 65,4 persen pada tempat persalinan terakhir. Dari hasil Rifaskes didapatkan bahwa di Indonesia hanya 13 persen kota yang memiliki minimal 4 Puskesmas PONEK dan 61 persen kabupaten yang minimal memiliki 4 Puskesmas PONEK.<sup>8</sup> Pada kasus kematian ibu masih terdapat 40 persen lebih kejadian kematian ibu masih melakukan persalinan di rumah. Hasil ini bertolak belakang dengan anjuran WHO dalam usaha menurunkan angka kematian ibu. Salah satu pilar dalam menurunkan angka kematian ibu menurut WHO adalah dengan persalinan yang aman dan bersih (*clean and safe delivery*). Pada studi yang dilakukan oleh Alemayehu Shimeka Teferra dan kawan-kawan di Ethiopia juga masih banyak kasus kematian ibu yang memilih melakukan persalinan tidak di fasilitas kesehatan.<sup>13</sup> Hasil ini juga tidak berbeda jauh dengan hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2010 yang mendapatkan 43 persen ibu melahirkan di rumah atau lainnya (non faskes).<sup>14</sup>

Dalam sebuah studi kualitatif yang dilakukan oleh Christiana R. Titaley dan kawan-kawan di Jawa Barat tentang alasan mengapa perempuan masih memilih melakukan persalinan di rumah, yang menjadi alasan utama mereka adalah alasan ekonomi, kebutuhan, akses ke pelayanan dan alasan kenyamanan<sup>15</sup>.

*Postnatal care* atau Kunjungan Nifas (KN) adalah pemeriksaan yang dilakukan setelah persalinan (pada masa nifas). *Postnatal care* bertujuan untuk mendeteksi secara dini komplikasi yang dapat terjadi pada ibu hamil pada masa nifas serta pemberian KB pasca salin. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia membuat program kunjungan nifas dilakukan minimal tiga kali kunjungan yaitu:

- Kunjungan Nifas 1 (KN1) dalam 6 jam sampai dengan 3 hari setelah persalinan

- Kunjungan Nifas 2 (KF2) dalam waktu 2 minggu setelah persalinan (8 – 14 hari)
- Kunjungan Nifas 3 (KF3) dalam waktu 6 minggu setelah persalinan (36 – 42 hari)

Dari hasil studi ini didapatkan bahwa pada kejadian kematian ibu yang meninggal pada saat masa nifas terdapat 79,9 persen kasus kematian ibu yang melakukan kunjungan nifas. Jika dibandingkan menurut daerah maka Daerah Jawa Bali mempunyai cakupan kunjungan nifas tertinggi (85,2%) dan Daerah Sulawesi memiliki cakupan terendah (68,8%). Dalam kunjungan nifas dilakukan pemeriksaan tanda vital ibu (keadaan umum, tekanan darah, suhu, respiratory rate, nadi), pemeriksaan involusi uteri, pemeriksaan payudara dan pemberian ASI, pemberian kapsul vitamin A dan pelayanan KB pasca salin. Dengan adanya postnatal care diharapkan kesehatan ibu pasca melahirkan dapat dipantau dengan baik.<sup>6</sup> Namun kualitas kunjungan nifas yang diterima almarhumah tidak dapat terlihat pada studi ini.

Hasil studi determinan kematian maternal di lima region di Indonesia mendapatkan bahwa kematian ibu terbesar ada di masa nifas dan penyebab terbesar masih berkaitan dengan penyebab komplikasi obstetrik yaitu kelompok HDK dan perdarahan dimana hal ini memerlukan deteksi dan penanganan segera untuk menghindari terjadinya kematian ibu.<sup>11</sup> Antisipasi dalam menanggulangi adanya komplikasi yang tidak terduga, Departemen Kesehatan membuat program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) dengan penempelan stiker di pintu rumah. Stiker ini berisi catatan penting yang harus dipersiapkan sebelum persalinan. Dengan adanya persiapan ini diharapkan dapat memberi bantuan kepada para pengambilan keputusan untuk bertindak dengan cepat dan tepat bila secara tiba-tiba terjadi komplikasi.<sup>16</sup> Namun dari hasil analisis implementasi program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi dengan stiker oleh Bidan Desa di Kabupaten Demak menyatakan bahwa masyarakat masih kurang mengerti dan merasa perlu mendapatkan pengarahan kembali mengenai

kegunaan dan pelaksanaan program ini.<sup>17</sup> Pada dasarnya telah terdapat program pelayanan kesehatan ibu yang bertujuan untuk mencegah kematian ibu, namun kualitas pelayanan ini masih perlu ditingkatkan disamping tingginya cakupan pelayanan.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Pada kasus kematian maternal di Indonesia pada tiap region lebih banyak kasus yang mendapatkan pelayanan kesehatan ibu daripada yang tidak mendapat. Region Sumatera serta Jawa Bali memiliki persentase tertinggi dalam mendapatkan pelayanan kesehatan ibu. Hal ini dimungkinkan karena akses dan ketersediaan fasilitas serta tenaga kesehatan di daerah ini lebih baik dibandingkan daerah lainnya.

### Saran

Untuk mencegah kematian ibu perlu pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas dan hal ini masih perlu ditingkatkan kembali di Indonesia. Penyebab terbesar kematian ibu di Indonesia masih berkaitan erat dengan komplikasi obstetrik yaitu HDK dan perdarahan sehingga diperlukan prosedur pemeriksaan urin dan darah yang mudah, murah dan tepat serta perbaikan regulasi ketersediaan bank darah.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terimakasih kami sampaikan kepada pihak yang telah terlibat dalam penelitian ini yaitu Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Balitbangkes dan Badan Pusat Statistik RI. Ucapan terimakasih juga kami sampaikan kepada semua pakar yang telah memberikan masukan terhadap penelitian ini, khususnya kepada Bapak Soeharsono Soemantri, Ph.D yang telah mendampingi penelitian ini dari awal bahkan sampai setelah penelitian ini berakhir.

## DAFTAR PUSTAKA

1. WHO, UNFPA and The World Bank Estimates. 2012. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010.

2. UNFPA. 2004. Maternal Mortality Update 2004.
3. WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank. Trend in Maternal Mortality 1990 – 2010. Geneva, WHO. 2012.
4. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 2009. Canadian Institute for Health Information
5. McCarthy J and Maine D. A Framework for Analyzing The Determinants of Maternal Mortality. 2012. Studies in Family Planning 23(1): 23-33.
6. Depkes. 2009. Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA). Departemen Kesehatan RI.
7. Tran et al. Factors Associated with Antenatal Care Adequacy in Rural and Urban Contexts-Results from Two Health and Demographic Surveillance Sites in Vietnam. BMC Health Services Research 2012, 12:40.
8. Badan Litbangkes Kemenkes RI. 2012. Laporan Akhir Riset Fasilitas Kesehatan Tahun 2011. Jakarta : Kementerian Kesehatan
9. Titaley CR et al. Why don't Some Women Attend Antenatal and Postnatal Care Services?: A Qualitative Study of Community Members' Perspectives in Garut, Sukabumi and Ciamis Districts of West Java Province, Indonesia. BMC Pregnancy and Childbirth 2010, 10:61.
10. Nikiema L et al. Quality of Antenatal Care and Obstetrical Coverage in Rural Burkina Faso. J Health Popul Nutr 2010 Feb;28(1):67-75 ISSN 1606-0997.
11. Depkes dan UNFPA. 2012. Kajian Determinan Kematian Maternal di Lima Region Indonesia. Jakarta. UNFPA Indonesia
12. Kabakyenga, JK. Influence of Birth Preparedness, Decision-Making on Location of Birth and Assistance by Skilled Birth Attendants among Women in South-Western Uganda.
13. Teferra AS et al. Institutional Delivery Service Utilization and Associated Factors Among Mothers who Gave Birth in The Last 12 Months in Sekela District, North West of Ethiopia: A community - based cross sectional study. BMC Pregnancy and Childbirth 2012, 12:74
14. Badan Litbangkes Kemenke RI. 2011. Laporan Akhir Riset Kesehatan dasar Tahun 2010. Jakarta. Kemkes RI
15. Titaley CR et al. Why do some women still prefer traditional birth attendants and home delivery?: a qualitative study on delivery care services in West Java Province, Indonesia. BMC Pregnancy and Childbirth 2010, 10:43
16. Depkes RI. 2009. Pedoman Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi dengan Stiker Dalam Rangka Mempercepat Penurunan AKI. Jakarta : Kemenkes RI.
17. Dwijayanti P. Analisis Implementasi Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi dengan Stiker oleh Bidan Desa di Kabupaten Demak. Jurnal Kesehatan Masyarakat Volume 2, Nomor 1, Tahun 2013.

**GAMBARAN PERILAKU BERISIKO REMAJA DI KELURAHAN KEBON  
KELAPA KECAMATAN BOGOR TENGAH KOTA BOGOR TAHUN 2013  
(STUDI KUALITATIF)**

***Description of Adolescent Risk Behavior in Kebon Kelapa Village Bogor Subdistrict,  
Bogor City (Qualitative Study)***

Iram Barida Maisya\*, Andi Susilowati\*, Rika Rachmalina\*

\*Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Badan Litbangkes

**Abstract**

**Background :** *The common problems which are currently faced by adolescents are lack of reproductive health information, low access to health facilities, and risk behavior among themselves. Risk behaviors in this age group tend to increase and become serious issues; therefore this requires considerable attention from all parties/sectors. Risk behaviors among youth include smoking, alcohol and drugs use, and premarital sex.*

**Objective :** *The objective of this study was to examine the problems related to risk behavior among adolescents in Kebon Kelapa, Kota Bogor.*

**Methods :** *This was qualitative research using in depth interview method.*

**Results :** *The results showed that risk behaviors were at an alarming stage. All respondents admitted having premarital sex; theySome of them claimed using condoms in their practice. The respondents confirmed the main reasons for having premarital sex were consensual or being induced by their partner. In addition, this study also addressed low reproductive knowledge among youth, resulting unsafe abortion trial by visiting paraji (shaman).*

**Conclusions:** *Besides premarital sex issue, some respondents declared their addiction to smoke and alcohol. Lack of knowledge and poor access of information on risk behavior and reproductive health confirmed the key findings of this study. The influences of friends have strong encouragement to participate in risk behaviors and additionally, yet, educational institutions were not being able to be a medium in facilitating the development of self-esteem towards young generation.*

**Keywords:** *adolescents, smoking, alcohol, drugs, premarital sexual*

**Abstrak**

**Latar Belakang :** Permasalahan umum remaja adalah kurangnya informasi yang benar dan tepat tentang reproduksi, rendahnya akses terhadap fasilitas kesehatan, dan perilaku berisiko. Perilaku berisiko remaja saat ini semakin meningkat dan menunjukkan gejala yang mengkhawatirkan sehingga memerlukan perhatian khusus dari semua pihak. Perilaku berisiko remaja meliputi merokok, minum beralkohol, konsumsi narkoba, dan seks pranikah.

**Tujuan :** Tujuan penelitian ini untuk mengkaji lebih dalam permasalahan yang berkaitan dengan perilaku berisiko pada remaja di Kelurahan Kebon Kelapa, Kota Bogor.

**Metode :** Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan cara wawancara mendalam terhadap informan.

**Hasil :** Hasil penelitian menunjukkan perilaku berisiko yang dilakukan informan sangat mengkhawatirkan, semua informan mengatakan pernah melakukan hubungan seks pranikah, bahkan ada yang menggunakan alat kontrasepsi (kondom). Tempat melakukan hubungan seks biasanya di rumah pasangan atau di hotel kelas melati. Alasan melakukan hubungan seks pranikah ada yang suka sama suka, ada juga yang dipaksa oleh pacar.

**Kesimpulan :** Pengetahuan tentang kesehatan reproduksi masih rendah, bahkan ada informan yang pernah mencoba melakukan aborsi/pengguguran tidak aman dengan mendatangi paraji (dukun bayi). Selain hubungan seks pranikah, sebagian informan ada yang merokok dan kecanduan minuman beralkohol. Pengetahuan dan akses informasi tentang perilaku berisiko dan kesehatan reproduksi masih rendah. Pengaruh teman sebaya sangat kuat, bahkan sekolah sebagai institusi pendidikan belum mampu menjadi wadah bagi remaja untuk bisa mengembangkan dan mengapresiasi diri.

**Kata Kunci :** Remaja, merokok, alkohol, narkoba, hubungan seksual pranikah

## PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan yang berorientasi pada pembangunan manusia berkelanjutan (*sustainable development for mankind*) dilandasi oleh kesadaran mengenai pentingnya investasi kesehatan bagi kemajuan suatu bangsa. Tanpa kesehatan, tidak akan ada sumber daya manusia (SDM) yang intelektual dan produktif yang merupakan prasyarat utama keberhasilan suatu bangsa. Kesehatan adalah kapital utama pembangunan yang tanpanya, kapital-kapital lain tidak berfungsi optimal.<sup>1</sup> Sumber daya manusia merupakan salah satu komponen penting dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan. Sumber daya manusia yang berkualitas sangat dibutuhkan untuk dapat meningkatkan status kesehatan masyarakat. Remaja sebagai bagian dari komponen sumber daya manusia adalah aset yang sangat berharga bagi bangsa pada masa yang akan datang.

Masa remaja merupakan masa transisi antara masa kanak-kanak menuju dewasa dan relatif belum mencapai tahap kematangan mental dan sosial sehingga mereka harus menghadapi tekanan-tekanan emosi dan sosial yang saling bertentangan. Banyak sekali kejadian yang akan terjadi yang tidak saja akan menentukan kehidupan masa dewasa tetapi juga kualitas hidup generasi berikutnya sehingga menempatkan masa ini sebagai masa kritis.<sup>2</sup>

Remaja memiliki rasa ingin tahu yang tinggi (*high curiosity*). Remaja cenderung berpetualang menjelajah segala sesuatu dan mencoba segala sesuatu yang belum pernah dialaminya, selain itu juga didorong keinginan menjadi seperti orang dewasa menyebabkan remaja mencoba melakukan apa yang sering dilakukan orang dewasa termasuk yang berkaitan dengan masalah seksualitas.<sup>2</sup> Masalah kesehatan pada remaja berkaitan dengan perilaku yang berisiko, yaitu merokok, minum-minuman beralkohol, penyalahgunaan narkoba, dan melakukan hubungan seksual pranikah. Perilaku berisiko pada remaja mengacu pada segala sesuatu yang berkaitan dengan perkembangan kepribadian dan adaptasi dari remaja.<sup>3</sup>

Kementerian Kesehatan RI mendefinisikan remaja berisiko sebagai remaja yang pernah melakukan perilaku yang berisiko bagi kesehatan seperti merokok, minum-minuman beralkohol, menyalahgunakan narkoba, dan

melakukan hubungan seksual pranikah.<sup>5</sup> Prevalensi perilaku berisiko pada remaja semakin meningkat dan dampak yang ditimbulkannya juga semakin mengkhawatirkan. Pengetahuan yang benar tentang kesehatan reproduksi remaja juga tidak meningkat prevalensinya. Diperlukan adanya analisis yang mendalam tentang determinan atau faktor-faktor yang menentukan terjadinya perilaku berisiko pada remaja, sehingga dapat dilakukan intervensi yang lebih baik dan lebih tepat sasaran.<sup>6</sup>

Perilaku berisiko saat remaja dapat berdampak pada menurunnya kualitas kehidupan keluarga saat ini dan masa mendatang. Remaja yang tidak sehat secara fisik dan mental dapat melahirkan keturunan yang tidak sehat pula, antara lain: bayi yang dilahirkan akan menderita gizi buruk atau penyakit tertentu. Oleh karena itu identifikasi masalah perilaku berisiko lebih dini sangat penting untuk mencegah masalah lain yang akan muncul.<sup>7</sup>

Studi perilaku yang dilakukan di Jakarta dan Merauke melaporkan bahwa kaum muda memiliki kecenderungan cukup tinggi untuk melakukan kegiatan yang berkaitan dengan perilaku seksual seperti berciuman, saling melakukan rangsangan seksual, melakukan onani/masturbasi, dan berhubungan seks sebelum menikah. Kecenderungan perilaku seksual pranikah di kalangan remaja dewasa ini semakin tinggi, kasus aborsi di Indonesia sebanyak 30% dilakukan oleh remaja atau sekitar 700 ribu kasus per tahun.<sup>8</sup>

Tulisan ini adalah bagian dari penelitian Determinan Perilaku Berisiko Pada Remaja di Kelurahan Kebon Kelapa. Tujuan penelitian ini untuk menggali lebih dalam permasalahan yang terjadi berkaitan dengan perilaku berisiko pada remaja di Kelurahan Kebon Kelapa, Kota Bogor. Informan penelitian ini adalah remaja yang masuk dalam sampel penelitian Determinan Perilaku Berisiko pada Remaja di Kelurahan Kebon Kelapa, Kota Bogor yang diketahui telah melakukan seks pranikah maupun yang mengkonsumsi minum-minuman beralkohol atau menggunakan narkoba.

## METODE

Penelitian ini merupakan studi kualitatif dengan menggunakan metode studi kasus

(*case study*) tentang perilaku berisiko pada remaja yang dilakukan di Kelurahan Kebon Kelapa, Kecamatan Bogor Tengah, Kota Bogor. Perilaku pada remaja yang masuk dalam kategori berisiko yaitu merokok, minum-minuman beralkohol, penyalahgunaan narkoba, dan seks pranikah. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Maret-September 2013. Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan teknik wawancara mendalam yang dilakukan terhadap informan yang terdiri dari remaja yang melakukan seks pranikah dan remaja yang pecandu minuman beralkohol. Wawancara mendalam dilakukan di suatu tempat dimana informan merasa nyaman untuk diwawancarai oleh peneliti.

Analisis data dilakukan dengan menggunakan analisis data kualitatif yang dikembangkan atau lebih dikenal dengan analisis interaktif (*interactive models of analysis*). Analisis interaktif ini terdiri dari tiga komponen utama, yaitu reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan yang dilakukan dalam bentuk interaktif dengan proses pengumpulan data sebagai suatu siklus.<sup>9</sup>

## HASIL

Gambaran Perilaku Berisiko Remaja (Studi Kualitatif)

### 1. Konsumsi Minuman Beralkohol

Berdasarkan hasil wawancara mendalam terdapat beberapa informan yang mengatakan bahwa pergaulan remaja di Kelurahan Kebon Kelapa sudah cukup mengkhawatirkan walaupun mereka masih duduk dibangku sekolah menengah, namun mereka sudah mengenal dan mengkonsumsi rokok dan minuman keras "kelas kampung". Menurut bahasa remaja setempat minuman keras "kelas kampung" adalah minuman yang mengandung alkohol tapi diproduksi secara rumahan/tradisional seperti arak. Seperti yang dikatakan oleh seorang informan sebagai berikut:

*"Sejak kelas 1 SMP, kalo minuman keras 1 SMU pake pil double D, nama pilnya ada Leksotan, Arthan, Three X obat penenang gitu dari Three X Pinidil. Cuma yang saya pernah coba itu dari Three X Pinidil".*

### 2. Melakukan Hubungan Seks Pranikah

Beberapa informan mengatakan bahwa mereka pernah melakukan hubungan seks pranikah. Bahkan ada informan yang mengatakan bahwa mereka melakukan hubungan seks di lingkungan sekolah, seperti di kamar mandi sekolah, tanpa diketahui oleh penjaga sekolah maupun guru.

*" Iya pernah dengan pacar saya yang sekarang jadi ayah biologis anak saya"*  
*"pada gitu (berhubungan seks) siy bu, kadang di kamar mandi sekolahan, seharusnya di kamar mandi teh ada cctv, dan itu ga ada org yg tau krn lg suasana belajar, pura-puranya ijin ke kamar mandi, trus ketemuan sama anaknya (pasangannya)."*

### 3. Penggunaan Alat Kontrasepsi/kondom

Sebagian informan mengatakan kalau mereka menggunakan alat kontrasepsi seperti kondom ketika berhubungan seks. Mereka mengatakan bahwa yang membelikan kondom tersebut adalah pacarnya. Seperti yang dikatakan oleh informan sebagai berikut:

*"Ada beberapa sahabat saya yang sudah "ngelepas"(melepas keperawanan) gitu ada si A si B, tp mereka ga pada hamil karena pada pake kondom, mereka belinya di apotik, lakinya (pacarnya) yang beli."*

### 4. Pengaruh Teman Sebaya

Sebagian besar informan mengatakan bahwa mereka mulai mengenal rokok dan minuman keras dari kakak kelasnya. Mereka awalnya hanya iseng-iseng saja mencobanya namun ada juga informan yang mengatakan kalau mereka dipaksa oleh kakak kelas untuk mencobanya. Lingkungan dan teman sebaya sangat berpengaruh terhadap perkembangan sosial dan psikologis remaja. Tidak jarang mereka akan mendapat tekanan jika tidak mau mengikuti teman sebayanya. Biasanya senioritas sangat dominan dan berpengaruh bagi adik kelasnya, bahkan dalam hal negatif sekalipun. Seperti yang dikatakan oleh informan berikut ini:

*"Setelah lulus SMP, saya mencoba merokok. Awalnya hanya iseng-iseng, namun setelah saya mencobanya ternyata saya 'ketagihan'. Namun saya tidak*

setiap hari merokok hanya sekitar 2 kali dalam seminggu atau ketika saya merasa sedang 'gak mood'.

"Kenal minuman keras pertama kali dari kaka kelas, waktu saya sekolah di STM sering dimintain duit, setiap hari setor 2000 atau 3000. Istirahat diajak, dikenalin pertama kali minuman itu namanya ARAK, pertamanya sempet kelimpungan, berat, ga kuat jalan cuman kenapa setiap kesini, karena sering diajak jadi enak gitu. Jadi tiap hari, tiap hari keterusan. Pertama kali kenal minuman keras itu dari sekolahan."

### 5. Tempat Khusus untuk Nongkrong/ Kongkow

Menurut beberapa informan mereka mempunyai "benteng" tempat berkumpul dan kongkow anak muda yang posisinya agak tinggi dan banyak terdapat tanaman dan pohon-pohon yang tinggi hingga bisa digunakan untuk "mojok". Benteng tersebut atasnya terdapat kuburan. Menurut mereka benteng tersebut tiap malam digunakan untuk nongkrong dan benteng tersebut tidak jarang juga digunakan untuk "maen" (berhubungan seks). Seperti yang dikatakan oleh informan berikut ini:

"Mereka suka maenya di "benteng", atasnya itu kuburan, apalagi kalo malem2 rame disitu buat nongkrong. Waktu itu ada temen yang sampe kaya saya ini (hamil)."

"Saya hanya di rumah setiap hari senin hingga jumat dan ketika weekend (sabtu-minggu) saya bermain dengan teman-teman saya hingga larut pagi dan menginap di rumah teman saya."

### 6. Pengguguran Kandungan

Sebagian besar informan mengatakan bahwa mereka menggunakan kondom pada saat melakukan hubungan seks, tetapi menurut mereka ada juga yang "kebobolan" artinya pihak perempuannya hamil, ada sebagian dari mereka yang bertahan untuk tetap memelihara kandungannya hingga melahirkan, tetapi ada juga yang sengaja pergi ke paraji untuk menggugurkan kandungannya. Seperti yang dikatakan oleh informan berikut ini:

"Dia bisa cegah ke paraji, digugurin gitu. Dia siy bilangnyanya kesel kalo sampe hamil, tp besok2nya diulangi lagi, pernah sampai 2 kali saya anter ke parajinya buat gugurin..."

"Dia (pacar saya) membawa saya ke Villa di Puncak Bogor untuk melakukan berbagai cara agar kandungan saya digugurkan, seperti makan nanas mentah dan jus nanas yang dicampur dengan ketumbar."

### 7. Faktor Pendorong Melakukan Perilaku Berisiko

Ada beberapa yang mengatakan bahwa mereka melakukan hubungan seks sebelum nikah atas dasar suka sama suka, ada juga informan yang mengatakan mereka melakukan hubungan seks pranikah karena dipaksa oleh teman dekatnya sendiri dan ada juga yang dipaksa oleh pacarnya. Ada beberapa informan yang mengatakan bahwa mereka melakukan hubungan seks pranikah karena "penasaran" mendengarkan cerita dari teman-temannya. Seperti yang dikatakan informan berikut ini:

"Ya dipaksa....dipaksa sama pacar karena dikasih minuman, pertama ga sadar, yg kedua pas itu di rumahnya saya dipaksa sampe saya jejeritan ga ada yg denger."

"Suka sama suka aja. Iya pernah berhubungan seks dg X, dia adalah ayah biologis dari anak saya dan pernah menjadi suami siri saya."

"Alasannya, ngedenger temen-temen pacarannya. Waktu itu serng main jujur-jujuran satu geng itu. Siapa yang pernah begini-begini (hubungan seks) disitu keluar rasa penasaran saya.."

### 8. Akses Informasi

Karena kurangnya informasi yang mereka peroleh tentang kesehatan reproduksi maka pengetahuan mereka tentang kesehatan reproduksi juga terbatas, mereka tidak mengetahui akibat dari perbuatan mereka tersebut. Beberapa informan juga tidak mengetahui apa tanda-tanda kehamilan. Hal ini seperti yang di katakan oleh informan sebagai berikut:

"...saya dulu mah ga tau tanda-tanda hamil"

Dari hasil wawancara mendalam diketahui bahwa informan tidak tahu jika ada wadah atau tempat untuk konsultasi mengenai kesehatan reproduksi, baik itu di lingkungan sekolah maupun di lingkungan tempat tinggal mereka. Hal ini seperti yang dikatakan oleh informan sebagai berikut:

*“Saya tidak pernah mendengar tentang tempat buat remaja untuk memperoleh informasi dan konsultasi mengenai kesehatan reproduksi”*

*“ga pernah tahu tempat yg digunakan oleh remaja untuk memperoleh informasi tentang kesehatan reproduksi.”*

## 9. Tempat Melakukan Hubungan Seks

Menurut beberapa informan mereka memanfaatkan kesempatan untuk melakukan hubungan seks pranikah di rumah pada saat orang tua bekerja atau tidak berada di rumah. Bahkan ada informan yang sudah biasa melakukannya di hotel. Hal ini seperti yang dikatakan oleh beberapa informan berikut ini:

*“dirumahnya saya dipaksa sampe saya jejeritan ga ada yg denger karena bapaknya lagi pergi jemput mamanya ke ciomas....trus mau pergi keluar dari rumahnya jg dikunci rumahnya..”*

*“Dirumah pacar saya, karena sepi, orang tuanya sibuk bekerja diluar..”*

*“Di hotel-hotel cepe-cepean. Di jembatan merah..”*

Hampir semua informan mengatakan kalau mereka melakukan hubungan seks pertama kali dengan pacar. Bahkan ada informan yang mengaku sudah berganti pacar sebanyak 5 kali dan dia selalu melakukan hubungan seks bersama pacar-pacarnya itu. Fungsi keluarga dalam hal keharmonisan juga memberikan dampak yang besar terhadap perkembangan remaja. Salah satu informan mengaku jika dia lebih sering menghabiskan waktunya di luar rumah karena suasana di rumah tidak nyaman, ibunya sudah bercerai kemudian menikah lagi sehingga dia memilih untuk tinggal bersama nenek dan bibinya.

## PEMBAHASAN

### 1. Konsumsi Minuman Beralkohol

Secara umum, tingkat pergaulan remaja di Kelurahan Kebon Kelapa cukup mengkhawatirkan, rata-rata remaja yang masih duduk di bangku sekolah menengah sudah mengenal bahkan mencoba mengkonsumsi dari mulai rokok, minuman keras “kelas kampung” alias minuman yang mengandung alkohol tapi diproduksi secara rumahan/tradisional seperti “arak” (menurut bahasa remaja setempat). Diduga, orang tua yang mempunyai kebiasaan merokok atau minum alkohol akan dengan mudahnya ditiru oleh anaknya, karena orang tua merupakan contoh nyata untuk anak. Apa yang dilakukan oleh orang tua akan dengan mudah diadaptasi oleh anak, begitu juga dengan perilaku yang tidak baik yang dilakukan oleh orang tua maka akan dengan mudah ditiru oleh anak. Beberapa remaja minum alkohol sebagai simbol kedewasaan dan sebagai jalan pintas dalam mengatasi masalah yang mendera dalam kehidupannya. Hasil ini serupa dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa remaja yang memiliki teman berperilaku berisiko cenderung akan melakukan perilaku berisiko juga.<sup>10,11,12</sup> Hal ini terjadi karena remaja ingin diakui oleh lingkungan pertemanannya, tidak dianggap ketinggalan jaman dan mempererat hubungan pertemanan.

### 2. Melakukan hubungan seks pranikah

Perilaku seks pranikah juga sudah terjadi di kalangan remaja di daerah ini, berdasarkan pengakuan salah satu informan menyatakan bahwa kegiatan melakukan hubungan seks ini terjadi di lingkungan sekolah, seperti di kamar mandi sekolah, tanpa diketahui oleh penjaga sekolah maupun guru. Fungsi pengawasan yang melekat pada guru dan lembaga pendidikan (sekolah) layak dipertanyakan jika terjadi kasus seperti itu, karena sekolah sebagai lembaga pendidikan semestinya memberikan kontribusi positif terhadap perkembangan perilaku siswanya. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian tentang perilaku seksual mahasiswa yang dilakukan oleh Pusat Informasi dan Pelayanan Remaja (PILAR) PKBI Jawa Tengah pada bulan Juni-Juli 2006, terhadap 500 informan mahasiswa di Semarang. Berdasarkan penelitian tersebut, diperoleh 31 orang (6,2%) menyatakan pernah melakukan *intercourse*, 111 orang (22%) pernah melakukan *petting*. Penelitian lain yang dilakukan oleh *Unnes Sex Care Community (USECC)* suatu organisasi

mahasiswa peduli kesehatan reproduksi remaja pada tahun 2009, menyebutkan bahwa kebiasaan pacaran mahasiswa UNNES dilakukan dengan aktivitas yaitu *kissing* 43%, *necking* 17%, *petting* 15%, dan sebanyak 5% mengaku pernah melakukan *intercourse* (hubungan seksual) pranikah.<sup>13</sup>

### **3. Penggunaan Alat Kontrasepsi/Kondom dan Pengguguran Kandungan**

Di Kelurahan Kebon Kelapa, ada remaja yang sudah melakukan seks pranikah, artinya mereka sudah terpapar dengan informasi mengenai penggunaan pengaman/kondom saat berhubungan dengan pasangannya. Akses untuk mendapatkan kondom sangat mudah. Mereka dengan mudah mendapatkannya di apotik atau bahkan di mini market yang dengan jelas memajang alat kontrasepsi ini. Pada saat membelinya pun mereka tidak ditanya berapa umur mereka saat ini, karena di Indonesia belum ada regulasi yang jelas mengenai peredaran kondom dan siapa saja yang berhak untuk membelinya. Dengan kemudahan ini, remaja merasa mendapatkan "angin segar" bahwa dengan dalih menggunakan kondom, mereka dengan bebas melakukan seks pranikah. Disamping mereka menggunakan alat kontrasepsi/pengaman, ternyata ada juga yang menurut istilah mereka "kebobolan", artinya pihak remaja perempuan sampai hamil. Ada sebagian dari mereka yang bertahan untuk tetap memelihara kandungannya hingga melahirkan, tetapi ada juga yang sengaja pergi ke paraji untuk menggugurkan kandungannya. Artinya, mereka sudah paham jika terjadi kehamilan yang tidak diinginkan, mereka harus berbuat apa dan pergi kemana.

Hal ini senada dengan temuan utama hasil Survei Demografi dan Kesehatan : Kesehatan Reproduksi remaja tahun 2012 yang menyebutkan bahwa pengetahuan tentang alat/cara KB cukup menyebar luas di kalangan remaja Indonesia. Lebih dari 90 persen remaja mengetahui paling sedikit satu alat/cara KB modern, dan satu dari tiga remaja mengetahui paling sedikit satu alat/cara KB tradisional. Alat/cara KB modern yang banyak dikenal oleh remaja adalah pil, suntikan dan kondom.<sup>14</sup>

### **4. Pengaruh Teman Sebaya**

Teman sebaya mempunyai pengaruh yang begitu besar dan kuat, karena remaja merasa diakui eksistensinya jika bisa bergaul dan ikut

*trend* yang dilakukan oleh teman-temannya. Hasil wawancara mendalam yang dilakukan terhadap informan memperlihatkan bahwa pengaruh teman sebaya sangat dominan. Hasil penelitian lain menunjukkan bahwa sudah cukup banyak teman dekat informan pernah melakukan perilaku seksual berisiko. Kondisi ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan yaitu sikap dari mahasiswa dan teman-teman dekatnya yang menganggap bahwa perilaku seksual yang terjadi di kalangan mahasiswa merupakan hal yang sudah dianggap biasa.<sup>14</sup> Sikap yang makin permisif ini tidak jarang akan berdampak terhadap perilaku seksual mereka. Seorang remaja akan lebih terbuka bercerita dan membahas permasalahan seksualitas dengan teman dekat atau teman sebayanya, sehingga informasi dan sikap dari teman tidak sedikit membawa pengaruh terhadap sikap seorang remaja.

### **5. Tingkat Pengetahuan dan Akses Informasi**

Pengetahuan tentang kesehatan reproduksi yang setengah-setengah menjadikan remaja ingin tahu dan penasaran, sayangnya mereka tidak tahu harus mencari informasi yang benar kemana dan kepada siapa, karena fasilitas seperti lembaga penyedia layanan kesehatan reproduksi untuk remaja tidak ada baik di lingkungan sekolah maupun lingkungan tempat tinggal mereka. Menurut hasil SDKI tahun 2012 disebutkan bahwa sekolah merupakan sumber pengetahuan kesehatan reproduksi yang penting untuk remaja. Sekitar 9 dari 10 remaja wanita umur 15-24 tahun dan 8 dari 10 remaja pria umur 15-24 tahun mendapat pelajaran sistem reproduksi manusia di sekolah.<sup>14</sup>

Pengaruh dari teman sebaya justru sangat dominan, informasi yang belum tentu benar keberadaannya ditelan mentah-mentah, sehingga terkadang mereka tidak tahu risiko apa yang akan mereka tanggung dari perbuatannya tersebut. Selain itu, meskipun banyak remaja mengetahui tentang seks akan tetapi faktor budaya melarang membicarakan mengenai seksualitas di depan umum karena dianggap tabu. Pada budaya tertentu, masalah seksual sering dianggap tabu untuk dibicarakan antara remaja dan orang tuanya. Namun demikian, kesehatan reproduksi saat ini masuk sebagai bagian dari pelajaran Biologi dan sebagai aktivitas ekstra kurikuler.

Hasil SDKI 2012 menyarankan perlunya pengembangan kurikulum pendidikan dan pelatihan untuk sasaran tenaga pendidik dan pengembangan program operasional lapangan.<sup>14</sup>

Semakin banyaknya kasus kehamilan diluar nikah yang dialami remaja telah menyebabkan hancurnya masa depan remaja tersebut. Hal ini sesuai dengan Sarlito, yang menyatakan bahwa remaja yang sedang dalam periode ingin tahu dan ingin mencoba, akan meniru apa yang dilihat atau didengarnya dari media massa, karena mereka belum pernah mengetahui masalah seks secara lengkap dari orang tua mereka sendiri.<sup>15</sup> Menurut Sarlito Wirawan, pendidikan seks paling banyak didapat dari media massa 58,81%. Hal tersebut sesuai dengan peneliti dari *North Caroline*, yang secara umum remaja yang paling banyak mendapat dorongan seksual dari media cenderung melakukan seks pada usia 14 hingga 16 tahun 2,2 kali lebih tinggi di banding dengan remaja lain yang lebih sedikit melihat eksploitasi seks dari media.<sup>16</sup>

Semua informan mengakui jika mereka berhubungan seks pertama kali dengan pacar. Pacaran dan perilaku seksual berkaitan erat satu sama lain. Namun, pengalaman seksual dikalangan remaja biasanya terjadi dalam konteks remaja yang berhubungan atau berelasi dalam hubungan pacaran karena pacaran akan menghadapkan remaja dengan kondisi yang meningkatkan pengalaman seksual mereka<sup>17</sup>. Informan tidak tahu jika ada wadah atau tempat untuk konsultasi mengenai kesehatan reproduksi, baik itu di lingkungan sekolah maupun di lingkungan tempat tinggal mereka. Pola asuh dan pengawasan dari orang tua sangat dibutuhkan untuk mencegah perilaku berisiko pada remaja, selama melewati masa remaja, mereka membutuhkan dukungan dan bimbingan dari orang tua untuk memotivasi mereka ke arah tujuan positif dalam hidup. Ini hanya dapat dicapai melalui komunikasi yang jelas dan kedekatan antara remaja dan orang tua. Fungsi keluarga dalam hal ini keharmonisan dalam keluarga juga memberikan dampak yang besar terhadap perkembangan remaja.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Perilaku berisiko remaja di daerah ini perlu mendapat perhatian walaupun mereka masih duduk di bangku sekolah menengah. Remaja sudah pernah melakukan hubungan seks pranikah dan mereka menggunakan alat pengaman berupa kondom. Adanya praktek aborsi dengan mendatangi dukun bayi mengindikasikan pengetahuan dan akses informasi tentang kesehatan reproduksi remaja masih sangat rendah. Selain hubungan seks pranikah, sebagian informan ada yang merokok dan kecanduan minuman beralkohol. Dalam hal ini, perilaku berisiko remaja sangat dipengaruhi oleh teman sebaya. Sekolah sebagai institusi pendidikan ternyata belum mampu menjadi wadah bagi remaja untuk bisa mengembangkan dan mengapresiasi diri.

### Saran

Sekolah sebagai institusi pendidikan hendaknya meningkatkan peran dan fungsinya sebagai lembaga yang mampu memberikan contoh dan mengarahkan serta melakukan pembinaan kepada para siswanya agar menghindari perilaku berisiko baik dengan memasukkan materi kesehatan reproduksi dan budi pekerti kedalam kurikulum maupun kegiatan ekstra kurikuler. Selanjutnya perlu tindakan advokasi dan sosialisasi kepada institusi yang berwenang (Kelurahan dan jajarannya) mengenai bahaya perilaku berisiko pada remaja (merokok, minum-minuman beralkohol, konsumsi narkoba, dan seks pranikah) serta memberikan informasi tentang kesehatan reproduksi yang benar.

Remaja juga dapat diberdayakan dalam berbagai kegiatan positif, seperti melibatkan remaja secara aktif dalam kegiatan yang berhubungan dengan kesehatan yaitu dengan mengikutsertakan dan melatih remaja menjadi kader kesehatan remaja atau konselor sebaya. Dukungan lain yang dapat diberikan yaitu dengan memberikan informasi yang benar mengenai perilaku berisiko remaja dan kesehatan reproduksi kepada orang tua melalui seminar atau pertemuan yang diselenggarakan oleh pihak sekolah ataupun kelurahan. Kerjasama lintas sektor dibutuhkan untuk menyediakan wadah layanan kesehatan reproduksi di lingkungannya dalam bentuk KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) yang memadai sesuai dengan kebutuhan para remaja.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Badan Litbangkes yang telah memberikan kesempatan dalam melaksanakan penelitian ini. Ucapan terima kasih juga ditujukan kepada Dr. Ir. Anies Irawati, M.Kes yang telah memberikan bimbingan teknis kepada peneliti mulai dari protokol penelitian sampai pada tahap publikasi. Selanjutnya ucapan terima kasih juga disampaikan kepada koordinator kader Kebon Kelapa Kota Bogor yang telah membantu peneliti selama proses pengumpulan data.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Grossman, Michael. 1972. *The Demand for Health: Theoretical and empirical Investigation*. Columbia University Press. New York )
2. Azwar, A. *Kesehatan Reproduksi Remaja di Indonesia (Adolescent Reproductive Health in Indonesia)*, unpublished paper presented at the : National Congress of Epidemiology IX in Jakarta, 8 Nopember 2000.
3. World Health Organization, 1993. *The Health of Young People: a Challenge and a Promise*. Geneva, Switzerland
4. Anonym. Remaja dan hubungan seksual pranikah., 25 Nopember, 2007 pada 7:41 am. Disimpan dalam [GayaHidup](#). Akses tanggal 16 Juli 2009.
5. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2003. *Materi Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)*. Jakarta
6. Heny, Jurnal Kesehatan Reproduksi Vol. 1 No 3, Agustus 2011 : 136- 144
7. Sabon, Simon Sili. Deterrninan perilaku berisiko HIV/AIDS dikalangan remaja tidak kawinusia 15-24 tahun: sebuah analisis data sekunder hasil Survey KesehatanReproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) 2002-2003. <http://www.digilib.ui.ac.id/opac/themes/libri2/detail.jsp?id=111943&lokasi=local>
8. Milles dan Hubberman, 1992, *Analisis Data Kualitatif*, Gramedia, Jakarta.
9. Raharni, 2002. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan penyalahgunaan NAPZA di kalangan siswa SMU Negeri Kota Bekasi*.Tesis, Fakultas Kesehatan Masyarakat. Depok: Universitas Indonesia
10. Ismail, A. 2006.*Hubungan riwayat merokok dengan penyalahgunaan narkoba di Indonesia (Analisis data Survei Nasional Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkoba pada Rumah Tangga di Indonesia tahun 2005)*. Tesis, Fakultas Kesehatan Masyarakat. Depok: Universitas Indonesia.
11. Iqbal, M. F. 2008. *Perilaku merokok remaja di lingkungan RW 22 kelurahan Sukatani kecamatan Cimangis Depok tahun 2008*.Skripsi, Fakultas Kesehatan Masyarakat. Depok: Universitas Indonesia.
12. Ningrum, Dina Nur Anggraini, Eram TP, Bambang BR. 2008. *Pendekatan Participatory Rapid Appraisal (PRA) dalam Analisis Masalah Kesehatan Reproduksi Mahasiswa Jurusan IKM FIK UNNES*. Jurnal KEMAS. Vol. 3 (2): 165-173.
13. BKKBN, Survei Demografi dan Kesehatan : Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia 2012
14. Azinar, Muhamad, Perilaku Seksual Pranikah Berisiko terhadap Kehamilan Tidak Diinginkan. Jurnal KEMAS.Vol 8 (2) (2013) 137-145
15. Suryoputro, Antono. 2006. *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku Seksual Remaja di Jawa Tengah: Implikasinya Terhadap Kebijakan dan Layanan Kesehatan Seksual dan Reproduksi*. Jurnal Makara, Kesehatan. 10 (1): 29-40.
16. Miller and Benson,1999;Brooks-Gunn and Paikoff, 1997
17. Iswarati dan T.Y. Prihyugiarto. 2008. *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Sikap terhadap Perilaku Seksual Pra Nikah pada Remaja di Indonesia*. Jurnal Ilmiah Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi, Tahun II, No.2.

**MODEL KONKORDANSI : ALTERNATIF MODEL PENINGKATAN KEPATUHAN  
MINUM OBAT ARV PADA ODHA DI KOTA BANDUNG TAHUN 2012**

***Concordance Model: An Alternative Model for Increasing Art Adherence In PLWHA  
In Bandung City, 2012***

Heny Lestary\*, Mujiati\*, Nana Mulyana\*\*

\*Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Badan Litbangkes

\*\* Pusat Promosi Kesehatan, Kementerian Kesehatan

E-mail : [lestaryheny@yahoo.com](mailto:lestaryheny@yahoo.com), [muji\\_ballz@yahoo.com](mailto:muji_ballz@yahoo.com), [nanamulyana1@yahoo.com](mailto:nanamulyana1@yahoo.com)

**Abstract**

**Background.** Cases of HIV-AIDS have become a pandemic. Cumulatively, the number of AIDS cases reported since April 1, 1987 to March 31, 2013 as many as 103,759 HIV cases, 43,347 cases of AIDS, and 8,288 deaths. Quality of life of people living with HIV-AIDS (PLWHA) can be significantly improved if they regularly consume ARV drugs.

**Objective.** Operational research aims to obtain a model of intervention to improve antiretroviral medication adherence for PLWHA in Bandung City.

**Methods.** Used quantitative and qualitative technical and PLWHA medication adherence assessed before and after the intervention, involving 20 people living with HIV in the intervention process for three months and was accompanied by the families of PLWHA as a companion to take medication, two case managers as agents of change, as well as support hospitals, health centers, and AIDS Commission.

**Result.** Interventions using integrated Concordance Model to obtain optimal results and it is effective for improving adherence in people living with HIV antiretroviral (ARV) drugs. The Intervention run through 5 modes of intervention, namely the intervention of the state government, departement of health, National AIDS Commisions, Hospitals and Agent of Change, PLWHA, family and peer support groups.

**Conclusions.** Needs to be disseminated concordance model of adherence of PLWHA taking antiretroviral drugs in various areas to improve adherence to antiretroviral therapy and obtain input for the improvement of the intervention models that have been created.

**Keywords :** PLWHA, ART, Adherence, Concordance Model

**Abstrak**

**Latar Belakang.** Kasus HIV-AIDS telah menjadi pandemi. Secara kumulatif, jumlah kasus *Acquired Immune Deficiency Syndromes*(AIDS) yang dilaporkan sejak 1 April 1987 sampai dengan 31 Maret 2013 sebanyak 103.759 kasus *Human Immunodeficiency Virus*(HIV), 43.347 kasus AIDS, dan dengan 8.288 kematian. Kualitas hidup Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA) dapat meningkat apabila mereka rutin meminum obat Anti Retroviral (ARV).

**Tujuan.** Riset operasional ini bertujuan untuk mendapatkan model intervensi dalam meningkatkan kepatuhan minum obat ARV bagi ODHA di Kota Bandung.

**Metode.** Digunakan metode penelitian kualitatif, dan dinilai kepatuhan berobat ODHA sebelum dan sesudah intervensi. Penelitian ini melibatkan 20 ODHA dalam proses intervensi selama tiga bulan dan didampingi oleh keluarga para ODHA sebagai pendamping minum obat, dua orang manajer kasus sebagai *agent of change*, serta dukungan rumah sakit, puskesmas, dan Komisi Penanggulangan AIDS Daerah (KPAD).

**Hasil.** Intervensi menggunakan Model Konkordansi secara terintegrasi terbukti secara optimal dapat efektif meningkatkan kepatuhan ODHA dalam mengkonsumsi obat ARV. Intervensi Model Konkordansi dijalankan melalui 5 moda intervensi, yaitu intervensi terhadap Pemerintah Kota, Dinas Kesehatan, Komisi Penanggulangan AIDS, Rumah Sakit, serta *Agent of Change*, ODHA, keluarga, dan Kelompok Dukungan Sebaya.

**Kesimpulan.** Perlu dilakukan sosialisasi model konkordansi kepatuhan ODHA minum obat ARV di berbagai daerah untuk meningkatkan kepatuhan penggunaan ARV, dan memperoleh masukan demi perbaikan model intervensi yang sudah dibuat.

**Kata kunci :** ODHA, ARV, Kepatuhan, Model Konkordansi

## PENDAHULUAN

Epidemi HIV secara global memasuki kondisi kritis. Setiap tahunnya terdapat lebih dari 20 juta kasus kematian dengan 40 juta orang terinfeksi akibat epidemi HIV tersebut. Situasi yang memprihatinkan terjadi pada populasi anak dibawah 15 tahun, khususnya di negara-negara berkembang dengan tingkat ekonomi yang sangat rendah, yang diperkirakan setiap harinya terjadi 2000 kasus HIV. Hal tersebut diakibatkan transmisi dari ibu kepada anak. Terdapat pula 6000 kasus infeksi HIV setiap harinya pada populasi usia produktif antara 15-24 tahun. Kelompok umur ini merupakan populasi berisiko tinggi Orang dengan HIV dan AIDS (ODHA). Melihat kondisi tersebut, sangat dibutuhkan strategi respon dari epidemi global HIV, termasuk di Indonesia.<sup>1</sup>

Kasus epidemi HIV di Indonesia termasuk dalam kategori jumlah yang terus meningkat. Pada akhir tahun 2009, diperkirakan sebanyak 332.200 orang hidup dengan HIV.<sup>2</sup> Jumlah tersebut meningkat hampir dua kali lipat dari tahun 2005 yakni sebanyak 170.000 ODHA. Menurut laporan Departemen Kesehatan pada tahun 2006, prevalensi HIV terdapat pada level 5% secara konstan dan terkonsentrasi pada populasi berisiko tinggi yaitu pengguna napza suntik (penasun), wanita penaja seks (WPS) dan waria. Kondisi mengkhawatirkan terjadi di Papua, dengan prevalensi 1% pada populasi umum yang berarti, situasi ini masuk dalam kategori epidemi umum.<sup>3</sup> Para pakar epidemiologi di Indonesia memperkirakan jumlah kasus AIDS pada tahun 2015 akan mencapai 1 juta orang dengan 350.000 kasus kematian.<sup>1</sup> Tidak hanya itu, pada tahun tersebut akan terdapat 38.500 anak dengan HIV positif sebagai akibat transmisi dari ibu pada anak.

Kecenderungan tersebut sebagai akibat semakin banyaknya populasi yang berisiko tinggi terpapar HIV, diskriminasi dan stigmatisasi terhadap ODHA, resistensi ARV, tidak berjalannya surveilans ARV dan minimnya distribusi ARV.<sup>1,4</sup> Pemerintah Indonesia mulai melakukan strategi respons penanggulangan AIDS sejak tahun 1994 dengan Keputusan Presiden Nomor 26 Tahun 1994 tentang pembentukan Komisi Penanggulangan AIDS dalam bentuk strategi nasional AIDS setiap lima tahun. Terdapat

tiga tujuan utama dalam upaya pengendalian HIV-AIDS, yaitu: menurunkan kasus infeksi baru, meningkatkan kualitas hidup ODHA, dan menurunkan kasus kesakitan dan kematian.<sup>2</sup>

Sejauh ini belum ada obat yang dapat menyembuhkan ODHA. Namun demikian, banyak studi telah mengungkap bahwa kualitas hidup ODHA dapat ditingkatkan secara teratur setelah minum obat ARV; seperti di Australia, Eropa dan Amerika Utara penggunaan obat ARV terbukti dapat meningkatkan kualitas hidup ODHA. Namun akses ODHA terhadap obat ARV masih menjadi polemik di negara-negara berkembang.<sup>5</sup>

Menurut laporan WHO, pada tahun 2002 terdapat enam juta orang yang membutuhkan ART dan hanya 230.000 orang yang memiliki akses langsung terhadap Antiretroviral Therapy (ART).<sup>6</sup> Pada tahun 2007, WHO melaporkan hanya 31% dari ODHA di dunia yang menerima ART. Pelayanan HIV (*HIV Care*) terbatas dikarenakan halangan sosial budaya, lokasi (posisi geografi) dan minimnya dukungan dana.<sup>7</sup>

Departemen Kesehatan pada tahun 2006 memberlakukan Obat ARV gratis. Namun demikian, kondisi tersebut tidak secara langsung menurunkan jumlah kematian kasus HIV-AIDS. Hal tersebut dikarenakan masalah akses obat ARV oleh ODHA, dan yang terpenting adalah masih dianggap mahal untuk mendapatkan pelayanan HIV (*HIV Care*).<sup>7</sup>

Obat ARV ditemukan pada tahun 1996 dan berhasil menurunkan kematian hingga 80-84% di negara-negara berkembang.<sup>8</sup> Dalam perkembangannya, obat tersebut dapat dibuat lebih murah dan terjangkau dalam bentuk obat generik dengan mutu dan kualitas yang tidak jauh berbeda dan memberikan peluang sebagai upaya dalam pengobatan nasional.

Faktor lain adalah rendahnya kepatuhan berobat pasien ODHA. Beberapa penelitian mendapati bahwa ketakutan akan statusnya di masyarakat, kurang pengetahuan mengenai pentingnya pengobatan teratur, depresi, tidak percaya akan obat-obatan, lupa memakai obat, dan takut efek samping. Sedangkan

faktor pendukung adalah dukungan sosial, keyakinan diri sendiri bahwa melalui pengobatan kualitas hidup semakin meningkat, hubungan yang baik dengan penyedia perawatan kesehatan dan peran pendamping minum obat. Kepatuhan pasien akan mempengaruhi perencanaan manajemen logistik obat ARV sehingga perilaku pencarian pengobatan menjadi faktor penting bagi pasien dan keberhasilan program pengobatan HIV-AIDS.<sup>9</sup>

Peran dari masyarakat atau suatu forum masyarakat yang peduli terhadap penderita HIV-AIDS diperlukan agar dapat mempermudah akses pengobatan dan mengurangi stigma dan diskriminasi di masyarakat. Dengan adanya forum masyarakat tersebut, diharapkan ODHA dapat lebih terbuka dalam akses berobat, diawasi kepatuhan berobatnya, pemberdayaan peran ODHA dalam masyarakat, serta lebih mudahnya proses pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS di kalangan populasi umum.<sup>4</sup>

Dari 33 provinsi di Indonesia, Jawa Barat menempati urutan ke empat dengan jumlah penderita HIV-AIDS terbanyak.<sup>10</sup> Dari 26 kabupaten/kota di Jawa Barat, Kota Bandung merupakan kota dengan jumlah penderita HIV-AIDS terbanyak.<sup>11</sup>

Model konkordansi merupakan salah satu model intervensi yang lebih menekankan pada kesepakatan atau kepatuhan seseorang untuk bertindak. Makna lain dari konkordansi adalah kepatuhan, kerukunan, atau kesepakatan.<sup>12</sup> Model ini diterapkan kepada ODHA agar ODHA mempunyai tanggungjawab yang melekat untuk patuh atau rutin dalam mengkonsumsi obat ARV.

Beberapa penelitian telah membuktikan bahwa kualitas hidup ODHA dapat meningkat dengan minum obat ARV secara rutin dan teratur. Dalam rangka meningkatkan kualitas hidup ODHA dan penanggulangan penyakit HIV-AIDS diperlukan suatu model peningkatan kepatuhan minum obat ARV. Artikel ini memaparkan alternatif model peningkatan kepatuhan ODHA minum obat ARV, yaitu dengan model konkordansi yang diterapkan di Kota Bandung pada tahun 2012.

## METODE

Penelitian ini merupakan riset operasional dan dirancang untuk kepentingan program penanggulangan HIV-AIDS di lokasi penelitian. Penelitian dilakukan di Kota Bandung dengan menggunakan instrumen berupa wawancara terstruktur, *check list*, form pemantauan minum obat ARV, dan observasi logistik obat ARV. Dalam penelitian ini menggunakan teknik kualitatif untuk menggali informasi mendalam sebagai dasar penyusunan pedoman model intervensi.

Informan dari penelitian ini adalah ODHA, keluarga/orang terdekat ODHA, pendamping ODHA (Manajer Kasus/LSM/dsb), Dinas Kesehatan, RSUP Hasan Sadikin, puskesmas satelit (Puskesmas Salam dan Puskesmas Kopo), produsen obat ARV, KPAD Kota Bandung, dan Forum Warga Peduli AIDS (WPA) di tingkat kecamatan dan kelurahan. Setelah dilakukan pengolahan data dan analisa hasil kajian, kemudian dilakukan analisa strategi model intervensi yang dapat diterapkan untuk meningkatkan kepatuhan berobat ODHA, dan diputuskan untuk menggunakan Model Konkordansi. ODHA yang dijadikan responden adalah mereka yang putus berobat dan yang aktif berobat (sebagai *role model*). Dengan melibatkan bantuan keluarga/teman/pasangannya sebagai Pendamping Minum Obat (PMO), dan menggunakan form pemantauan minum obat, para ODHA diamati selama tiga bulan.

Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini lebih kearah pendekatan atau advokasi kepada informan agar berupaya meningkatkan kepatuhan dalam minum obat ARV. Pada saat intervensi, juga dilakukan kajian terhadap *agent of change* (dalam hal ini adalah Manajer Kasus) yang berfungsi sebagai fasilitator bagi ODHA dan keluarga/teman/pasangannya dalam meningkatkan kepatuhan berobat ARV. Setelah intervensi, diharapkan dapat terjadi proses *snow balling*, sehingga ODHA yang masuk dalam kelompok intervensi, dapat menjadi *agent of change* bagi para ODHA lainnya. Di bawah ini adalah Teori Konkordansi yang dijadikan pedoman model intervensi dalam penelitian ini.

Di dalam penelitian ini melibatkan dua orang *local agent* sebagai *agent of change*, dimana

kedua orang tersebut adalah Manajer Kasus (MK) di dua RS yang terpilih sebagai sampel. Kedua MK tersebut merupakan orang terpilih yang direkrut dari hasil riset formatif dan difasilitasi oleh Tim Peneliti.

Selanjutnya dilakukan pendampingan *local agent* kepada ODHA melalui proses tahapan: seleksi ODHA, pengkajian ODHA, penyusunan rencana, aksi bersama, dan evaluasi.



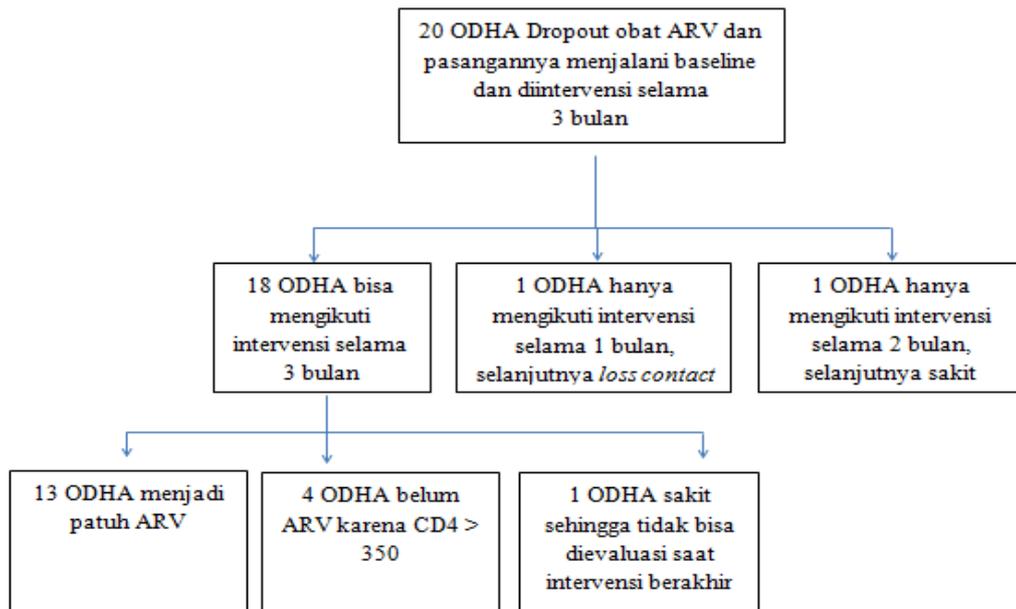
Gambar 1. Kerangka Konsep Model Konkordansi

## HASIL

Dua pokok bahasan dalam tulisan ini adalah Dari hasil pengamatan di lapangan, diketahui bahwa pelayanan terapi obat ARV dapat dilakukan di rumah sakit rujukan HIV-AIDS dan di puskesmas satelit, yaitu puskesmas yang sudah dipercaya oleh RS melayani terapi obat ARV bagi pasien RS yang sudah menjalani terapi obat ARV minimal satu tahun. Di Kota Bandung, sudah ada dua puskesmas satelit yang ditunjuk untuk melayani terapi obat ARV, yaitu Puskesmas Salam dan Puskesmas Kopo. Pelayanan obat ARV di puskesmas dilakukan di Klinik IMS dan AIDS, sedangkan di RS dilakukan di klinik khusus HIV-AIDS. Sebelum pasien mendapat terapi ARV, pasien harus menjalani konseling dan tes CD4 (*cluster of differentiation 4*). Hasil tes CD4 < 350 sel/mm<sup>3</sup> mengharuskan pasien terapi obat ARV. Sebelum pasien memulai terapi ARV, pasien harus menjalani beberapa konseling yang baik, termasuk bagaimana bersikap apabila mengalami efek samping obat ARV. Konseling yang baik pada akhirnya akan menyebabkan mereka patuh dan minum obat secara teratur. Kebijakan ini perlu diadopsi di tempat lain mengingat efek samping obat

ARV akan timbul 12-16 minggu pertama sejak mulai minum ARV.

Setelah *agent of change* dilatih oleh tim peneliti, mereka ditugaskan untuk mencari ODHA yang *drop out* berobat dari data di Rumah Sakit. Didata 30 ODHA dan dikunjungi ke rumahnya masing-masing. Ternyata dari ODHA yang didatangi ke rumahnya, sebanyak empat orang sudah meninggal dunia, dua orang sudah pindah rumah, dan empat orang tidak bersedia ikut ke dalam program intervensi dari peneliti. Terdapat 20 ODHA yang menjalani pemeriksaan baseline di rumah sakit. Dari 20 ODHA tersebut, 18 ODHA bisa mengikuti intervensi selama tiga bulan, satu ODHA hanya mengikuti intervensi selama satu bulan dan selanjutnya *loss contact*, serta satu ODHA hanya mengikuti intervensi selama dua bulan karena sakit. Sehingga, total ODHA yang mengikuti intervensi secara tuntas atau selama 3 bulan sebanyak 18 ODHA. Setelah intervensi, diperoleh hasil bahwa 13 ODHA menjadi patuh dalam minum obat ARV, empat ODHA belum minum ARV karena CD4 lebih dari 350 sel/mm<sup>3</sup>. Berikut adalah bagan yang menggambarkan jumlah ODHA yang masuk ke dalam kelompok intervensi.



Gambar 2. Bagan jumlah ODHA yang mengikuti intervensi

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh 5 moda yang dapat digunakan dalam model konkordansi untuk peningkatan kepatuhan ODHA dalam minum obat ARV, yaitu:

Moda I: intervensi ke Pemerintah Kota Bandung sebagai penanggungjawab program HIV-AIDS

Moda II: intervensi terhadap Dinas Kesehatan Kota Bandung .

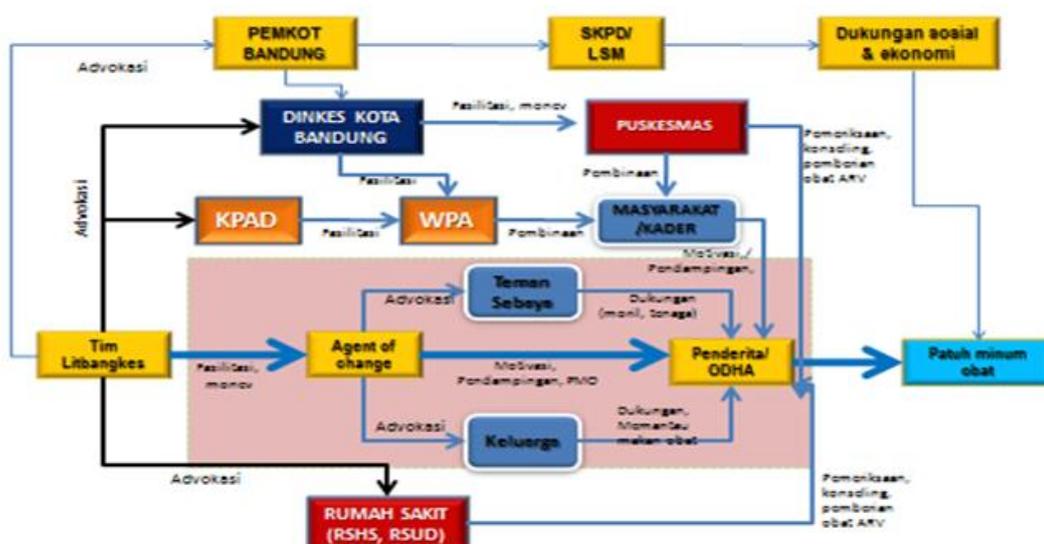
Moda III: intervensi terhadap Komisi

Penanggulangan AIDS Daerah (KPAD) Kota Bandung

Moda IV: intervensi terhadap *agent of change*, ODHA, keluarga dan Kelompok Dukungan Sebaya (KDS)

Moda V: intervensi terhadap rumah sakit (RS Hasan Sadikin dan RSUD Kota Bandung).

Kelima moda tersebut terintegrasi dalam skenario intervensi sebagai berikut :



Gambar 3. Model Konkordansi sebagai model intervensi peningkatan kepatuhan ODHA dalam minum obat ARV

Moda I bertujuan mengadvokasi Pemerintah Kota Bandung dan jajarannya serta advokasi sektoral di wilayah kerjanya. Advokasi tersebut dilakukan dengan cara sosialisasi temuan prinsip penanggulangan HIV-AIDS serta pengembangan komitmen sektoral. Hasil yang dicapai dari pelaksanaan Moda I yaitu ditetapkan target sasaran Dinas Sosial Kota Bandung dalam penanggulangan HIV-AIDS serta penguatan rencana aksi program HEBAT.

Sasaran dari intervensi Moda II ini ada tiga, yaitu Dinas Kesehatan Kota (DKK), puskesmas dan Forum Warga Peduli AIDS (WPA). Intervensi terhadap DKK bertujuan untuk menguatkan peran DKK Bandung sebagai *vocal point* dari Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD), memfasilitasi DKK terhadap puskesmas dan memfasilitasi DKK terhadap Forum Warga Peduli AIDS (WPA). Intervensi yang dilakukan yaitu sosialisasi temuan, mengadakan pertemuan lintas sektor dan melibatkan puskesmas dan Forum WPA dalam pelatihan tentang pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS. Hasil yang dicapai intervensi Moda II ini yaitu menguatnya peran DKK dalam membina puskesmas dan Forum WPA. Sasaran intervensi yang ke dua yaitu puskesmas, bertujuan untuk memfasilitasi peran puskesmas terhadap Forum WPA. Intervensi ini dilakukan dengan cara melakukan kapasitasasi puskesmas untuk memfasilitasi peran Forum WPA. Hasil yang telah dicapai dari intervensi ini adalah meningkatnya kerjasama puskesmas dan Forum WPA serta munculnya komitmen untuk saling membantu dalam pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS. Sasaran intervensi yang ke tiga yaitu Forum WPA, bertujuan agar Forum WPA difasilitasi oleh puskesmas dalam program pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS dan selanjutnya Forum WPA dapat memfasilitasi kader di bawahnya. Bentuk intervensi yang dilakukan yaitu mengadakan pelatihan Forum WPA dan puskesmas terkait dengan program pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS. Hasil yang dicapai dari intervensi ini adalah meningkatnya peran Forum WPA dalam kegiatan sosialisasi HIV-AIDS ke masyarakat dan Forum WPA juga berperan sebagai Pendamping Minum Obat (PMO) ARV pada ODHA.

Moda III, sasarannya juga ada tiga, yaitu KPAD Kota Bandung, Forum WPA, dan masyarakat. Intervensi untuk KPAD Kota Bandung dilakukan dengan cara sosialisasi temuan, mengidentifikasi Forum WPA, dan mengadakan pelatihan Forum WPA dan puskesmas. Tujuan intervensi ini adalah mengadvokasi KPAD dan hasil yang telah dicapai yaitu menguatnya peran KPAD dalam pembinaan Forum WPA. Intervensi pada sasaran Forum WPA dilakukan dengan mengidentifikasi permasalahan yang dihadapi oleh Forum WPA dan pelatihan kader WPA. Hasil yang dicapai intervensi ini yaitu menguatnya peran Forum WPA dan Forum WPA mampu menggali dana operasional dari Program P2KP (Program Percepatan Kegiatan Pembangunan). Intervensi ke masyarakat dilakukan melalui kegiatan pemberdayaan peran Forum WPA melalui penyuluhan dan *Focus Group Discussion* (FGD). Tujuan dari kegiatan ini adalah mengadvokasi masyarakat dan kader, dan hasil yang telah dicapai yaitu Forum WPA dan puskesmas telah memberikan sosialisasi HIV-AIDS ke masyarakat.

Sasaran Moda IV yaitu *agent of change*, ODHA, keluarga ODHA dan KDS (Kelompok Dukungan Sebaya). Tujuan dari Moda IV ini yaitu *agent of change* mampu mendampingi dan memonitor kepatuhan minum obat ODHA, meningkatnya kepatuhan minum obat pada ODHA serta keluarga dan KDS mampu menjadi PMO (Pengawas Minum Obat) bagi ODHA. Intervensinya dilakukan dengan cara kapasitasasi *agent of change*, memantau kepatuhan minum obat ODHA melalui sms, telepon, dan kunjungan rumah, sosialisasi efek samping obat ARV pada ODHA melalui *agent of change*, sosialisasi pengetahuan HIV-AIDS kepada ODHA, *sharing* antar ODHA, dan mengadvokasi keluarga ODHA dan KDS oleh *agent of change*. Hasil yang telah dicapai melalui intervensi Moda IV yaitu kepatuhan minum obat pada ODHA meningkat hingga di atas 95%, meningkatnya pengetahuan, sikap dan perilaku (PSP) ODHA tentang kepatuhan minum obat yaitu sebelum intervensi 70% dan sesudah intervensi 90%, adanya efek *snowballing* antar ODHA serta semua keluarga ODHA dan KDS bisa menjadi PMO.

Moda V bertujuan untuk meyakinkan RS untuk menerima kembali ODHA yang pernah *drop out* dalam mengkonsumsi obat ARV serta mempermudah akses ODHA ke RS untuk melakukan pemeriksaan, konseling, dan pemberian ARV. Intervensinya dengan melakukan sosialisasi kegiatan penelitian ke pihak RS, menyepakati cara agar ODHA yang *drop out* dapat berobat kembali, serta munculnya komitmen RS untuk terus memberi layanan jangka panjang kepada ODHA. Hasil yang telah dicapai dari intervensi ini yaitu sebanyak 80% ODHA telah menjalani *baseline test* kembali dan semua ODHA dengan hasil CD4 tinggi bersedia dan berkomitmen untuk minum obat ARV.

Pemantauan kepatuhan ODHA dalam minum obat ARV dapat dilakukan berdasarkan laporan ODHA sendiri, menghitung sisa obat, laporan dari keluarga atau pendamping. Dalam penelitian ini pemantauan dilakukan berdasarkan laporan ODHA sendiri dan laporan manajer kasus saat kunjungan. Berdasarkan pemantauan kepatuhan dengan menghitung sisa obat setiap kunjungan maka dapat disimpulkan bahwa seluruh ODHA yang dipantau memiliki tingkat kepatuhan lebih dari 95%.

Dari laporan ODHA sendiri tidak ada ODHA yang pernah melewatkan minum obat ARV dengan sengaja. Hanya ada satu orang yang melaporkan pernah sekali terlewat minum obat ARV. Beberapa ODHA melaporkan pernah terlambat minum obat ARV antara 15 menit sampai 2 jam karena lupa, namun mereka segera minum obat ARV pada saat mereka ingat.

## PEMBAHASAN

Penggunaan ARV di Indonesia sudah dimulai pada tahun 1990 dengan menggunakan obat paten, baru pada tahun 2001 (bulan Nopember) menggunakan obat generik. Kimia Farma sendiri baru mampu memproduksi ARV generik di pada akhir tahun 2003. Sebelum tahun 2004, ARV harus dibeli dengan harga Rp 380.000,00 hingga Rp 1.050.000,00 per bulan. Sejak Kimia Farma mampu memproduksi ARV, pemerintah telah mengambil alih penyediaan obat ARV (lini pertama maupun

ARV lini kedua) dan mendistribusikannya secara gratis ke seluruh di Indonesia.<sup>7</sup>

Pelayanan pengobatan ODHA secara gratis di Indonesia telah dimulai sejak tahun 2005 dengan jumlah yang masih dalam pengobatan ARV pada akhir 2005 sebanyak 2.381 (61% dari yang pernah menerima ARV). Sedangkan pada Maret 2011 terdapat 20.069 ODHA yang masih menerima obat ARV (55,4% dari yang pernah menerima ARV). Jumlah ODHA yang masih dalam pengobatan ARV dilaporkan dari provinsi DKI Jakarta (8.998), Jawa Barat (2.200), Jawa Timur (1.859), Bali (1.293), Papua (998), Jawa Tengah (713), Sumatera Utara (767), Kalimantan Barat (541), Kepulauan Riau (569), dan Sulawesi Selatan (500). Sebanyak 80% ODHA masih menggunakan rejimen lini pertama, 16,7% telah substitusi (salah satu ARV-nya diganti dengan obat ARV lain tapi masih pada kelompok lini pertama yang original) dan 4% *switch* (1 atau 2 jenis ARV-nya diganti dengan obat ARV lini kedua).<sup>7</sup>

Terapi ARV diharapkan dapat mengurangi morbiditas dan mortalitas, memperbaiki mutu hidup, memelihara kekebalan tubuh dan menekan replikasi virus semaksimal mungkin. Kematian ODHA menurun dari 46% pada tahun 2006 menjadi 22% pada tahun 2010. Oleh karena itu kepatuhan yang tinggi terhadap konsumsi ARV menjadi hal yang sangat penting dalam penanggulangan HIV AIDS. Tingkat kepatuhan ODHA setelah dilakukan intervensi menggunakan model konkordansi dalam penelitian ini mencapai 95%. Hal tersebut dapat dikatakan bahwa intervensi dengan model konkordansi mampu meningkatkan kepatuhan ODHA dalam mengkonsumsi obat ARV. Studi lain juga menunjukkan adanya peningkatan kepatuhan terhadap pengobatan, dan ada kesesuaian antara keyakinan pasien tentang penyakitnya dengan model pengobatannya.<sup>13</sup>

Kata “konkordansi” identik dengan “kepatuhan” atau “kesesuaian”.<sup>12</sup> Namun sumber lain menyebutkan bahwa konkordansi tidak hanya menekankan pada perilaku pasien dalam mengkonsumsi obat, namun lebih kepada hubungan atau interaksi yang setara antara klinisi (petugas kesehatan) dengan pasien. Hal tersebut didasarkan pada kesepakatan antara petugas

kesehatan dengan pasien saat melakukan konsultasi atau konseling.<sup>14</sup> Konkordansi juga dapat menggambarkan adanya perubahan budaya dan mampu menciptakan pola pikir baru bahwa hal tersebut merupakan tanggungjawab bersama.<sup>15</sup>

Kedua hal di atas sesuai dengan hasil penelitian ini yaitu bahwa pihak-pihak yang terkait dengan layanan pengobatan ODHA, seperti RS, puskesmas, KPAD, dan DKK telah bersedia dan berkomitmen dalam program pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS. Selain itu, dukungan lintas sektor juga sangat penting untuk mensukseskan program pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS, seperti komitmen dari Dinas Sosial yang telah menetapkan target sasaran yang akan dibantu secara ekonomi untuk membantu keberlanjutan minum obat ARV. Dukungan sosial lain juga sangat penting dalam meningkatkan kepatuhan minum obat ARV pada ODHA, yaitu dukungan dari *agent of change*, keluarga ODHA dan KDS. *Agent of change* ini adalah Manajer Kasus yang telah bersedia menyediakan waktu 24 jam untuk melayani dan membantu ODHA apabila ODHA menghadapi masalah terkait dengan penyakitnya. Keluarga dan KDS juga telah bersedia dan berkomitmen untuk berperan sebagai PMO.

Dukungan sosial yang tinggi dan berkesinambungan itulah yang pada akhirnya menempatkan hubungan pasien dan petugas kesehatan ke dalam hubungan yang sangat bagus dan masing-masing menyadari tanggungjawabnya. Salah satu contoh tanggungjawab pasien dalam penelitian ini adalah, tidak ada satu ODHA-pun yang pernah melewatkan minum obat ARV dengan sengaja. Ini menunjukkan bahwa keterikatan ODHA sebagai pasien dan petugas kesehatan telah melekat pada diri pasien, sehingga pasien berusaha memenuhi harapan petugas kesehatan yang juga sudah menjadi harapan pasien.

Manajer Kasus yang menyediakan waktu 24 jam untuk membantu dan melayani ODHA mempunyai tujuan agar ODHA dapat melanjutkan hidup, selain itu keluarga dan KDS juga berkomitmen untuk membantu ODHA meningkatkan kepatuhan minum obatnya. Hal tersebut sesuai dengan tujuan

model konkordansi, yaitu lebih kepada keberhasilan terapi secara keseluruhan, bukan hanya dari aspek pengobatan saja.<sup>14</sup> Konkordansi memang lebih menekankan pada *patient-centered care*.<sup>16</sup> Dan hal tersebut sesuai dengan kerja Manajer Kasus dalam penelitian ini. Manajer Kasus tidak hanya berperan dalam memudahkan akses dan ketersediaan obat ARV pada ODHA, namun juga membantu ODHA menghadapi dan menyelesaikan masalah.

Masalah HIV-AIDS bukanlah masalah kesehatan saja tetapi merupakan masalah yang melibatkan seluruh sektor kehidupan, mulai dari pendidikan, sosial, pemerintah daerah, agama, budaya, ekonomi dan politik.

Aspek lain yang juga penting dalam konkordansi adalah adanya pembagian tanggungjawab. Hal tersebut sudah terlihat dari hasil penelitian ini yaitu pihak-pihak terkait yang sudah berkomitmen dalam program pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS “diingatkan kembali” tentang tugas dan tanggungjawabnya dan pihak-pihak yang sudah berkomitmen tinggi agar tetap memelihara komitmen tersebut. Sebagai contoh, fasilitas kesehatan memberikan layanan perawatan dan pengobatan bagi ODHA; keluarga sebagai PMO; masyarakat, lintas program dan lintas sektor dapat mengurangi stigma dan diskriminasi kepada ODHA, sehingga pada akhirnya ODHA dapat tetap melanjutkan hidup secara berkualitas.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Model konkordansi terbukti dapat digunakan sebagai model intervensi peningkatan kepatuhan minum obat ARV bagi ODHA, dapat memberikan dampak positif terhadap kepatuhan pasien yang sempat putus obat, serta melibatkan peran semua pihak. Manajer kasus di rumah sakit rujukan HIV-AIDS terbukti dapat menjadi *local agent* yang dapat mendukung ODHA agar patuh minum obat ARV secara rutin. Pasien ODHA yang sudah patuh minum obat dapat menjadi *agent of change* bagi teman ODHA lainnya, karena mereka bisa menjadi inspirator dan motivator untuk meningkatkan kepatuhan minum obat ARV.

## Saran

Perlu peningkatan komitmen Pemerintah Pusat dan Daerah dalam menjamin kepatuhan ODHA untuk minum obat ARV dan perlu sosialisasi Model Konkordansi di berbagai daerah untuk meningkatkan kepatuhan penggunaan ARV, serta memperoleh masukan demi perbaikan dan pengembangan model intervensi yang sudah dibuat.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada semua pihak yang telah terlibat dalam pelaksanaan penelitian ini, yaitu Direktorat Pengendalian Penyakit Menular Langsung sebagai *Authorized Principal Recipient GF Komponen AIDS* sebagai penyandang dana penelitian ini, dan para informan yaitu para ODHA dan keluarga, Manajer Kasus, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat dan Kota Bandung, RSHS dan RSUD Kota Bandung, Puskesmas Salam dan Kopo, Forum WPA, dan KPAD Kota Bandung.

## DAFTAR PUSTAKA

- Hull, Terence. H. Sulistyaningsih, E. Jones, National AIDS Commission. 2007. National AIDS Commission 2007-2010 HIV and AIDS Response Strategies.
- National AIDS Commission. 2009. Republic of Indonesia Country Report on the Follow up the Declaration of Commitment on HIV-AIDS (UNGASS) Reporting Period 2008-2009. National AIDS Commission.
- SCMS. 2008. Report of HIV-AIDS Commodities Survey and Supply Chain Status Assessment in Tanah Papua. Submitted to the U.S. Agency for International Development by SCMS, Arlington, VA: SCMS.
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. 2007. Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS Di Indonesia 2007-2010. KPA.
- Mills EJ, Nachega JB, Bangsberg DR et al. 2006. Adherence to HAART: a systematic review of developed and developing nation patient reported barriers and facilitators. *PLoS Med* 3: e438.
- WHO. 2002. The Use of Antiretroviral Therapy: A Simplified Approach for Resource-Constrained Countries. WHO Regional Office for South-East Asia. New Delhi, India.
- Riyarto S, Hidayat B, Johns B, Probandari A, Mahendradhata Y et al. 2010. The financial burden of HIV care, including antiretroviral therapy, on patients in three sites in Indonesia. *Oxford University Press, Health Policy and Planning* 2010;25: 272-282.
- JOTHI. 2010. Akses Obat ARV di Indonesia sebagai upaya penjaminan kesehatan masyarakat dan membangun perlindungan sosial ekonomi dalam penanggulangan AIDS. [www.jothi.or.id](http://www.jothi.or.id) : diakses 30 Mei 2011.
- Gonzalez, Jeffrey S.; Penedo, Frank J.; Antoni, Michael H.; et al. Social Support, Positive States of Mind, and HIV Treatment Adherence in Men and Women Living With HIV-AIDS. *Health Psychology*, Vol 23(4), Jul 2004, 413-418.
- Ditjen PP&PL Kemenkes RI. Statistik Kasus AIDS di Indonesia Dilapor Sampai Dengan Maret 2012. Diunduh dari [spiritia.or.id/stats/stat2011.pdf](http://spiritia.or.id/stats/stat2011.pdf), tanggal 10 Juli 2012.
- Anonimus. 6.279 Penduduk Jabar Positif Terjangkit HIV-AIDS. Diunduh dari *Pikiran Rakyat Online* 22 November 2011, tanggal 10 Juli 2012.
- Jeffrey K. Aronson, Radcliffe Infirmary, Woodstock Road. Editors' view: Compliance, concordance, adherence. *British Journal of Clinical Pharmacology*, DOI:10.1111/j.1365-2125.2007.
- Robert H, Jane C, Matthew H. High adherence and concordance within a clinical trial of antihypertensive. *Chronic Illness* (2010) 6, 243-251.
- Royal Pharmaceutical Society of Great Britain and Merck Sharpe and Dohme. Partnership in medicine taking: A consultative document. London: Royal Pharmaceutical Society of Great Britain and Merck Sharpe and Dohme, 1996.
- Fraser, S. Concordance, compliance, preference, or adherence. *Dove Press Journal*, 23 December 2010.
- J. Simon Bell, Marja S. Airaksinen, Alan Lyles, Timothy F. Chen & Parisa Aslani. Letters to the editors: Concordance is not synonymous with compliance or adherence. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2007

## **KEBIASAAN MEMELIHARA KEBERSIHAN ALAT KELAMIN PADA PASIEN ABORTUS DI RSUP SANGLAH DENPASAR TAHUN 2013**

### *Habits of Maintaining Genital Hygiene in Patiens With Abortion at Sanglah Public Hospital Denpasar 2013*

Gusti Ayu Mandriwati<sup>1\*</sup>, Ni Kadek Padmiyani<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Jurusan Kebidanan Politeknik Kementrian Kesehatan Denpasar

<sup>2</sup>Program Studi Kebidanan Sekolah Tinggi Kesehatan Bali

\*Email : kebidanandps@yahoo.com

#### **Abstract**

**Background:** Until now abortion is still a cause of maternal mortality, which gives a contribution of 1:59% of all maternal deaths in the province of Bali. One of the causes of abortion is lack of genital health care during pregnancy, both the external and the internal genitals.

**Objective:** The study is aimed to obtain information about the habits of treating the genitals associated with the use of antiseptic in mothers who experienced abortion and treated in the Public Hospital of Sanglah in the year 2012/2013.

**Methods:** This research use exploratory qualitative research with retrospective rational approach and data collection using in-depth interviews with mothers who experienced abortions and treated in the Public Hospital of Sanglah, and Focus Group Discussions with midwives who worked in public institutions and independent midwives practice at Gianyar, Jembrana, and Denpasar area.

**Results:** Of the 20 women who had abortions there are 16 mothers who used an antiseptic after sexual intercourse. Statement of mothers who use them feel more refreshed antiseptic. Mothers in a use panties stated that the material would rather slippery and never ironed. While midwife states, teenage girls not receive reproductive health education in schools.

**Conclusions:** This study could expand into preventing abortion due to unhealthy habit of caring the genitals during pregnancy care: Developing a data assessment focus on information about genital care habit, provide education and counselling when midwives provide pregnancy care and reproductive health care activities and PIKM PIK-KRR.

**Keywords:** Hygiene, Genitals, Pregnant, Abortion

#### **Abstrak**

**Latar Belakang:** Sampai saat ini abortus masih menjadi penyebab angka kematian ibu, yang memberi sumbangan sebesar 1,59 %. dari seluruh kematian ibu di Provinsi Bali. Salah satu penyebab abortus adalah kurangnya pemeliharaan kesehatan alat kelamin pada saat hamil, baik alat kelamin luar maupun alat kelamin dalam.

**Tujuan:** Studi ini bertujuan menggali informasi tentang kebiasaan merawat alat kelamin yang terkait dengan penggunaan antiseptik pada ibu-ibu abortus yang dirawat di RSUP Sanglah Denpasar 2012/2013.

**Metode:** Penelitian ini adalah kualitatif eksploratif dengan pendekatan rasional retrospektif. Data dikumpulkan dengan wawancara mendalam terhadap ibu-ibu abortus di RSUP Sanglah Denpasar, dan diskusi kelompok terarah dengan bidan-bidan yang bertugas di pelayanan umum dan bidan praktek mandiri di di Kabupaten/kota Gianyar, Jembrana, dan Denpasar.

**Hasil:** Dari 20 ibu yang mengalami abortus ada 16 ibu yang menggunakan antiseptik setelah hubungan seksual. Pernyataan ibu yang menggunakan antiseptik diantaranya merasa lebih segar. Dalam penggunaan celana dalam ibu menyatakan lebih suka yang bahannya licin dan tidak pernah disetrika. Sedangkan bidan puskesmas menyatakan remaja putri tidak mendapat pendidikan kesehatan reproduksi di sekolah.

**Kesimpulan:** Hasil kajian ini dapat dikembangkan untuk pengkajian data fokus kebiasaan merawat alat kelamin, memberikan edukasi dan konseling pada saat bidan memberikan asuhan kehamilan dan asuhan kesehatan reproduksi pada remaja putri serta pada penyuluhan kesehatan reproduksi pada kegiatan PIK-KRR dan PIKM.

**Kata kunci:** Kebersihan, Alat kelamin, Hamil, Abortus.

## PENDAHULUAN

Salah satu komplikasi dini kehamilan adalah abortus, yakni berakhirnya kehamilan atau keluarnya hasil konsepsi sebelum bisa hidup di luar kandungan pada umur kehamilan kurang dari 20 minggu, atau berat janin kurang dari 500 gram. Abortus bisa menyebabkan perdarahan banyak atau darah keluar terus-menerus, dan infeksi pada rongga rahim akibat perlukaan karena lepasnya perlekatan/nidasi hasil konsepsi dari dinding rahim. Sampai saat ini abortus masih menjadi penyebab utama kematian perempuan, yang memberi sumbangan 307/100 ribu kelahiran.<sup>1</sup> Selain itu kejadian abortus juga menyebabkan kerugian dan kekecewaan yang mendalam bagi pasangan suami istri, terutama bagi pasangan yang sangat mendambakan anak, baik karena mengalami gangguan alat reproduksi ataupun karena sebab lain.<sup>1,2</sup>

Abortus bisa terjadi oleh karena faktor dari fetus, yaitu kelainan kromosom, kegagalan implantasi, gangguan pada placenta, dan insufisiensi korpus luteum. Faktor dari ibu yaitu kelainan uterus, adanya penyakit kronis yang diderita oleh ibu pada saat hamil, kondisi servik yang lemah (*serviks inkopetensi*), dan infeksi pada alat kelamin.<sup>1,2</sup> Infeksi yang menyerang alat kelamin pada ibu hamil disebabkan oleh karena berkembang-biaknya kuman-kuman di sekitar alat kelamin luar kemudian masuk ke liang vagina dan terus memasuki canalis servikalis, akhirnya sampai pada rongga uterus. Pada rongga uterus kuman terus berkembang-biak dan merusak perlekatan / nidasi hasil konsepsi, sehingga terlepas dari dinding uterus, kemudian hasil konsepsi keluar dari rongga uterus, maka terjadilah abortus.

Kejadian infeksi pada alat kelamin luar, bisa disebabkan oleh karena menurunnya

keasaman vagina, serta terbunuhnya flora normal pada vagina, yang mana berfungsi sebagai pembunuh kuman/ bakteri patogen /bakteri penyebab penyakit yang masuk ke vagina. Kondisi alat kelamin wanita pada saat hamil lebih rentan terhadap infeksi dibandingkan dengan kondisi tidak hamil. Hal ini disebabkan pada saat hamil terjadi peningkatan hormon estrogen yang memicu peningkatan pengeluaran cairan vagina berupa cairan berwarna putih (*leocore*), dan penurunan keasaman vagina.<sup>2</sup> Dilihat dari segi anatomi alat kelamin perempuan, liang vagina mempunyai lobang yang besar sehingga ada resiko sangat cepat terkontaminasi dengan bakteri/kuman penyakit.<sup>13</sup> Masuknya kuman ke lobang vagina bisa melalui celana dalam yang saat dipakai tidak bebas kuman. Kotoran yang tertinggal di sekitar anus setelah buang air besar, mengandung *coli* dan bakteri lainnya, karena cara membersihkan kurang sehat, maka bisa masuk ke lobang vagina dan berkembang-biak. Dengan demikian maka penggunaan celana dalam dan cara membersihkan anus / cebok setelah buang air besar bagi wanita hamil perlu diperhatikan kesehatannya.<sup>8,10,11</sup>

Kebiasaan sehat menggunakan celana dalam untuk wanita adalah; bahan dari katun/kaos yang mudah mengisap keringat, dipakai dalam kondisi bebas kuman dengan menyeterika setelah mencuci, jika tidak memungkinkan untuk menyeterika pada saat mencuci jemur di tempat yang aman dari paparan kuman, dan diganti setiap kotor. Kebiasaan yang tidak sehat menggunakan celana dalam untuk wanita antara lain, bahan celana dalam tidak mengisap keringat, akibatnya di sekitar kemaluan menjadi lembab, gatal-gatal dan lecet, sehingga kuman mudah berkembang-biak. Celana dalam yang dipakai terkontaminasi kuman karena tidak segera diganti bila sudah kotor, atau waktu

mencuci dijemur di tempat yang terkontaminasi kuman, tidak diseterika sebelum menggunakan, dan ukuran celana dalam terlalu sempit (ketat). Untuk menghindarkan terkontaminasinya alat kelamin dari kotoran setelah buang air besar perlu membersihkan kotoran yang masih menempel di anus menggunakan sabun dan air bersih. Pada saat membersihkan tangan menghapus sisa/bekas kotoran kearah belakang sedemikian rupa, sehingga tidak menyentuh alat kelamin. Pada saat membersihkan alat kelamin tangan menghapus kotoran diarahkan kedepan sehingga tangan tidak menyentuh anus.<sup>8.10.11.</sup>

Faktor lain yang memicu terjadinya infeksi pada alat kelamin adalah terbunuhnya flora normal pada alat kelamin luar yang berfungsi membunuh kuman penyebab penyakit, oleh karena penggunaan antiseptik ketika membersihkan alat kelamin, baik itu berupa sabun ataupun cairan pembersih. Sabun dan cairan antiseptik saat ini banyak digunakan oleh para wanita dari kalangan remaja, dewasa sampai ibu-ibu rumah tangga dalam membersihkan alat kelamin. Beberapa pemicu dalam menggunakan antara lain maraknya reklame di media masa, untuk meningkatkan rasa percaya diri, untuk menghilangkan rasa tidak enak setelah melakukan hubungan seksual, serta mengatasi berbagai keluhan pada alat kelamin seperti misalnya pengeluaran cairan yang berbau tidak enak, keputihan yang berlebihan dan lain-lainnya.<sup>7.8.9.12.</sup>

Data kasus abortus yang dirawat di RSUP Sanglah Denpasar berdasarkan catatan pada buku register tahun 2011/2012 sebanyak 457 kasus (26 %) dari 1761 persalinan. Padmiyani,dkk, (2012) dalam penelitiannya yang dilaksanakan di RSUP Sanglah Denpasar, menemukan kontribusi kebiasaan merawat alat kelamin luar

terhadap kejadian abortus sebesar 14 persen. Walaupun nilai kontribusi yang ditemukan relatif kecil, mengingat kejadian abortus sangat membahayakan sampai saat ini masih memberi kontribusi terhadap kematian ibu, maka masalah ini perlu diberi perhatian.<sup>3.</sup>

## METODE

Penelitian ini merupakan penelitian pengembangan dari penelitian yang dilakukan oleh Padmiyani,dkk (2012) di RSUP Sanglah Denpasar yang berjudul “Kontribusi Cara Merawat Kebersihan Alat Kelamin dan Kebiasaan Hubungan Seksual pada saat Hamil terhadap Kejadian Abortus di Instalasi Gawat Darurat Kebidanan Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Sanglah Denpasar”.<sup>3.</sup> Menggunakan rancangan penelitian kualitatif dengan tujuan mengetahui kebiasaan merawat alat kelamin luar pada ibu hamil yang mengalami abortus di RSUP Sanglah Denpasar, tahun 2012/2013, terfokus pada penggunaan pakaian dalam, cara membersihkan alat kelamin, dan penggunaan cairan antiseptik sebagai bahan pembersih alat kelamin. Tujuan yang kedua adalah memperoleh informasi tentang upaya yang bisa dilaksanakan untuk mencegah kejadian abortus akibat cara merawat kebersihan alat kelamin tidak sehat pada masa hamil.

Metode pengumpulan data menggunakan wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah. Responden untuk wawancara mendalam terdiri dari Ibu-ibu yang mengalami abortus dan dirawat di RSUP Sanglah Denpasar, pada bulan Desember tahun 2012, dan bulan Januari 2013, yang kebiasaan merawat alat kelaminnya tergolong tidak sehat sebanyak 20 kasus. Sedangkan responden untuk diskusi kelompok terarah terdiri dari bidan yang dinas di Instalasi Rawat Darurat (IRD)

RSUP Sanglah Denpasar, di RSUD Kabupaten/Kota, di Puskesmas, dan bidan yang melaksanakan praktek mandiri, di Kodya Denpasar, Kabupaten Gianyar, dan Jembrana. Data dianalisis menggunakan teknik analisis interaktif, dan disajikan dalam bentuk naratif.

## HASIL

### **Kebiasaan Menggunakan Antiseptik dalam Membersihkan Alat Kelamin pada saat Hamil**

Hasil wawancara mendalam yang dilaksanakan terhadap 20 kasus ibu-ibu abortus yang dijadikan responden penelitian, 16 kasus diantaranya mengatakan menggunakan antiseptik berupa sabun dan cairan setelah melakukan hubungan seksual. Hal ini disebabkan karena responden tidak mengetahui bahwa antiseptik dapat membunuh flora normal pada alat kelamin, sehingga mudah terjadi infeksi pada alat kelamin, dan memicu terjadinya abortus. Responden merasa tergiur dengan reklame pada media masa, yaitu televisi, majalah, dan koran, yang mempromosikan berbagai jenis sabun dan cairan yang mengandung antiseptik, yang dapat membersihkan alat kelamin untuk meningkatkan rasa percaya dirinya. Setelah dicoba dipakai ada efek yang memberi rasa enak. Pernyataan-pernyataan yang dilontarkan:

*“ perasaan jadi seger kalau cebok pakai larutan sirih sehabis kumpul dengan suami. bau-bau yang tidak enak jadi hilang “. “waktu gadis sudah menggunakan sabun sirih cair karena dengar reklame di tv katanya membuat percaya diri“ Kalau menggunakan sabun pewangi tambah gairah jika berhubungan“*

### **Kebiasaan Menggunakan Celana Dalam dari Bahan Nilon/Bahan tidak Menyerap Keringat**

Dalam hal memilih jenis bahan pakian dalam sebagian besar responden

dipengaruhi oleh faktor kemudahan dalam mencuci dan menjemur, di sisi lain juga harga yang relatif lebih murah. Dari hasil wawancara mendalam ditemukan 16 dari 20 responden terbiasa menggunakan celana dalam dari bahan nilon. Celana dalam dari bahan nilon lebih banyak variasi modelnya sehingga jika dipakai lebih menarik penampilannya. Pernyataan-pernyataan yang mendukung :

*“kalau beli celana dalam saya pilih yang bahannya licin karena nyucinya gampang cepat kering biar musim hujan “.Kalau dibawa bepergian jadi lebih praktis tidak perlu bawa banyak-banyak“ harganya ada yang lebih murah dari pada yang bahannya dari kaos “.*

### **Kebiasaan Tidak Menyeterika Celana Dalam Sebelum Dipakai**

Responden yang tidak menyeterika celana dalam sebelum dipakai disebabkan oleh karena jumlah celana dalam yang dimiliki sedikit, serta kondisi celana dalam yang akan dipakai setelah dicuci. Celana dalam yang bahannya dari nilon tetap licin walaupun habis dicuci, dan cepat kering jika dijemur dibawah sinar matahari. Pada musim hujan juga mudah kering cukup digantung di angin-anginkan saja sudah bisa kering, tidak perlu dijemur dibawah sinar matahari. Dari hasil wawancara mendalam dengan 20 responden 16 responden diantaranya menggunakan celana dalam yang tidak diseterika. Dengan pernyataan :

*“ Saya tidak biasa seterika celana dalam karena sudah licin bahannya “. Saya tidak pernah seterika celana dalam karena punya sedikit jadi belum sempat seterika setelah dicuci langsung dipakai lagi “*

### **Kebiasaan Menggunakan Celana dalam yang sempit/ketat**

Model celana dalam yang ukurannya sempit (ketat), yang terbuat dari bahan strait menjadikan penampilan lebih menarik dan bergairah, terutama dalam ketertarikan seksual, yang pada umumnya dijadikan

media keharmonisan dengan pasangan suami istri. Dari hasil wawancara mendalam dengan 20 responden kasus abortus, 10 kasus diantaranya menggunakan celana dalam dari bahan strait yang ukurannya sempit (ketat) dengan pernyataan :

*“ Selalu saya pilih model cd yang ketat karena kelihatannya lebih merangsang “  
“Pakai cd yang pas, perut juga tampak lebih kecil “. “ model; cd yang pas badan lebih mahal harganya jadi punya cd sedikit “*

#### **Upaya Pencegahan Abortus Akibat Cara Merawat Kebersihan Alat Kelamin Yang Tidak Sehat Masa Hamil.**

Dari hasil diskusi kelompok terarah dengan para bidan diperoleh beberapa informasi yang dapat dijadikan bahan pemikiran dalam menghindarkan terjadinya abortus akibat cara merawat alat kelamin yang tidak sehat pada masa hamil.

#### **Pendidikan Kesehatan Reproduksi Dilaksanakan di Rumah oleh para Ibu.**

Kebiasaan merawat alat kelamin merupakan kebiasaan yang bisa berkembang dari masa remaja sampai menjadi ibu hamil, oleh sebab itu cara-cara yang sehat dalam merawat alat kelamin bisa diajarkan oleh para orang tua yang mempunyai anak remaja putri: berikut ini pernyataan dari salah satu Bidan Praktek Mandiri dalam Diskusi Kelompok Terarah :

*“ Pendidikan dimulai dari keluarga yang mempunyai anak remaja putri, jangan diberikan menggunakan sabun, antiseptik, dan celana strait dari masa remaja, diberi contoh oleh ibunya “.*

Pernyataan bidan yang bertugas di rumah sakit:

*“ Ibu perlu memberi pengertian kepada anak remaja putrinya cuci tangan setiap akan cebok, mengganti celana dalam setiap basah, jadi kebiasaan ini akan membudaya sampai dia hamil “. “ Berikan penyuluhan kesehatan reproduksi kepada ibu-ibu pada pertemuan PKK di banjar-banjar, supaya ibu-ibu rumah tangga bisa mngajarkan*

*kesehatan reproduksi kepada anak remaja putrinya “*

Pemahaman tentang kebiasaan sehat dalam memelihara kebersihan alat kelamin bisa juga diberikan melalui keluarga remaja pada kegiatan Bina Keluarga Remaja yang kini sudah menjadi program pemerintah yang diluncurkan oleh Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). Dengan demikian akan bisa menjadi budaya keluarga untuk menurunkan kepada anak remaja putrinya

#### **Meningkatkan Kualitas Asuhan Kehamilan dan Kesehatan Reproduksi Remaja**

Para bidan di dalam menjalankan praktek pelayanan asuhan kehamilan, perlu mengkaji data kebiasaan merawat alat kelamin dari umur kehamilan sedini mungkin. Jika ditemukan kebiasaan tidak sehat, diberikan pendidikan atau konseling dengan menekankan pentingnya mencuci tangan setiap tangan akan menyentuh alat kelamin, serta selalu merawat alat kelamin secara sehat. Pada pasien yang mengalami kehamilan dengan keluhan tanda-tanda penyakit menular seksual, perlu memberikan layanan konseling terhadap pasangan suami istri untuk memberi pemahaman tentang cara-cara sehat merawat alat kelamin, dan resiko penyakit menular seksual terhadap kecenderungan terjadinya abortus. Layanan konseling ini bertujuan membentuk perilaku yang positif dalam pemeliharaan kesehatan reproduksi pada umumnya dan pemeliharaan kesehatan alat kelamin khususnya pada masa kehamilan. Bidan adakalanya melayani pasien remaja yang mengeluh gangguan kesehatan pada alat kelamin seperti misalnya gatal-gatal, keluar keputihan yang berbau. Dalam penanganannya perlu diberikan layanan konseling tentang kebiasaan sehat dalam menjaga kebersihan alat kelamin, sehingga para remaja memiliki kemandirian dalam merawat kebersihan alat kelamin, yang bisa dipraktekan setiap hari, sampai jika sudah mengalami kehamilan. Berikut ini pernyataan Bidan Rumah Sakit dalam Diskusi Kelompok Terarah;

*“Seandainya ada pasien gali kebiasaan di rumah yang menjurus personal hygiene, Tanya tentang pakaian dalam, Kaji kebersihan, berapa kali ganti celana dalam sehari, bagaimana cara cebok, berikan konseling. Jika menggunakan antiseptik, berikan pengertian antiseptik bisa membunuh kuman-kuman yang baik pada alat kelamin. Jika keputihan banyak obati, beri temu wicara. “ Banyak remaja datang dengan keputihan. Diakaji apa pasien menggunakan starait. Jika sudah terbina hubungan bsaik dengan bidan, tanyakan apakah sudah berhubungan seksual, kemudian anjurkan untuk PAP smear.*

Berikut pernyataan Bidan Puskesmas dalam Diskusi Kelompok Terarah : *“ Selama ini tidak pernah mengkaji lebih dalam perilaku seksual, baik sebelum menikah, tidak terfokus pada saat hamil juga, terutama di teruskemas jika pasien ramai. Bidan hanya satu harus tanggung jawab untuk konseling juga KIE “.*

Pernyataan berikutnya juga dari Bidan Puskesmas;

*Masyarakat pengetahuan rendah; Kaji Ibu pola hidup sehat bagaimana ?, Kaji juga pola hubungan seksual, Fokus juga pada suami anjurkan juga membersihkan organ kelaminnya. “ Jika menemukan klien dengan keputihan yang disebabkan oleh kuman lakukan konseling. Prinsip yang ditekankan kepada pasien adalah cuci tangan.*

Berikut adalah pernyataan Bidan Praktek Mandiri dalam Diskusi Kelompok Terarah :

*“Lakukan pengakajian pada Ibu Hamil jika suami suka jajan di luar, Ibu diberikan konseling arahkan perlu diwaspadai. introspeksi diri ,jangan langsung disalahkan, komunikasi antar suami istri harus lebih intens, dalam konseling ikut sertakan suami. Hindari penggunaan selain vagina.*

### **Memberdayakan Remaja melalui Kegiatan Pusat Informasi dan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja (PIK-KRR)**

Edukasi mengenai pemeliharaan kesehatan alat kelamin kepada para remaja juga bisa dilaksanakan pada kegiatan kelompok remaja di Pusat Informasi dan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja (PIK-KRR) di sekolah dari sekolah menengah pertama sampai sekolah menengah atas, termasuk juga sekolah kejuruan. Demikian pula di Pusat Informasi dan Konseling Mahasiswa (PIK-M) yang berada di Perguruan Tinggi. PIKKRR dan /PIKM, yang kini sudah dibentuk di sekolah menengah sampai pada perguruan tinggi, merupakan program pemerintah yang diluncurkan lewat Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). Dari pengamatan emperis para bidan puskesmas yang juga terlibat pada kegiatan tersebut, pada kenyataannya pelaksanaan pendidikan tentang kesehatan reproduksi di PIKK-RR dan PIK-M belum optimal, karena lebih memprioritaskan kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan napza dan HIV/AIDS. Pemahaman tentang kesehatan reproduksi merupakan salah satu komponen dari Triad Kesehatan Reproduksi Remaja (Triad KRR) yang menjadi kegiatan pokok dalam Progran PIK-KRR dan PIK-M. Pendidik dan Konselor sebaya yang ada di PIK-KRR, dan PIK-M pada umumnya telah mendapat pelatihan tentang Triad KRR, dimana pemahaman tentang reprodksi khususnya bagi remaja putri bisa tercakup didalam materi pelatihan. Para Pendidik menyebarkan luaskan tentang pemahaman pemeliharaan kesehatan reproduksi sebagai konselor sebaya untuk kesehatan pada kelompok-kelompok remaja baik itu di sekolah-sekolah, kelompok *seke teruna-teruni* di *banjar-banjar* (khusus di Bali), madrasah atau pengajian.

Berikut pernyataan bidan puskesmas dalam diskusi kelompok terarah:

*“ Saya sering tugas ke sekolah-sekolah untuk program pengobatan JKBM. Saya pribadi tidak setuju di SMP tidak ada program pendidikan khusus tentang cara merawat alat kelamin pada remaja. Pada waktu saya tugas di Puskesmas beberapa remaja datang berobat dengan keluhan*

keputihan, dan sudah melakukan sex pranikah. Usul pada kegaitan PIK-KRR agar memberikan pendidikan kesehatan reproduksi, bukan hanya tentang obat-obat narkotika. Bidan Puskesmas ditugaskan memberi penyuluhan perawatn kesehatan reproduksi ke sekolah-sekolah.

Pernyataan Bidan Puskesmas berpengalaman memegang Program Kesehatan Reproduksi di Sumba Timur (Dalam Diskusi Kelompok Terarah)

“ Dari Dinkes ada program kesehatan reproduksi yang diturunkan ke Puskesmas. Di Wilayah Puskesmas dibuat kelompok-kelompok khusus remaja putri, satu orang ditunjuk sebagai kepala kelompok, bertugas menyampaikan keluhan tentang kesehatan reproduksi dari anggota kelompoknya kepada bidan di Puskesmas. Jika ada anggota kelompok yang mengalami keluhan diberi penangan bidan mengadakan pertemuan anggota kelompok dan memberi penyuluhan, konseling pada individun yang mengalami keluhan. Jika ada remaja yang mengalami abortus dilakukan monev dari Dinkes. Kegiatan Diskusi kesehatan reproduksi dilakukan pada sore hari di gereja. Dana dari Unicef “

### **Memberi Pemahaman Pemeliharaan Kesehatan Reproduksi Malalui Layanan Konseling Pranikah**

Sampai saat ini Layanan Konseling Pranikah khususnya di Bali belum banyak dikenal oleh masyarakat ,walaupun beberapa tahun terakhir ini di BKKB provinsi Bali telah meluncurkan layanan konseling pranikah dapat dimuati dengan informasi tentang pemahaman terhadap pemeliharaan kesehatan reproduksi khususnya dalam membahas tentang persiapan kehamilan. Calon pengantin perlu digali kebiasaan hidup sehat dalam memelihara kesehatan reproduksinya dalam kehidupan sehari-hari, karena mereka harus mempersiapkan organ reproduksinya untuk melanjutkan keturunan. Jika ditemukan kebiasaan tidak sehat dalam memelihara kesehatan reproduksinya, maka perlu

diberikan pemahaman tentang cara-cara sehat yang perlu dipraktekkan dalam merawat alat kelamin khususnya, supaya setelah hamil jika sudah menikah tidak mengalami abortus. Berikut Pernyataan-pernyataan Bidan Puskesmas dalam Diskusi Kelompok Terarah

“Banyak yang tidak tau tentang konseling Pranikah, usulkan ke Dinkes” “...Susah melakukan konseling pranikah, calon pengantin malas datang ke bidan, jadi konseling pranikah perlu kerjasama dengan tokoh masyarakat yang ada di tempat, jika minta ijin nikah harus ke bidan dulu.. “Kembangkan konseling Pranikah di Puskesmas “

### **Mengintegrasikan Materi Kesehatan Reproduksi dalam Kurikulum Pebdidikan Formal di Sekolah**

Sekolah merupakan lembaga pendidikan formal, yang diyakini mampu menalarkan nilai- nilai, logika, dan sikap-sikap positif dalam tatacara kehidupan menuju kearah hidup sehat, makmur dan sejahtera. Pelajaran yang diajarkan di sekolah akan menjadi pegangan hidup bagi lulusan ketika telah meninggalkan bangku sekolah, dan menjadi anggota masyarakat. Oleh sebab itu, pendidikan kesehatan reproduksi bisa dipertimbangkan diberikan di sekolah-sekolah mulai dari Sekolah Dasar sampai di Perguruan Tinggi, dengan mengintegrasikan materi kesehatan reproduksi pada kurikulum. Dengan demikian maka perilaku sehat dalam pemeliharaan kesehatan reproduksi bisa menjadi budaya dan kemampuan yang melekat mulai dari masa remaja, baik pada remaja putra maupun remaja putri. Berikut ini pernyataan Bidan Rumah Sakit Dalam Diskusi Kelompok Terarah; “Akar masalah pada remaja...saran perlu kurikulum pada sekolah tentang Kesehatan Reproduksi Pada Remaja“ ... “Memberikan Pelajaran Kesehatan Reproduksi di SMA, libatkan juga murid laki-lak. Di Jepang murid laki-laki juga diajarkan cara memandikan bayi (Bidan Rumah sakit yang pernah studi ke Jepang) Pendidikan Kesehatan Reproduksi berikan pada pelajaran UKS “

## PEMBAHASAN

Kebiasaan merawat kebersihan alat kelamin luar menggunakan antiseptik baik berbentuk sabun ataupun cairan pada ibu hamil termasuk kebiasaan yang tidak sehat. Di dalam vagina terdapat media asam yang, yang dihasilkan oleh *Bacillus Doederlein*, bekerja mengubah glikogen pada dinding vagina menjadi asam laktat. Jumlah glikogen pada dinding vagina dipengaruhi oleh siklus ovarium. Pada permulaan kehamilan *ph* normal cairan vagina berkisar antara 3,8 sampai 4,5. Media asam pada vagina akan membunuh organism/bakteri pathogen yang masuk ke liang vagina. Namun apabila *Bacillus* tidak ada, atau jumlahnya berkurang, maka keasaman vagina akan menurun, sehingga organisme/bakteri pathogen akan berkembang biak menimbulkan infeksi.<sup>13</sup>. Cairan atau sabun antiseptik mengandung bahan *providone iodine* sekitar satu persen yang dapat membunuh *Bacteri Laktobasillus*. Semakin sering membersihkan vagina menggunakan antiseptik maka semakin banyak *Bacteri Laktobasillus* yang mati, Dengan demikian maka bakteri *pathogen akan tumbuh subur pada vagina*, kemudian menjalar sampai ke rongga uterus, dan merusak nidasi/perlekatan buah kehamilan pada dinding rahim sampai terlepas dari dinding rahim, maka terjadilah abortus.<sup>7.8.9.10.11.12</sup>.

Menggunakan celana dalam dari bahan nilon. Nilon salah dari bahan pakaian yang pori-porinya sangat kecil, licin, dan tidak menyerap keringat. Jika menggunakan celana dalam dari bahan nilon sirkulasi O<sub>2</sub> pada vagina menjadi terganggu. Keringat yang keluar di daerah kemaluan tidak diserap sehingga terjadi kelembaban yang menimbulkan gatal-gatal, apabila digaruk terjadi luka-luka. Sirkulasi O<sub>2</sub> yang baik pada vagina sangat dibutuhkan untuk

kelangsungan hidupnya *Bacteri Laktobasillus* dalam menjaga keseimbangan ekosistem dari vagina. Jika terjadi gangguan sirkulasi O<sub>2</sub> pada vagina maka *Bacteri Laktobasillus* akan mati. Dengan adanya luka-luka kecil akibat kelembaban maka semakin subur hidupnya *bakteri pathogen* dan menjalar sampai masuk di rongga rahim dan merusak perlekatan buah kehamilan sampai terlepas, sehingga terjadi abortus.<sup>8.10.11</sup>.

Menggunakan celana dalam yang tidak diseterika setelah dicuci. Adakalanya ibu-ibu menjemur pakaian dalam setelah dicuci tidak memperhatikan kebersihan. Hal ini biasanya didukung oleh pandangan bahwa pakaian dalam wanita dipandang haram (khususnya budaya di Bali). Dengan demikian pakaian dalam wanita khususnya celana dalam cenderung dijemur di bawah, bahkan langsung dijejer di tanah, tanpa menggunakan tempat jemuran. Dalam kondisi demikian maka sangat besar kemungkinannya akan terkontaminasi dengan bakteri patogen. Celana dalam yang terkontaminasi dengan patogen bila dipakai oleh ibu hamil, maka bakteri bisa masuk ke liang vagina sampai ke rongga rahim dan merusak perlekatan buah kehamilan sampai terlepas sehingga terjadi abortus.

Menggunakan celana dalam yang ukurannya sempit/ketat, mengakibatkan sirkulasi O<sub>2</sub> terganggu di daerah vagina, sehingga *Bacteri Laktobasillus* akan mati, dan *bacyeri pathogen* berkembang. Jika bakteri *pathogen* masuk ke rongga rahim samapi merusak nidasi buah kehamilan samapi terlepas maka terjadilah abortus.<sup>10.11</sup>.

Beberapa upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya abortus akibat kebiasaan yang tidak sehat dalam memelihara kebersihan alat kelamin pada masa hamil: Menanamkan kebiasaan yang sehat dalam memelihara alat kelamin

melalui pemberian edukasi kepada ibu-ibu, dengan pertimbangan bahwa ibu-ibu yang mempunyai anak remaja putri secara langsung bisa menalarkan kebiasaan sehat ini dengan mempraktekkan setiap hari, sehingga langsung dilihat oleh anak remaja putrinya. Kebiasaan sehat yang sudah membudaya sejak remaja dalam memelihara kebersihan alat kelamin akan terbawa sampai pada masa hamil. Pemberian edukasi terhadap ibu-ibu bisa dilaksanakan oleh pihak puskesmas pada kegiatan bina keluarga remaja, kegiatan PKK Desa, dan arisan Dasa wisma.

Meningkatkan kualitas asuhan kebidanan pada ibu hamil dan kesehatan reproduksi remaja, dengan jalan sedini mungkin mengkajian data fokus yang terkait dengan kebiasaan merawat alat kelamin, sehingga bisa dibuat analisa apakah kebiasaan merawat kebersihan alat kelamin dari pasien yang ditangani sehat atau tidak sehat, jika dari hasil analisa daya ada masalah kebiasaan tidak sehat, diberikan penatalaksanaan secara optimal dengan tindakan konseling.

Memberdayakan Pusat Informasi dan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja (PIK-KRR) yang ada di Sekolah Menengah, dan Pusat Informasi dan Konseling Mahasiswa (PIKM) yang ada di Perguruan Tinggi. Salah satu kegiatan dari PIKK-KRR dan PIKM adalah memberikan penyuluhan kesetun reproduksi terhadap para remaja di dalam dan di luar sekolah atau kampus.<sup>4,5,6</sup> Upaya ini dapat dilakukan dengan jalan para pendidik dan konselor sebaya yang ada di PIK-KRR/PIKM khususnya yang putri diberikan pemahaman materi tentang cara-cara sehat merawat alat kelamin, dan resiko kejadian abortus akibat kebiasaan tidak sehat memelihara kebersihan alat kelamin pada masa hamil. Berbagai metode yang bisa digunakan di antaranya sarsehan, diskusi

kelompok sebaya, seminar, penyajian dengan media cetak seperti leaflet, booklet. Dalam hal ini diperlukan keterampilan berkomunikasi efektif bagi para pendidik dan konselor sebaya.<sup>4</sup>

Kebiasaan sehat memelihara kebersihan alat kelamin dibahas dalam memberikan layanan konseling pranikah. Dalam hal ini fasilitas layanan konseling pranikah perlu diadakan di tempat pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan reproduksi, seperti misalnya di Puskesmas, Rumah sakit, untuk mendekatkan pelayanan terhadap masyarakat. Sampai saat ini layanan konseling pranikah untuk di Indonesia masih jarang didapatkan, malahan belum banyak dikenal oleh masyarakat.

Kurikulum pendidikan di sekolah dimuati materi kesehatan reproduksi, untuk menanamkan kebiasaan hidup sehat kepada anak didik. Pelajaran yang diperoleh di sekolah bisa didaraskan selama daur kehidupan. Pembelajaran materi kesehatan reproduksi bisa diberikan dari tahapan yang termudah, kemudian meningkat ke tingkatan yang lebih kompleks dan lebih sulit. Untuk mencapai tingkatan pembelajaran tersebut maka muatan materi kesehatan reproduksi perlu dirancang dari kurikulum Sekolah Dasar sampai dengan Perguruan Tinggi

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

Lebih dari setengah ibu-ibu abortus yang dijadikan responden pada saat hamil menggunakan antiseptik berupa cairan dan sabun setelah melakukan hubungan seksual, menggunakan selena dalam dari bahan nilon, menggunakan celana dalam yang tidak diseterika setelah dicuci, dan setengahnya menggunakan celana dalam yang ukurannya sempit / ketat. Beberapa upaya yang mungkin dilakukan sebagai

tindakan antisipasi untuk memperbaiki perilaku memelihara kebersihan alat kelamin pada masa kehamilan yakni mengembangkan pengkajian data fokus tentang kebiasaan merawat alat kelamin dan penatalaksanaan asuhan dengan memberikan edukasi dan konseling pada saat bidan memberikan pelayanan asuhan kehamilan dan asuhan kesehatan reproduksi pada remaja khususnya pada remaja putri.

Memberi penyuluhan Kesehatan Reproduksi yang lebih terfokus pada kegiatan PIK-KRR dan PIKM. Mengoptimalkan kegiatan konseling kesehatan reproduksi pada layanan konseling pranikah, serta mengintegrasikan pelajaran kesehatan reproduksi pada kurikulum sekolah dari tingkat Sekolah Dasar sampai tingkat Perguruan Tinggi.

Para bidan di dalam menjalankan praktek pelayanan asuhan kehamilan, perlu mengkaji data kebiasaan merawat alat kelamin dari umur kehamilan sedini mungkin. Jika ditemukan kebiasaan tidak sehat, diberikan pendidikan atau konseling dengan menekankan pentingnya mencuci tangan setiap tangan akan menyentuh alat kelamin, serta selalu merawat alat kelamin secara sehat. Pada pasien yang mengalami kehamilan dengan keluhan tanda-tanda penyakit menular seksual, perlu memberikan layanan konseling terhadap pasangan suami istri untuk memberi pemahaman tentang cara-cara sehat merawat alat kelamin, dan resiko penyakit menular seksual terhadap kecenderungan terjadinya abortus. Layanan konseling ini bertujuan membentuk perilaku yang positif dalam pemeliharaan kesehatan reproduksi pada umumnya dan pemeliharaan kesehatan alat kelamin khususnya pada masa kehamilan. Bidan adakalanya melayani pasien remaja yang mengeluh gangguan kesehatan pada alat kelamin seperti misalnya gatal-gatal, keluar keputihan yang

berbau. Dalam penanganannya perlu diberikan layanan konseling tentang kebiasaan sehat dalam menjaga kebersihan alat kelamin, sehingga para remaja memiliki kemandirian dalam merawat kebersihan alat kelamin, yang bisa dipraktekan setiap hari, sampai jika sudah mengalami kehamilan.

Untuk itu, bidan sebagai pelaksana asuhan kehamilan dan kesehatan reproduksi remaja diharapkan dapat mengembangkan pengkajian data fokus dan penatakasanaan yang bersifat edukasi dan konseling tentang perilaku perawatan alat kelami khususnya dan perawatan kesehatan reproduksi pada umumnya.

Para pengelola PIK-KRR dan PIKM dapat selalu memperhatikan permasalahan kesehatan reproduksi khususnya remaja putri di dalam memberikan edukasi dan konseling anta kelompok-kelompok sebaya. Dengan demikian maka diharapkan dapat me ngurangi triad KRR terhdap kejadian abortus

Para mengambil kebijakan di Departemen Kesehatan dapat mempertim-bangkan peluncuran program layanan konseling pranikah di Rumah Sakit dan Puskesmas.

Para pengelola pendidikan dari tingkat Sekolah Dasar sampai dengan Perguruan Tinggi diharapkan mulai mempertimbangkan untuk memasukkan materi kesehatan reproduksi kedalam kurikulum pendidikan

#### **DAFTAR PUSTAKA**

1. Wiknjosastro, Ilmu Kebidanan, YBPSP. Jakarta, 2010.
2. Manuaba, Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan Keluarga Berencana, untuk Pendidikan Bidan, EGC, Jakarta, 2010.
3. Padmiyani N. K, G.A. Mandriwati, G.A. Marhaeni, Kontribusi Cara Merawat Kebersihan Alat Kelamin dan Kebiasaan Hubungan Seksual Pada saat Hamil Terhadap Kejadian Abortus di

- Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar Tahun 2012. (Laporan Penelitian), Jurusan Kebidanan Politeknik Kemenkes Denpasar, 2012.
4. Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional Direktorat Remaja dan Pelindungan Hak-Hak Reproduksi, Keterampilan Hidup (*Life Skills*) Dalam Progran Penyiapan Kehidupan Berkeluarga bagi Remaja , BKKBN, Jakarta,2010.
  5. Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional Direktorat Remaja dan Pelindungan Hak-Hak Reproduksi, Panduan Pengelolaan Pusat Informasi dan Konseling Mahasiswa (PIK\_Mahasiswa) Edisi 1, BKKBN, Jakarta,2010.
  6. Badan Keluarga Berencana Kota Bandung, Pedoman Pembentukan, Pembinaan, dan Pengembangan Pusat Informasi dan Konsultasi Kesehatan Reproduksi Remaja (PIK-KRR), Pemerintah Kota Bandung Badan Keluarga Berencana, Bandung, 2005.
  7. Bernadus,Pembersih Genetalia, (Online) tersedia di :<http://adivacha.blogspot.com/2012/05/pembersih-genetalia.html>. 2012, (1 Mei 2013)
  8. Junita, Kesehatan Vagina, (Online), tersedia di <http://www.dechacare.com> 29 April, dechacare.com, 2009, (29 April 2013)
  9. Oding, Pentingkah Produk Pembersih Vagina Itu? (online), tersedia di, <http://www.gaya.sumutinfo.com/2013/03/duuh-produk-pembersih-vagina-picu.html>,html,2013,(30April 2013).
  10. Admin, Cara Mengatasi Gatal Pada Vagina, (online), tersedia di : <http://www.merdeka.com/sehat/cara-mengatasi-gatal-pada-vagina.html>,2012.(31 April 2013).
  11. Septian, Cara Merawat Organ Intim dengan Baik dan Benar, (online), tersedia di: <http://ti-an.co.cc> 2009, (1 Mei 2013).
  12. Admin, Produk Pembersih Vagina Memicu Infeksi, (Online), tersedia di <http://health.kompas.com/read/2013/03/25>. (2 Mei 2013)
  13. Sylvia Verralla, Anatomi & Fisiologi Terapan dalam Kebidanan Edisi 3, EGC, Jakarta, 2003.

## **GAMBARAN PELAKSANAAN LAYANAN *VOLUNTARY COUNSELING AND TESTING* (VCT) DAN SARANA PRASARANA KLINIK VCT DI KOTA BANDUNG TAHUN 2013**

### ***Figure of Services Voluntary Counseling and Testing (VCT) and VCT Clinic Infrastructure Facilities in Bandung City 2013***

Mujiati\*, Sugiharti, Bryan Mario Isakh

Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan, Badan Litbangkes, Kemenkes RI

*Center of Public Health Intervention Technology, National Institute of Health Research and Development, MoH*

#### **Abstract**

**Background :** *Voluntary Counseling and Testing (VCT) is a prevention strategy and gateway to treatment and case management services, support, and treatment for people with HIV-AIDS, so that the smooth service and the availability and adequacy of existing infrastructure in the VCT Clinic becomes important to be met.*

**Objective :** *Knowing overview of the implementation of VCT services and infrastructure VCT clinic in Bandung in 2013.*

**Methods. :** *This type of research was explanatory research with cross sectional approach. Quantitative data were collected from questionnaires with interviews and qualitative data with in-depth interviews.*

**Results :** *VCT services (69.0%) and VCT's infrastructure (58.7%) are considered good. Service is still lacking in terms of both the counselor (number and language counselor), and the waiting time to see a counselor. Facilities and infrastructure that is not good are: there is one door in the counseling room, no hand washing facilities in a blood sample, no flow of information boards VCT services, facilities not yet complete, and no suggestion box in the waiting room.*

**Keywords:** *service, infrastructure, clinic, VCT*

#### **Abstrak**

**Latar belakang :** *Voluntary Counseling and Testing (VCT) merupakan upaya pencegahan dan pintu masuk ke layanan manajemen kasus serta perawatan, dukungan, dan pengobatan bagi penderita HIV-AIDS, sehingga kelancaran layanan serta ketersediaan dan kecukupan sarana prasarana yang ada di Klinik VCT menjadi hal yang penting untuk dipenuhi.*

**Tujuan :** *Mengetahui gambaran pelaksanaan layanan VCT dan sarana prasarana Klinik VCT di Kota Bandung tahun 2013.*

**Metode :** *Jenis penelitian explanatory research, pendekatan cross sectional. Data kuantitatif dari wawancara dengan kuesioner dan data kualitatif dengan wawancara mendalam.*

**Hasil :** *Pelaksanaan layanan VCT (69,0%) dan sarana prasarana VCT (58,7%) sudah baik. Layanan yang masih kurang baik yaitu dari segi konselor (jumlah dan bahasa konselor), dan waktu tunggu konselor. Sarana dan prasarana yang belum baik yaitu hanya ada satu pintu di ruang konseling, tidak ada tempat cuci tangan di ruang pengambilan darah, tidak ada papan informasi alur layanan VCT, fasilitas belum lengkap, dan tidak ada kotak saran di ruang tunggu.*

**Kesimpulan :** *Diperlukan KIE, evaluasi, peningkatan ketrampilan dan personal approach terhadap petugas VCT serta mengupayakan kelengkapan sarana dan prasarana Klinik VCT.*

**Kata kunci :** *Layanan, sarana prasarana, klinik, VCT*

## PENDAHULUAN

Kasus *Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune-deficiency Syndrom* (HIV-AIDS) di Indonesia terus meningkat. HIV dan AIDS adalah dua hal yang berbeda. AIDS merupakan bentuk lanjut dari infeksi HIV. Data Kemenkes hingga Maret 2012, menempatkan Provinsi Jawa Barat di urutan ke empat dengan jumlah penderita HIV-AIDS terbesar.<sup>1</sup> Penderita HIV-AIDS terbanyak di Jawa Barat terdapat di Kota Bandung. Hingga September 2011, sedikitnya 6.279 penduduk Jawa Barat positif terjangkit HIV-AIDS.<sup>2</sup> Dari hasil pemetaan yang telah dilakukan pada tahun 2011, kelompok berisiko HIV-AIDS di Kota Bandung sebanyak 9.823 orang, yang terdiri dari Wanita Pekerja Seks/ WPS (1.037), laki-laki berisiko tinggi (4.035), pengguna napza suntik/ penasun (1.751), lelaki suka lelaki/ LSL (2.725) dan wanita pria/ waria (275). Jumlah kasus HIV-AIDS di Kota Bandung diperkirakan akan terus meningkat jika tidak dilakukan upaya pencegahan dan penanggulangan secara komprehensif.<sup>3</sup>

*Voluntary Counseling and Testing* (VCT) atau dalam Bahasa Indonesia disebut Konseling dan Tes Sukarela (KTS) merupakan salah satu strategi kesehatan masyarakat yang efektif untuk melakukan pencegahan sekaligus pintu masuk untuk mendapatkan layanan manajemen kasus serta perawatan, dukungan, dan pengobatan bagi Orang dengan HIV-AIDS (ODHA). VCT ini penting karena: Pertama, melakukan pencegahan penularan HIV dari seseorang dengan HIV positif ke orang lain dengan HIV negatif atau yang belum jelas statusnya, dari ibu HIV positif ke anaknya, serta melakukan konseling dan tes sukarela. Kedua, klinik VCT merupakan pintu masuk ke semua layanan HIV/AIDS, yaitu: pelayanan medik, Keluarga Berencana, pelayanan psikososial, konseling perilaku hidup sehat, dukungan mental-emosional, serta bantuan hukum dan perencanaan masa depan. Ketiga, mengurangi stigma masyarakat dan mendukung hak asasi manusia. Diagnosis HIV mempunyai banyak implikasi baik fisik, psikologik, sosial, maupun spiritual. Penyakit HIV-AIDS dapat mengancam kehidupan dan pengobatannya seumur hidup, sehingga menimbulkan stigma di masyarakat.<sup>4,5</sup>

Kota Bandung telah memiliki 25 Klinik VCT, namun pemanfaatannya masih rendah, yaitu sekitar 12,8 persen.

Lawrence Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor luar lingkungan (*nonbehavior causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari tiga faktor. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*), merupakan faktor internal yang ada pada diri individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat yang mempermudah individu untuk berperilaku yang terwujud dalam pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya. Faktor predisposisi berkaitan dengan karakteristik individu yang mencakup usia, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan. Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya logistik atau sarana-sarana kesehatan, ketersediaan sumberdaya, keterjangkauan, hukum, peraturan, lingkungan, dan lain-lain. Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*) merupakan faktor yang menguatkan perilaku, yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, teman sebaya, orang tua, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat. Disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Di samping itu, ketersediaan fasilitas, sikap, dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku.<sup>6,7</sup>

Menurut teori perilaku kesehatan dari L. Green tersebut, faktor-faktor yang mempengaruhi tindakan seseorang, dalam hal ini memanfaatkan Klinik VCT, antara lain adalah faktor pendukung dan faktor penguat. Mekanisme pelaksanaan layanan dan kondisi sarana prasarana di Klinik VCT, termasuk dalam kedua faktor tersebut.<sup>6,7</sup> Untuk meningkatkan angka kunjungan populasi berisiko HIV-AIDS ke Klinik VCT, kajian tentang gambaran pelaksanaan layanan dan sarana prasarana yang ada di

Klinik VCT di Kota Bandung menjadi penting untuk dilakukan.

## METODE

Jenis penelitian adalah *Explanatory Research*, dan pendekatan potong lintang. Lokasi di Klinik VCT RSUD Kota Bandung, RS Al Islam Bandung, Puskesmas Kopo, Puskesmas Ujungberung Indah, Klinik Mawar PKBI dan LSM Abiasa. Lokasi ini dipilih berdasarkan pertimbangan klinik VCT yang terintegrasi dengan RS, Puskesmas dan LSM, dengan jumlah kunjungan tinggi dan rendah. Responden untuk data kuantitatif yaitu kelompok berisiko HIV-AIDS yang datang ke Klinik VCT berjumlah 126 responden, berdasarkan penghitungan secara proporsional di masing-masing Klinik VCT. Informan untuk data kualitatif yaitu petugas di Klinik VCT yang berhubungan langsung dengan klien VCT. Informan tersebut terdiri dari masing-masing satu orang konselor, satu orang

petugas pendaftaran/administrasi dan satu orang petugas laboratorium/farmasi di 6 Klinik VCT, sehingga totalnya 18 informan. Namun karena di LSM Abiasa tidak terdapat petugas farmasi/ laboratorium, maka jumlah informan menjadi 17 orang. Pemilihan responden dan informan secara *purposive sampling*. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara menggunakan kuesioner dan wawancara mendalam dengan pedoman kuesioner. Data kuantitatif dianalisis secara deskriptif dan data kualitatif menggunakan metode analisis isi.

## HASIL

Layanan Klinik VCT dinilai baik oleh 69,0 persen responden, sedangkan sarana prasarana juga dinilai baik oleh 58,7 persen responden. Tabel 1 dan 2 di bawah ini menunjukkan distribusi frekuensi jawaban responden tentang layanan serta sarana dan prasarana Klinik VCT.

Tabel 1

Distribusi Frekuensi Jawaban Responden tentang Layanan Klinik VCT di Kota Bandung Tahun 2013

No	Pertanyaan	Layanan Klinik VCT yang Baik	
		n	%
1	Lama waktu yang dibutuhkan klien untuk bertemu konselor.	113	89,7
2	Proses komunikasi antara klien dengan konselor.	126	100
3	Bahasa yang sering dipakai oleh konselor.	108	85,7
4	Konselor sebelum dan sesudah tes darah.	116	92,1
5	Manfaat konseling sebelum tes darah.	123	97,6
6	Manfaat konseling setelah tes darah.	124	98,4
7	Keramahan pelayanan petugas pengambilan darah.	122	96,8
8	Keramahan pelayanan petugas di loket pendaftaran.	121	96,0
9	Kerapian penampilan petugas VCT.	124	98,4
10	Kebersihan penampilan petugas VCT.	124	98,4
11	Kesigapan petugas dalam melayani klien.	119	94,4
12	Pelayanan petugas secara umum.	119	94,4
Kategori layanan Klinik VCT		87	69,0

Sebagian besar informan menyatakan kegiatan layanan VCT berjalan lancar. Beberapa hal yang masih menjadi kendala yaitu jumlah petugas VCT masih erbatas dan merangkap dengan tugas-tugas lain, dan petugas yang sudah dilatih VCT justru dipindahkan ke tempat lain, seperti petikan wawancara berikut:

”..... Jadi kendalanya kalo di BP kan pasien banyak ya, istilahnya kalo kita mo ninggalin, kadang orang BP-nya juga ini ya, orangnya kan terbatas, SDMnya terbatas, jadi merangkap-rangkap, gak ada yang satu orang megang satu program.., petugas yang dilatih dan paham (justru) dipindah ke dinas kota.”

Tabel 2

Distribusi Frekuensi Jawaban Responden tentang Sarana Prasarana Klinik VCT di Kota Bandung Tahun 2013

No	Pertanyaan	Sarana Prasarana Klinik VCT yang Baik	
		n	%
1	Kenyamanan tempat konseling dan testing HIV.	116	92,1
2	Penjaminan kepercayaan klien	118	93,7
3	Jaminan kerahasiaan klien.	123	97,6
4	Fasilitas di Klinik VCT.	109	86,5
5	Papan nama atau papan petunjuk ruang/Klinik VCT.	104	90,5
6	Papan informasi tentang alur layanan VCT.	99	78,6
7	Pintu keluar-masuk klien VCT.	49	38,9
8	Letak ruang konseling.	122	96,8
9	Materi KIE atau informasi seputar HIV-AIDS di ruang tunggu.	117	92,9
10	Kotak saran di ruang tunggu.	113	89,7
11	Materi KIE atau informasi HIV-AIDS di ruang konseling.	122	96,8
12	Penerangan/pencahayaan di ruang konseling.	120	95,2
13	Tempat cuci tangan di ruang pengambilan darah.	95	75,4
14	Tempat sampah di ruang pengambilan darah.	123	97,6
Kategori sarana prasarana di Klinik VCT		74	58,7

Stigma dan diskriminasi dari petugas juga masih menjadi kendala dalam pelaksanaan layanan VCT, begitu pula dengan ketidaktahuan tentang alur layanan VCT. Berikut petikan hasil wawancara:

”Alhamdulillah... alhamdulillah (lancar). Mmmm... kalo kendala,.....kendalanya karena mungkin..mungkin..dari stigma dan diskriminasi petugas juga yach, atau ketidaktahuan tentang alur.... Stigma kadang-kadang masih ada di stakeholders.”

Sarana dan prasarana yang mendukung layanan VCT meskipun secara umum sudah baik, namun beberapa hal masih dirasa kurang atau belum ada, yaitu ruangan khusus VCT belum ada, materi KIE masih kurang dan stok obat pernah kosong. Berikut petikan wawancara mendalam:

”..... tempat kurang privacy, dicari ruangan yang kosong.., ....Staviral, Neviral, Duviral pernah kosong sampai 2 minggu, tapi tidak sampai delay ke pasien karena dipinjami/ dibantu , .....Sarana

*KIE-nya kurang, model seperti vagina dan pemasangan kondom tidak ada. ”*

## PEMBAHASAN

Sebanyak 69,0 persen responden menilai layanan Klinik VCT sudah cukup baik. Beberapa hal yang masih belum baik menurut responden adalah bahasa konselor tidak bisa dipahami, klien membutuhkan waktu lebih dari satu jam untuk dapat bertemu dengan konselor, dan konselor *pre-test* dan *post-test* bukan orang yang sama. Menurut pedoman pelayanan VCT dari Kemenkes, konselor VCT berasal dari tenaga kesehatan atau non kesehatan yang telah mengikuti pelatihan terkait VCT. Penyampaian informasi akan berbeda dalam cara dan bahasa, dengan melihat karakteristik klien VCT, apakah anak, remaja, atau orang dewasa. Selain itu, dibutuhkan jumlah konselor yang cukup agar layanan dapat segera dilakukan sehingga klien tidak harus menunggu lama.<sup>8</sup> Keluhan klien terhadap konselor tersebut, setelah digali lebih dalam dengan wawancara kepada petugas kesehatan, ada beberapa hal yang menjadi penyebab, yaitu:

- 1) Konselor memiliki tugas rangkap, sehingga tidak bisa *standby* di ruang VCT;
- 2) Jumlah konselor dirasa belum cukup; dan
- 3) Konselor yang sudah dilatih dan paham VCT justru dipindahkan ke instansi lain dan
- 4) masih ada petugas dan atau pemegang kebijakan yang bersikap diskriminatif kepada klien.

Hasil pertemuan Harare-Zimbabwe tahun 2001 menyebutkan bahwa terdapat empat jenis konselor yang kompeten dalam memberikan layanan konseling berdasarkan model implementasi dan strategi untuk meningkatkan layanan VCT, yaitu konselor sebaya (*peer counselor*), konselor awam (*lay counselor*), konselor profesional (*professional counselor*), dan konselor senior (*senior counselor*). Konseling merupakan proses membantu seseorang untuk belajar menyelesaikan masalah interpersonal, emosional dan memutuskan hal tertentu. Peran seorang konselor adalah membantu klien.<sup>9</sup> Hasil studi di Afrika Selatan menemukan beberapa masalah pada layanan VCT yang mirip dengan hasil pada penelitian ini, yaitu masalah logistik yang

meliputi tidak cukup konselor, antrian yang terlalu panjang, dan kurangnya privasi. Hal tersebut menjadi beberapa penyebab enggan masyarakat datang ke Klinik VCT.<sup>10</sup>

Faktor konselor menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi pelaksanaan VCT seperti hasil penelitian di RSUP Dr. Kariadi Semarang. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan VCT adalah antara lain pengetahuan konselor dan kualitas konselor.<sup>11</sup> Hasil penelitian Widiyanto pada Wanita Pekerja Seks (WPS) di Lokalisasi Sunan Kuning, Semarang, menunjukkan bahwa lama waktu tunggu dan penggunaan bahasa akan mempengaruhi motivasi WPS untuk mau datang ke klinik VCT untuk waktu yang selanjutnya. Penggunaan bahasa yang kurang dimengerti, menggunakan istilah-istilah yang tidak familiar bagi WPS akan menurunkan motivasi WPS dan menyebabkan WPS bersikap pasif selama proses konseling, baik pada saat konseling pra-tes maupun konseling post-tes. Akibat yang terjadi adalah mutu konseling menjadi kurang baik dan komunikasi antara konselor dengan klien hanya berjalan satu arah.<sup>12</sup>

Terkait dengan masih adanya stigma dan diskriminasi kepada klien VCT, dalam prinsip layanan VCT, layanan harus bersifat profesional, menghargai hak dan martabat semua klien.<sup>8</sup> WHO pada tanggal 1 September 2011 telah mencanangkan bahwa, tidak ada penularan baru HIV, tidak ada kematian akibat penyakit HIV-AIDS dan tidak ada diskriminasi (pengucilan, penyisihan, ketidakadilan) terhadap Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA). Namun ternyata, stigma dan diskriminasi tersebut masih ada di Indonesia. Hasil studi di Eastern Cape, South Africa menyebutkan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi rendahnya pemanfaatan Klinik VCT adalah karena adanya stigma.<sup>13</sup>

Sebanyak 58,7 persen responden menilai sarana dan prasarana Klinik VCT sudah baik, sedangkan 41,3 persen responden menilai belum baik. Sarana dan prasarana Klinik VCT yang dinilai belum baik yaitu pintu masuk ruang konseling sama dengan pintu keluar, tidak ada tempat cuci tangan di

tempat pengambilan darah, tidak terdapat papan informasi tentang alur layanan VCT, fasilitas belum lengkap dan tidak ada kotak saran di ruang tunggu.

Menurut Kepmenkes RI Nomor: 1507/Menkes/SK/X/2005, bahwa sarana prasarana yang harus tersedia di layanan VCT meliputi: Pertama, sarana, yaitu: papan nama/ petunjuk, ruang tunggu, jam kerja layanan, ruang konseling, ruang pengambilan darah, ruang petugas kesehatan dan ruang petugas non kesehatan, serta ruang laboratorium. Kedua, prasarana, yaitu: aliran listrik, air, sambungan telepon, pembuangan limbah padat dan limbah cair.<sup>14</sup>

Dalam Kepmenkes tersebut juga dijelaskan ruang konseling harus nyaman, terjaga kerahasiaannya, dan terpisah dari ruang tunggu dan ruang pengambilan darah. Diupayakan klien keluar dari ruang konseling tidak bertemu dengan klien/pengunjung lain, artinya ada satu pintu masuk dan satu pintu keluar untuk klien yang letaknya diatur sehingga klien yang selesai konseling dan klien berikutnya yang akan konseling tidak saling bertemu. Namun, pintu keluar dan pintu masuk seperti yang diharapkan dalam Kepmenkes tersebut ternyata baru bias dipenuhi oleh 61,1 persen Klinik VCT di Kota Bandung.

Sebanyak 24,6 persen responden menilai bahwa tempat cuci tangan di ruang pengambilan darah menjadi salah satu sarana yang masih kurang atau belum ada di Klinik VCT di Kota Bandung. Di Kepmenkes RI Nomor: 1507/Menkes/SK/X/2005 disebutkan bahwa lokasi ruang pengambilan darah harus dekat dengan ruang konseling, jadi dapat terpisah dari ruang laboratorium. Peralatan yang harus ada dalam ruang pengambilan darah antara lain jarum dan semprit steril, tabung dan botol tempat penyimpanan darah, stiker kode, sabun dan tempat cuci tangan dengan air mengalir. Masih belum tersedianya tempat cuci tangan di ruang pengambilan darah menurut 24,6 persen responden jelas menggambarkan kondisi sarana dan prasarana di Klinik VCT terutama di ruang pengambilan darah belum dapat memenuhi standar minimal yang seharusnya dipenuhi.

Tidak adanya papan informasi tentang alur layanan VCT menurut 21,4 persen

responden bias menjadi salah satu penyebab masih banyaknya klien dan petugas yang bingung tentang mekanisme layanan VCT. Hal tersebut bisa dilihat dari 23,0 persen responden yang mengaku bahwa prosedur di Klinik VCT cukup membingungkan. Pemahaman responden tentang prosedur layanan di Klinik VCT akan terbantu jika ada informasi tentang hal tersebut, yang bisa disampaikan melalui papan informasi alur layanan VCT atau penjelasan dari petugas.

Fasilitas lain di Klinik VCT yang dirasa belum lengkap yaitu kotak saran di ruang tunggu (10,3%). Sedangkan materi KIE telah terpenuhi lebih dari 90,0 persen, namun hasil yang berbeda diperoleh dari wawancara dengan petugas Klinik VCT yang menyatakan bahwa materi KIE tentang HIV-AIDS masih kurang. Dalam Kepmenkes RI Nomor: 1507/Menkes/SK/X/2005 menyebutkan bahwa ruang tunggu yang nyaman hendaknya terletak di depan ruang konseling atau disamping tempat pengambilan sampel darah. Dalam ruang tunggu tersedia antara lain materi KIE seperti poster, leaflet, brosur yang berisi bahan pengetahuan tentang HIV-AIDS, IMS, KB, ANC, TB, hepatitis, penyalahgunaan NAPZA, perilaku sehat, nutrisi, pencegahan penularan, seks yang aman. Selain itu, di ruang tunggu juga seharusnya tersedia informasi prosedur konseling dan testing, kotak saran, tempat sampah, tisu dan persediaan air minum, buku catatan resepsionis untuk perjanjian klien, meja dan kursi yang tersedia dan nyaman, serta kalender. Sehingga bisa dikatakan bahwa kotak saran dan media KIE merupakan salah satu fasilitas yang harus tersedia di ruang tunggu VCT, namun pada kenyataannya kedua hal tersebut belum dapat dipenuhi secara optimal.

Hal lain yang masih menjadi kendala dalam layanan VCT adalah masalah logistik. Beberapa jenis obat-obatan untuk ODHA pernah kosong, yaitu Staviral, Neviral, Duviral, sehingga menyulitkan klien untuk memenuhi kebutuhan obatnya. Ketidaktersediaan dan ketidakcukupan obat-obatan ODHA ini jika berlangsung lama dapat mempengaruhi tingkat kesehatan ODHA yaitu meningkatnya *viral load* dan menurunnya angka CD4. *Viral Load* adalah jumlah partikel virus dalam 1 milimeter

kubik darah. Semakin banyak jumlah partikel virus dalam darah berarti semakin besar kerusakan sel CD4, makin rentan untuk terjadi infeksi oportunistik dan perjalanan dari HIV positif menjadi AIDS pun menjadi semakin cepat.

Menurut Green (2005), ketersediaan sarana dan prasarana merupakan faktor pendukung (*enabling factor*) yang memungkinkan suatu tujuan terlaksana. Faktor pendukung tersebut mencakup sumber daya yang perlu untuk melakukan perilaku kesehatan. Sumber daya itu antara lain meliputi ketersediaan sarana dan prasarana, ketercapaian berbagai sumber daya, ketersediaan obat, kebijakan pemerintah dan adanya peraturan.<sup>15</sup>

Hasil studi fenomenologi di Semarang menunjukkan bahwa faktor fasilitas Klinik VCT mempengaruhi pelaksanaan VCT. Faktor fasilitas tersebut antara lain tidak adanya tempat khusus untuk konseling serta *setting* ruangan VCT belum ideal.<sup>11</sup> Hasil studi lain juga menunjukkan bahwa faktor manajemen masih menjadi salah satu kendala pelaksanaan VCT. Faktor manajemen tersebut antara lain: a) konselor masih merangkap tugas; b) waktu tunggu klien yang lama; c) ruang konseling yang belum menjamin konfidensialitas dan kenyamanan klien; d) media KIE yang masih terbatas; e) pemasaran sosial VCT masih kurang; dan f) sarana dan prasarana masih terbatas.<sup>16</sup> Faktor-faktor tersebut hampir sama dengan penelitian ini.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Dari hasil penelitian dan pembahasan yang telah disebutkan di atas, maka kesimpulan yang dapat diambil adalah sebagai berikut:

1. Layanan VCT secara umum sudah berjalan lancar, namun beberapa kendala yang masih dihadapi yaitu dari segi konselor (jumlah konselor, waktu tunggu konselor, bahasa dan sikap konselor/petugas).
2. Sarana dan prasarana Klinik VCT secara umum sudah baik. Sarana dan prasarana yang masih kurang yaitu belum ada ruangan khusus VCT, pintu masuk

ruang konseling sama dengan pintu keluar, tidak ada tempat cuci tangan di tempat pengambilan darah, tidak terdapat papan informasi tentang alur layanan VCT, tidak ada kotak saran di ruang tunggu, materi KIE masih kurang dan stok obat yang pernah kosong.

### Saran

Beberapa saran yang dapat disampaikan yaitu:

1. Meningkatkan sosialisasi dan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) tentang Klinik VCT, terutama meliputi prosedur atau alur layanan VCT.
2. Perlu evaluasi, peningkatan ketrampilan dan *personal approach* terhadap petugas VCT sehingga bisa memberikan pelayanan sesuai prosedur/peraturan yang berlaku, termasuk tidak memberikan stigma dan bersikap diskriminatif.
3. Menambah sarana dan prasarana yang ada di Klinik VCT, setidaknya memenuhi standar minimal yang harus ada di Klinik VCT.

### UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan yang telah menyelenggarakan Riset Pembinaan Kesehatan melalui DIPA tahun 2013, Pembina Risbinkes atas bimbingannya dan semua pihak yang telah terlibat dalam pelaksanaan penelitian dan penyusunan artikel ini.

### DAFTAR PUSTAKA

1. Ditjen PP&PL Kemenkes RI. Statistik Kasus AIDS di Indonesia Dilapor Sampai Dengan Maret 2012. Diunduh dari [spiritia.or.id/stats/stat2011.pdf](http://spiritia.or.id/stats/stat2011.pdf), tanggal 10 Juli 2012
2. Anonimus. 6.279 Penduduk Jabar Positif Terjangkit HIV-AIDS. Diunduh dari Pikiran Rakyat Online 22 November 2011, tanggal 10 Juli 2012
3. Komisi Peangulangan AIDS Kota Bandung, 2011

4. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. Strategi Nasional 2007-2010. Jakarta, 2007
5. UNAIDS. The Impact of Voluntary Counselling and Testing: A Global Review of The Benefits and Challenges. UNAIDS, 2001
6. Ogden, Jane. Health Psychology. Open University Press. Buckingham, Philadelphia, 1996
7. Notoatmodjo, Soekidjo, Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Rineka Cipta. Jakarta. 2007
8. Departemen Kesehatan RI. Pedoman Pelayanan Konseling dan Testing HIV-AIDS Secara Sukarela (Voluntary Counseling and Testing). Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta. 2006
9. Departemen Kesehatan RI. Modul Pelatihan Konseling dan Tes Sukarela HIV Voluntary Counseling and Testing = VCT). Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta, 2006
10. Van Dyk AC, van Dyk PJ. "To know or not to know": service-related barriers to voluntary HIV counseling and testing (VCT) in South Africa. *PubMed* 26 (1): 4-10, Mei 2003
11. Dayaningsih, Diana. Studi Fenomenologi Pelaksanaan HIV VCT di RSUP Dr. Kariadi Semarang. Skripsi Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UNDIP, 2009
12. Widiyanto, Gunawan S. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Praktik Wanita Pekerja Seks dalam VCT Ulang di Lokalisasi Sunan Kuning, Semarang, Tesis S2 Program Studi Magister Promosi Kesehatan, Universitas Diponegoro Semarang, 2008
13. P. L. Hutchinson, X. Mahlalela. Utilization of voluntary counseling and testing services in the Eastern Cape, South Africa. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, Volume 18, Issue 5, pages 446-455, 2006.
14. Kepmenkes RI Nomor: 1507/Menkes/SK/X/2005 tentang Pedoman Pelayanan Konseling dan Testing HIV-AIDS Secara Sukarela (Voluntary Counseling and Testing)
15. Green, L.W., & Kreuter, M.W. (2005). *Health Program Planning : An Educational and Ecological Approach* (4<sup>th</sup> ed.). New York : McGraw-Hill
16. Haruddin, Studi Pelaksanaan HIV Voluntary Counseling and Testing (VCT) di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, Tesis S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada, 2006