

ASUHAN KEBIDANAN PADA ANAK DAN PEREMPUAN DALAM KONDISI RENTAN

Dina Raidanti, S.SiT., M.Kes.
Dr. Bd. Ella Nurlelawati, S.Keb., S.K.M., M.Kes.
Dr. Bd. Rosmiati, S.Keb., S.K.M., M.Kes.
Bdn. Kursih Sulastriningsih, S.SiT., M.Kes.



**ASUHAN KEBIDANAN
PADA ANAK DAN
PEREMPUAN DALAM
KONDISI RENTAN**

UU No 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i. penggunaan kutipan singkat ciptaan dan/atau produk hak terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii. penggandaan ciptaan dan/atau produk hak terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii. penggandaan ciptaan dan/atau produk hak terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan fonogram yang telah dilakukan pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv. penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu ciptaan dan/atau produk hak terkait dapat digunakan tanpa izin pelaku pertunjukan, produser fonogram, atau lembaga penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

ASUHAN KEBIDANAN PADA ANAK DAN PEREMPUAN DALAM KONDISI RENTAN

Dina Raidanti, S.SiT., M.Kes.

Dr. Bd. Ella Nurlelawati, S.Keb., S.K.M., M.Kes.

Dr. Bd. Rosmiati, S.Keb., S.K.M., M.Kes.

Bdn. Kursih Sulastriningsih, S.Si.T., M.Kes.



**ASUHAN KEBIDANAN PADA ANAK DAN PEREMPUAN DALAM KONDISI
RENTAN**

Dina Raidanti, S.SiT., M.Kes.
Dr. Bd. Ella Nurlelawati, S.Keb., S.K.M., M.Kes.
Dr. Bd. Rosmiati, S.Keb., S.K.M., M.Kes.
Bdn. Kursih Sulastriningsih, S.SiT., M.Kes.

Editor:
Ida Andri Yanni

Desainer:
Nur Aziza

Sumber Gambar Kover:
www.canva.com

Penata Letak:
Ida Andri Yanni

Proofreader:
Tim Mitra Cendekia Media

Ukuran:
x, 186 hlm, 17,6 x 25 cm

ISBN:
978-623-176-484-3

Cetakan Pertama:
Juni 2024

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau
memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini
tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Anggota IKAPI: 022/SBA/20
PENERBIT MITRA CENDEKIA MEDIA

Jorong Pale, Nagari Pematang Panjang, Kecamatan Sijunjung
Kabupaten Sijunjung, Sumatra Barat – Indonesia 27554
HP/WA: 0812-7574-0738
Website: www.mitracendekiamedia.com
E-mail: mitracendekiamedia@gmail.com

DAFTAR ISI

PRAKATA	ix
BAB 1 KELOMPOK RENTAN	
A. Pengertian Kelompok Rentan	1
B. Dasar Hukum Kondisi Rentan.....	2
C. Dukungan Sosial pada Kelompok Rentan	2
BAB 2 KEBUTUHAN KHUSUS PADA PERMASALAHAN PERBEDAAN RAS, USIA ANAK < 21 TAHUN.....	5
BAB 3 KEBUTUHAN PSIKOLOGIS AKIBAT KEHAMILAN PEMERKOSAAN, KDRT, DAN TRAUMA PERSALINAN SEBELUMNYA	
A. Pendahuluan	13
B. Kebutuhan Khusus pada Permasalahan Psikologi	26
BAB 4 KEBUTUHAN KHUSUS MASALAH GEOGRAFI (Posisi Lingkungan, Lingkungan Dataran Tinggi dan Dataran Rendah)	
A. Bahaya Polusi Udara pada Anak dan Cara Mencegahnya.....	37
B. Lingkungan Dataran Tinggi dan Rendah.....	41
BAB 5 KEBUTUHAN KHUSUS MASALAH RADIASI TERHADAP TENAGA KESEHATAN	
A. Radiasi terhadap Tenaga Kesehatan	53



B. Proteksi dan Keselamatan Radiasi pada Kedokteran Nuklir	55
--	----

BAB 6 KEBUTUHAN KHUSUS KARNA MASALAH EKONOMI KEMISKINAN DAN BANYAK ANAK

A. Permasalahan Ekonomi.....	71
B. Perempuan Rentan.....	73
C. Jumlah Anak Mempengaruhi Kehidupan Sosial Ekonomi dan Kemiskinan	74

BAB 7 KEBUTUHAN PADA MASALAH SOSIAL, KEHAMILAN DALAM PENJARA, SINGLE PARENT

A. Masalah Sosial	77
B. Pengertian Kehamilan dalam Penjara.....	81
C. <i>Single Parent</i>	82

BAB 8 PSK – LGBT – IBU PENGGANTI

A. Kebutuhan Khusus pada Wanita Pekerja Seks Komersial.....	85
B. Kebutuhan Khusus pada LGBT	87
C. Kebutuhan Khusus pada Wanita Ibu Pengganti.....	89

BAB 9 KEBUTUHAN KHUSUS PADA MASALAH BUDAYA PEMILIHAN JENIS KELAMIN ANAK

	91
--	----

BAB 10 KEBUTUHAN KHUSUS PADA MASALAH VBAC, PERSIAPAN PERSALINAN DAN PERAWATAN ANAK YANG BERKEBUTUHAN KHUSUS

A. Vaginal Birth After Cesarean section (VBAC)	99
B. Persiapan Persalinan.....	103
C. Perawatan Anak yang Berkebutuhan Khusus.....	112

BAB 11 PROMOSI KENORMALAN PADA IBU DENGAN BEKEBUTUHAN KHUSUS

A. Peran Bidan dalam Mempromosikan Kenormalan.....	115
B. Asuhan Berkelanjutan (Contibuity of Care) pada Ibu Berkebutuhan Khusus	120



BAB 12 ASUHAN PEREMPUAN PADA KEBUTUHAN KHUSUS DAN RENTAN

- A. Permasalahan dalam Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dan Asuhan pada Perempuan Berkebutuhan Khusus dan Rentan 122
- B. Beberapa Bentuk Perlindungan Sosial bagi Perempuan Berkebutuhan Khusus dan Rentan 124

BAB 13 PELAYANAN KESEHATAN PADA IBU DAN ANAK DI LAPAS

- A. Pelayanan Kesehatan pada Perempuan dan Anak 125
- B. Hak Kesehatan di LAPAS 126

BAB 14 PENUHI NUTRISI WARGA BINAAN IBU HAMIL DAN ANAK TITIPAN

- A. Peran Bidan atau Tenaga Kesehatan dalam Pemberian Pelayanan Kesehatan 135
- B. Faktor-faktor Penghambat dalam Memberikan Hak Pelayanan Kesehatan di Lembaga Pemasarakatan Perempuan 137
- C. Upaya untuk Menangani Hambatan dalam Pemenuhan Hak Pelayanan Kesehatan di Lembaga Pemasarakatan Perempuan 138

BAB 15 PELAYANAN KIA DI DAERAH BENCANA

- A. Daerah Bencana 141
- B. Upaya pada Tahap Tanggap Darurat Daerah Bencana.. 142
- C. Peran Bidan dalam Pelayanan KIA di Daerah Bencana . 144

BAB 16 PELAYANAN KIA PRA BENCANA 147

BAB 17 PELAYANAN KIA SAAT BENCANA

- A. Saat Bencana (Kejadian Bencana) 153
- B. Mencegah Penularan HIV pada Bayi dan Balita..... 158
- C. Melaksanakan Kesehatan Jiwa dan Dukungan Psikososial 158
- D. Memastikan Ketersediaan Logistik 159
- E. Pelayanan Minimum Kesehatan Lansia (PMKL) 159
- F. Kesehatan Umum dan Kesehatan Reproduksi 161
- G. Aspek-aspek Perlindungan Kesehatan Lansia 163



H. Mencegah dan Menangani Kekerasan Seksual	164
BAB 18 PELAYANAN KIA PADA KAUM DISABILITAS	
A. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak pada Kaum Disabilitas	169
B. Pelayanan Kesehatan pada Ibu Hamil pada Kaum Disabilitas	170
BAB 19 KRISIS KESEHATAN: TANTANGAN DAN SOLUSI UNTUK PELAYANAN IBU DAN ANAK	177
DAFTAR PUSTAKA	131
PROFIL PENULIS	185



PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan karunia-Nya, buku dengan judul *Modul Asuhan Kebidanan Pada Anak dan Perempuan dalam Kondisi Rentan* ini dapat diselesaikan dengan baik. Buku ini disusun sebagai panduan praktis dan komprehensif bagi tenaga kesehatan, khususnya bidan, dalam memberikan asuhan kebidanan yang optimal kepada anak dan perempuan dalam kondisi rentan.

Buku ini dirancang untuk memberikan pemahaman mendalam tentang prinsip-prinsip asuhan kebidanan, teknik-teknik praktis, serta pendekatan holistik yang diperlukan untuk menangani berbagai kondisi yang rentan. Kami berharap buku ini dapat menjadi sumber referensi yang bermanfaat dalam meningkatkan kompetensi dan keterampilan bidan dalam memberikan pelayanan yang bermutu dan berbasis empati.

Penyusunan buku ini melibatkan berbagai pihak yang berdedikasi dan berkompeten dalam bidang kebidanan dan kesehatan anak serta perempuan. Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada semua pihak yang telah berkontribusi, baik secara langsung maupun tidak langsung, dalam penyusunan buku



ini. Dukungan, masukan, dan kerja sama dari semua pihak sangat berarti bagi penyelesaian buku ini.

Kami menyadari bahwa buku ini masih memiliki kekurangan dan keterbatasan. Oleh karena itu, kritik dan saran konstruktif dari para pembaca sangat kami harapkan untuk penyempurnaan edisi-edisi berikutnya.

Semoga buku ini dapat memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi para praktisi kebidanan, tenaga kesehatan, serta semua pihak yang peduli terhadap kesehatan anak dan perempuan dalam kondisi rentan.

Terima kasih.

Jakarta, Mei 2024

Penulis



BAB 1

KELOMPOK RENTAN

A. Pengertian Kelompok Rentan

Masyarakat dunia saat ini telah mengakui berbagai bentuk keberagaman, mulai dari yang bersifat ciri fisik hingga identitas sosial. Beberapa kelompok memiliki bentuk keberagaman yang unik dan khas, sehingga membutuhkan akses lebih untuk mendapatkan layanan dasar. Kelompok ini disebut sebagai kelompok rentan. Kelompok rentan menurut Departemen Hukum dan Hak Asasi Manusia adalah semua orang yang menghadapi hambatan atau keterbatasan dalam menikmati standar kehidupan yang layak. (Humaedi et al., 2020)

United Nations Office for Disaster Risk Reduction menjelaskan kerentanan sebagai faktor fisik, sosial, ekonomi, dan lingkungan yang menyebabkan seseorang atau suatu komunitas semakin rawan mengalami keparahan akibat bencana. Sementara, menurut Interagency Network for Education in Emergencies, kelompok rentan adalah mereka yang memiliki kerentanan dan mengalami keterbatasan fisik, mental, dan sosial sehingga tidak mampu mengakses layanan



dasar dan membutuhkan bantuan khusus dari negara atau komunitas lainnya (Humaedi et al., 2020)

Menurut pandangan kesehatan National Collaborating Centre for Determinants of Health menjelaskan kelompok rentan adalah kelompok atau komunitas yang berisiko mengalami masalah kesehatan yang buruk. Umumnya, dikarenakan mereka tidak dapat mencapai akses sosial, ekonomi, dan lingkungan. Yang termasuk kelompok rentan adalah lansia, anak-anak, fakir-miskin, wanita hamil, dan penyandang cacat (Irda, 2021).

B. Dasar Hukum Kondisi Rentan

Sebagai bentuk upaya pemerintah dalam mengurangi kemiskinan dan kesenjangan dikeluarkan UUD 1945 Pasal 34 Ayat (1). Dijelaskan lebih lanjut pada Undang-undang No. 39 Tahun 1999 pada pasal 5 ayat (3) tentang Hak Asasi Manusia yang menyatakan bahwa setiap orang yang termasuk kelompok masyarakat yang rentan berhak memperoleh perlakuan dan perlindungan lebih berkenaan dengan kekhususannya. Dalam Penjelasan pasal tersebut disebutkan bahwa yang dimaksud dengan kelompok masyarakat yang rentan, antara lain, adalah orang lanjut usia, anak-anak, fakir miskin, wanita hamil dan penyandang cacat. (Nurillah & Yasin, 2021).

C. Dukungan Sosial pada Kelompok Rentan

Dukungan sosial adalah keberadaan, kesediaan, kepedulian dari orang-orang yang dapat diandalkan, menghargai dan menyayangi. Dukungan sosial merupakan bantuan atau dukungan yang positif yang diberikan oleh orang-orang tertentu terhadap individu dalam kehidupannya serta dalam lingkungan sosial tertentu sehingga individu yang menerima merasa diperhatikan, dihargai, dihormati, dicintai. (Saputri et al., 2019).



Santrock (2006), mengemukakan dukungan sosial yang paling berpengaruh adalah dukungan sosial dari keluarga dan rekan sebaya. Dukungan sosial keluarga eksternal antara lain sahabat, pekerjaan, tetangga, sekolah, keluarga besar, kelompok sosial, kelompok rekreasi, tempat ibadah, praktisi kesehatan. Dukungan sosial keluarga internal antara lain dukungan dari suami atau istri, dari saudara kandung, atau dukungan dari anak. Dukungan keluarga menurut (Friedman, 2010) adalah sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya, berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional. Jadi dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikannya. Jadi dukungan sosial keluarga mengacu kepada dukungan-dukkungan sosial yang dipandang oleh anggota keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses atau diadakan untuk keluarga yang selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. (Ema Pradini et al., 2023).

Keluarga sebagai lingkungan terdekat menjadi bagian penting yang dapat memberikan dukungan sosial kepada penyandang disabilitas. Pentingnya dukungan sosial keluarga bagi kelompok rentan. Dukungan sosial memiliki beberapa bentuk di antaranya dijelaskan oleh beberapa ahli:

1. Dukungan Emosional (*Emotional Support*)

Dukungan emosional merupakan dukungan yang berhubungan dengan hal yang bersifat emosional atau menjaga keadaan emosi, afeksi, atau ekspresi. Dukungan ini meliputi ekspresi empati, kepedulian, dan perhatian pada individu, memberikan rasa nyaman, memiliki dan perasaan dicintai serta bersedia mendengarkan keluh kesah orang lain.



2. Dukungan Penghargaan (*Esteem Support*)

Dukungan penghargaan adalah suatu bentuk dukungan yang terjadi melalui ekspresi seseorang dengan menunjukkan suatu penghargaan positif terhadap individu, pemberian semangat, dukungan atau persetujuan tentang ide-ide atau perasaan individu tersebut dan perbandingan positif dari individu dengan individu lain.

3. Dukungan Instrumental (*Instrumental Support*)

Dukungan ini merupakan pemberian sesuatu berupa bantuan nyata (*tangible aid*) atau dukungan alat (*instrumental aid*). Dukungan instrumental juga merupakan dukungan secara langsung dan nyata yang berupa materi atau jasa.

4. Dukungan Informasi (*Informational Support*)

Dukungan informasi berarti memberi solusi pada suatu masalah. Dukungan ini diberikan dengan cara menyediakan Informasi, memberikan saran secara langsung, atau umpan balik tentang kondisi individu dan apa yang harus ia lakukan.



BAB 2

KEBUTUHAN KHUSUS PADA PERMASALAHAN PERBEDAAN RAS, USIA ANAK < 21 TAHUN

Menjadikan anak yang berkualitas, sudah barang tentu bukan hal yang mudah. Banyak hal yang harus dilakukan, tetapi juga banyak pula yang harus dipahami dan dimengerti. Salah satunya adalah mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang anak. Faktor-faktor ini perlu diperhatikan, agar kita tidak salah langkah dalam mendidik anak serta tidak memaksakan kehendak pada anak sehingga anak dapat tumbuh dan berkembang secara optimal.

Ada dua faktor utama yang mempengaruhi tumbuh kembang anak, yakni faktor bawaan dan faktor lingkungan. Faktor bawaan atau keturunan (hereditas) merupakan faktor pertama yang mempengaruhi tumbuh kembang anak. Faktor ini dapat diartikan sebagai semua ciri atau karakteristik individu yang diwariskan kepada anak atau segala potensi baik fisik maupun psikis yang dimiliki seseorang sejak masa pembuahan sebagai warisan dari orang tua. Faktor bawaan disebut pula sebagai faktor endogen.



Faktor endogen adalah faktor yang dibawa oleh individu sejak dalam kandungan hingga kelahiran. Oleh karena individu itu terjadi dari bertemunya ovum dari ibu dan sperma dari ayah, maka tidak mengherankan kalau faktor endogen yang dibawa oleh individu itu mempunyai sifat-sifat seperti orang tuanya. Seperti pepatah Indonesia yang menyatakan “Air di cucuran akhirnya jatuh ke pelimbanan juga” ini berarti bahwa keadaan atau sifat-sifat dari anak itu tidak meninggalkan sifat-sifat dari orang tuanya.

Ada beberapa hal di faktor endogen ini. Kenyataan menunjukkan bahwa setiap individu yang dilahirkan ke dunia akan membawa pembawaan tertentu, terutama sifat-sifat yang berhubungan dengan faktor kejasmanian. Misalnya bentuk/struktur tubuh, warna rambut, warna kulit, warna mata, bentuk wajah, dan sebagainya. Sifat-sifat ini merupakan sifat-sifat yang mereka dapatkan karena faktor keturunan, seperti yang dikenal dengan Hukum Mendel. Faktor pembawaan yang berhubungan dengan keadaan jasmani umumnya tidak dapat diubah. Bagaimanapun besarnya keinginan orang untuk mempunyai warna kulit yang putih bersih, tidak akan terlaksana kalau faktor keturunan kulitnya berwarna hitam atau coklat, demikian pula halnya dengan yang lain-lain.

Di samping itu individu juga mempunyai sifat-sifat bawaan psikologis yang erat kaitannya dengan keadaan jasmani maupun temperamen. Temperamen merupakan sifat-sifat bawaan yang erat hubungannya dengan struktur kejasmanian seseorang, yaitu yang berhubungan dengan fungsi-fungsi fisiologis seperti darah, kelenjar-kelenjar, cairan-cairan lain yang terdapat dalam diri manusia.

Hypocrates dan Galenus menghubungkan sifat-sifat kejasmanian (struktur kejasmanian) dengan sifat-sifat psikologis dari individu yang bersangkutan. Menurut keduanya, ada beberapa tipe temperamen manusia, yaitu: sanguinikus, flegmatikus, cholerikus, melancholikus. Temperamen itu berbeda dengan karakter atau watak, yang kadang-kadang kedua pengertian itu disamakan satu dengan yang lain. Karakter atau watak yaitu



merupakan keseluruhan dari sifat seseorang yang tampak dalam perbuatannya sehari-hari, sebagai hasil pembawaan maupun lingkungan. Temperamen pada umumnya bersifat konstan, sedangkan watak atau karakter lebih bersifat tidak konstan, dapat berubah-ubah sesuai pengaruh lingkungan.

Di samping individu memiliki faktor bawaan yang berhubungan dengan sifat-sifat kejasmanian dan temperamen, maka individu masih mempunyai sifat-sifat pembawaan yang berupa bakat (*aptitude* atau talenta). Bakat bukanlah merupakan satu-satunya faktor yang dibawa individu sewaktu dilahirkan, melainkan hanya merupakan salah satu faktor saja. Bakat merupakan potensi yang berisi kemungkinan-kemungkinan untuk berkembang ke sesuatu arah. Bakat bukanlah sesuatu yang telah jadi, yang telah terbentuk pada waktu individu dilahirkan, tetapi baru merupakan potensi-potensi saja. Agar potensi ini menjadi aktualisasi dibutuhkan kesempatan untuk mengaktualisasikan bakat-bakat tersebut. Karena itu kemungkinan ada bakat yang tidak dapat berkembang atau tidak dapat beraktualisasi karena kesempatan tidak atau kurang memungkinkan. Untuk mengaktualisasikan bakat diperlukan lingkungan yang baik atau mendukung. Di sinilah letak peranan lingkungan dalam perkembangan individu. Karena itu langkah yang baik adalah memberi kesempatan pada anak untuk mengembangkan bakat sebaik-baiknya. Untuk dapat mengetahui bakat seseorang umumnya dipergunakan tes bakat (*aptitude test*).

Dalam hal-hal tertentu, faktor bawaan di sini termasuk juga kerentanan terhadap penyakit. Misalnya orang tua yang memiliki penyakit gula juga akan menurun pada anaknya, juga penyakit sesak nafas, epilepsi, dan lain-lain. Aspek individu yang bersifat bawaan ini memiliki potensi untuk berkembang. Namun sejauh mana perkembangan dan kualitas perkembangan itu terjadi tergantung pada kualitas bawaan itu sendiri dan lingkungan yang mempengaruhi.

Masih terkait dengan faktor pembawaan, penelitian terhadap anak kembar menunjukkan bahwa anak kembar identik memiliki



tinggi badan yang relatif sama dibandingkan dengan anak kembar yang berasal dari 2 telur (kembar *fraternal*). Kedua orang tua memberi sumbangan yang sama besar bagi perkembangan tinggi badan anak-anak mereka. Secara umum dapat disimpulkan bahwa dari dua orang tua yang memiliki badan tinggi, maka anaknya akan memiliki badan yang tinggi pula. Demikian sebaliknya, anak yang pendek kemungkinan besar memiliki orang tua yang tidak tinggi juga.

Menurut Teori Nativisme yang dipelopori seorang ahli filsafat *Schopenhauer*, manusia lahir sudah membawa potensi-potensi tertentu yang tidak dapat dipengaruhi oleh lingkungan. Berdasarkan teorinya, taraf kecerdasan sudah ditentukan sejak anak dilahirkan. Para ahli psikologi Loehlin, Lindzey dan Spuhler berpendapat bahwa taraf intelegensi 75 %– 80 % merupakan faktor keturunan.

Faktor yang kedua adalah faktor lingkungan. Lingkungan dapat diartikan sebagai berbagai peristiwa, situasi dan kondisi di luar individu yang secara langsung maupun tidak langsung mempengaruhi tumbuh kembang anak atau perkembangan individu. Lingkungan ini terdiri atas lingkungan fisik dan lingkungan sosial. Lingkungan fisik adalah segala sesuatu yang bersifat fisik yang ada di sekitar individu seperti keadaan rumah, pekarangan, sawah, tanah, air, musim dan sebagainya. Lingkungan fisik sering disebut juga lingkungan alam. Lingkungan alam yang berbeda akan memberi pengaruh yang berbeda pula pada individu. Misalnya: daerah pegunungan akan memberikan pengaruh yang lain bila dibandingkan dengan daerah pantai. Daerah yang mempunyai musim dingin akan memberikan pengaruh yang berbeda dengan daerah yang penuh dengan musim panas. Sedangkan lingkungan sosial adalah meliputi seluruh manusia dengan berbagai interaksinya yang menciptakan lingkungan pergaulan yang khas. Lingkungan sosial merupakan lingkungan masyarakat, di mana dalam lingkungan masyarakat ini terdapat interaksi individu satu dengan individu lain. Keadaan masyarakat



pun akan memberikan pengaruh tertentu terhadap perkembangan individu.

Lingkungan sosial biasanya dibedakan atas:

1. Lingkungan sosial primer, yaitu lingkungan sosial di mana terdapat hubungan yang erat antara anggota satu dengan anggota yang lain, anggota satu saling kenal mengenal dengan baik dengan anggota lain. Oleh karena itu di antara anggota telah ada hubungan yang erat, maka sudah tentu pengaruh dari lingkungan sosial ini akan lebih mendalam bila dibandingkan dengan lingkungan sosial yang hubungannya tidak erat.
2. Lingkungan sosial sekunder, yaitu lingkungan sosial yang hubungan anggota satu dengan anggota lain agak longgar. Pada umumnya anggota satu dengan anggota lain kurang atau tidak saling kenal mengenal. Karena itu pengaruh lingkungan sosial sekunder akan kurang mendalam bila dibandingkan dengan pengaruh lingkungan sosial primer. Dengan demikian, lingkungan juga sering diterjemahkan sebagai keseluruhan fenomena (peristiwa, situasi atau kondisi) fisik atau sosial yang mempengaruhi tumbuh kembang anak.

Faktor lingkungan disebut juga faktor eksogen, yaitu faktor yang datang dari luar individu, merupakan pengalaman-pengalaman, alam sekitar, pendidikan dan sebagainya yang sering dikemukakan dengan pengertian *milleu*. Pengaruh pendidikan dan pengaruh lingkungan sekitar itu sebenarnya terdapat perbedaan. Pada umumnya pengaruh lingkungan bersifat pasif, dalam arti bahwa lingkungan tidak memberikan suatu paksaan kepada individu. Lingkungan memberikan kemungkinan-kemungkinan atau kesempatan-kesempatan kepada individu. Bagaimana individu mengambil manfaat dari kesempatan yang diberikan oleh lingkungan tergantung kepada individu yang bersangkutan. Tidak demikian halnya dengan pendidikan. Pendidikan dijalankan dengan penuh kesadaran dan sistematis untuk mengembangkan potensi-potensi ataupun bakat-bakat yang ada pada individu sesuai dengan cita-cita atau tujuan pendidikan. Dengan demikian pendidikan itu



bersifat aktif, penuh tanggung jawab dan ingin mengarahkan perkembangan individu ke suatu tujuan tertentu.

Sekalipun pengaruh lingkungan tidak bersifat memaksa, namun tidak dapat dipungkiri bahwa peranan lingkungan cukup besar dalam perkembangan individu. Lingkungan tumbuh kembang anak dapat berupa lingkungan keluarga, lingkungan sekolah, dan lingkungan kelompok teman sebaya.

Lingkungan keluarga memiliki peranan yang sangat penting dalam upaya mengembangkan pribadi anak. Perawatan orang tua yang penuh kasih sayang dan pendidikan tentang nilai-nilai kehidupan, baik agama maupun sosial budaya yang diberikannya merupakan faktor yang menguntungkan untuk mempersiapkan anak menjadi pribadi dan anggota masyarakat yang sehat. Hal itu berarti, sikap dan perlakuan orang tua terhadap anak memiliki pengaruh yang sangat besar terhadap kepribadian dan perkembangan psikis anak. Lingkungan keluarga yang kurang/tidak menunjang proses tumbuh kembang anak atau dikatakan sebagai lingkungan keluarga berisiko tinggi adalah apabila kondisi keluarga tersebut:

1. Umur ibu kurang dari 20 tahun;
2. Jumlah anak usia kurang dari 2 tahun ada dua atau lebih;
3. Ibu/pengasuh tidak tahu mengenai kebutuhan anak dan sulit menerima pesan-pesan kesehatan, yang ditandai antara lain: tidak tahu mengenai hal-hal umum yang diketahui oleh masyarakat, tidak dapat memahami petunjuk-petunjuk kesehatan yang sebenarnya, tidak dapat menjawab pertanyaan yang biasanya dapat dijawab para ibu mengenai anaknya;
4. Ibu/pengasuh anak mengalami gangguan mental atau tekanan jiwa yang berat ditandai oleh antara lain sebagai berikut: tampak putus asa, mudah menangis, bereaksi sangat lambat, acuh pada sekitarnya, perilaku aneh, suka tertawa sendiri, gelisah, mondar-mandir tanpa tujuan;
5. Ibu/pengasuh anak mengabaikan anak atau acuh terhadap tumbuh kembang anak, antara lain ditandai: menjelek-jelekkan anak, memukul anak suatu persoalan kecil, tidak mengetahui



data tentang anak yang pada umumnya diketahui oleh para ibu, misalnya: kapan anak diimunisasi, penyakit yang pernah diderita anak, memperlihatkan sikap tidak senang dalam pembicaraan terhadap anaknya;

6. Rumah yang kacau dan kotor;
7. Ayah sering melakukan kejahatan, minum alkohol, atau ada gangguan jiwa, sering mabuk;
8. Hubungan suami istri yang buruk, yang ditandai oleh orang tua sering bertengkar di depan anak-anak, kekerasan fisik antara orang tua, suami sering memukul istri;
9. Kemiskinan yang ditandai oleh hal-hal sebagai berikut: lingkungan tempat tinggal yang buruk, lantai tanah, atap bocor, gubuk buruk, alat makan yang dipakai tidak mencukupi untuk seluruh anggota keluarga perlengkapan tidur tidak mencukupi, tidak mempunyai baju ganti, makanan yang disediakan secara kuantitas dan kualitas tidak mampu memenuhi kebutuhan tubuh. Sementara kekurangan gizi dalam makanan menyebabkan pertumbuhan anak terganggu yang akan mempengaruhi perkembangan seluruh dirinya.

Lingkungan sekolah merupakan lembaga pendidikan formal yang secara sistematis melaksanakan program bimbingan, pengajaran, pendidikan dan latihan dalam rangka membantu anak agar mampu mengembangkan potensinya, baik yang menyangkut aspek moral spiritual, intelektual, emosional maupun sosial. Sekolah merupakan faktor penentu bagi perkembangan kepribadian anak setelah keluarga, baik dalam cara berpikir, bersikap maupun berperilaku. Ada beberapa alasan mengapa sekolah memainkan peranan yang berarti bagi perkembangan kepribadian anak:

1. Anak sebagai siswa harus hadir di sekolah;
2. Sekolah memberikan pengaruh pada anak secara dini, terutama dalam hal membangun konsep diri;
3. Anak banyak menghabiskan waktunya di sekolah daripada tempat lain di luar rumah;
4. Sekolah memberikan kesempatan anak untuk meraih sukses;



5. Sekolah memberikan kesempatan pada anak untuk menilai dirinya dan kemampuannya secara realistis.

Sedangkan kelompok teman sebaya sebagai lingkungan sosial bagi anak mempunyai peranan cukup penting bagi perkembangan kepribadiannya. Peranan ini semakin penting terutama pada saat terjadinya perubahan dalam struktur masyarakat seperti perubahan bentuk keluarga dari keluarga besar ke keluarga kecil, kesenjangan antara generasi tua dan muda, dan perluasan jaringan komunikasi di antara anak dan remaja. Peranan kelompok teman sebaya bagi anak adalah memberi kesempatan untuk berinteraksi dengan anak lain, mengontrol tingkah laku sosial dan mengembangkan ketrampilan dan minat yang relevan dengan usianya.



BAB 3

KEBUTUHAN PSIKOLOGIS AKIBAT KEHAMILAN PEMERKOSAAN, KDRT, DAN TRAUMA PERSALINAN SEBELUMNYA

A. Pendahuluan

Kehamilan adalah kondisi yang menimbulkan perubahan fisik maupun psikososial seorang wanita. Ibu hamil di trimester pertama akan mengalami mual yang membuatnya merasa tidak sehat dan tidak nyaman, bahkan beberapa ibu hamil bisa jadi menolak kehamilannya tersebut. Pada trimester kedua, ibu hamil mulai merasa nyaman dengan kehamilannya, namun di trimester ketiga saat janin sudah memasuki rongga panggul, ibu hamil bisa jadi merasa cemas dan khawatir dikarenakan ketakutan akan kehilangan perhatian spesial yang didapatkan semasa kehamilan.

Kehamilan adalah fase penting dalam kehidupan seorang perempuan yang diiringi oleh perubahan fisik, emosional, dan psikologis yang signifikan. Namun, tidak semua kehamilan terjadi dalam kondisi yang menggembirakan. Beberapa perempuan menghadapi situasi yang sulit dan traumatis yang dapat mempengaruhi kesejahteraan psikologis mereka selama periode kehamilan. Beberapa situasi yang mungkin dialami,



seperti kehamilan akibat pemerkosaan, kekerasan dalam rumah tangga (KDRT), atau pengalaman trauma persalinan sebelumnya, dapat memberikan dampak yang mendalam terhadap kondisi psikologis perempuan yang mengalami keadaan tersebut.

Dalam modul ini, kita akan menjelajahi berbagai aspek kebutuhan psikologis yang perlu dipahami dan diperhatikan dalam kasus-kasus seperti kehamilan akibat pemerkosaan, KDRT, dan dampak trauma persalinan sebelumnya. Modul ini akan mempelajari dampak psikologis yang mungkin terjadi, tantangan yang dihadapi oleh perempuan dalam situasi-situasi ini, serta strategi pendukung yang dapat membantu mereka menghadapi dan mengatasi beban emosional yang datang dengan kondisi-kondisi ini. Dengan memahami dan memberikan perhatian khusus terhadap kebutuhan psikologis, tenaga medis dan profesional kesehatan akan lebih mampu memberikan dukungan yang efektif kepada perempuan yang mengalami kondisi-kondisi ini selama masa kehamilan mereka.

1. Kebutuhan Psikologis Akibat Kehamilan Pemerkosaan



Kehamilan adalah peristiwa alamiah yang membawa perubahan fisik dan emosional dalam hidup seorang perempuan. Namun, ada situasi khusus di mana kehamilan terjadi akibat pemerkosaan. Kehamilan semacam ini menyajikan tantangan yang kompleks, terutama dalam hal



kebutuhan psikologis perempuan yang mengalami kondisi ini. Dampak dari kehamilan pemerkosaan melampaui aspek fisik dan merambah ke bidang emosional dan mental perempuan.

Kehamilan pemerkosaan dapat memberikan dampak psikologis yang signifikan bagi perempuan yang mengalami kondisi ini. Perasaan bingung, marah, malu, cemas, dan takut sering muncul. Pengalaman traumatis dari pemerkosaan juga dapat menciptakan perasaan terasingkan dan kurangnya kendali atas kehidupan dan tubuh mereka. Keputusan untuk mempertahankan atau mengakhiri kehamilan menjadi dilema yang mempengaruhi kesejahteraan psikologis.

Perempuan dalam kondisi ini menghadapi berbagai tantangan psikologis yang kompleks. Mereka dapat merasa sulit untuk menghubungkan diri dengan janin yang dikandung sebagai hasil dari pemerkosaan. Mereka juga dapat merasa takut terhadap tanggapan masyarakat, stigmatisasi, dan perlakuan negatif. Kehamilan pemerkosaan memicu konflik batin yang intens, karena perempuan harus menghadapi proses membawa kehidupan baru sambil mencoba mengatasi trauma yang terkait dengan pemerkosaan.

Pendekatan pendukung yang sensitif dan holistik sangat penting bagi perempuan yang mengalami kehamilan pemerkosaan. Pemberian informasi yang akurat tentang opsi yang tersedia, seperti kehamilan, adopsi, atau pengakhiran kehamilan, perlu disampaikan dengan empati dan pengertian. Konseling psikososial dan dukungan dari profesional kesehatan mental atau kelompok dukungan juga dapat membantu perempuan mengatasi perasaan negatif dan mengembangkan strategi menghadapi tantangan psikologis yang dihadapi.

Kehamilan pemerkosaan membawa dampak yang rumit bagi kesejahteraan psikologis perempuan. Melalui



kesadaran yang lebih luas tentang dampak dan tantangan yang terlibat, masyarakat dapat berperan dalam memberikan dukungan yang sensitif bagi perempuan yang mengalami kondisi ini. Pendekatan yang penuh pengertian dari tenaga medis, profesional kesehatan mental, dan masyarakat umum adalah kunci untuk membantu perempuan mengatasi beban psikologis yang dihadapi dan mempromosikan pemulihan yang sehat dan kuat.

Kehamilan yang disebabkan oleh pemerkosaan dapat menyebabkan dampak psikologis yang kompleks pada perempuan yang mengalaminya. Berikut adalah beberapa kebutuhan psikologis yang mungkin timbul pada perempuan yang mengalami kehamilan akibat pemerkosaan:

a. Kebutuhan akan dukungan emosional

Perempuan yang mengalami kehamilan akibat pemerkosaan mungkin membutuhkan dukungan emosional yang intens. Mereka mungkin mengalami rasa takut, cemas, dan stres yang tinggi. Dukungan dari pasangan, keluarga, teman, atau tenaga medis yang sensitif dan empatik dapat membantu mengurangi beban psikologis yang mereka rasakan.

b. Kebutuhan akan pemahaman dan validasi

Perempuan dalam situasi ini mungkin merasa terisolasi dan tidak dipahami oleh orang lain. Mereka mungkin mengalami perasaan bersalah, malu, atau merasa bahwa mereka sendirian dalam menghadapi pengalaman traumatis mereka. Penting bagi mereka untuk mendapatkan pemahaman dan validasi bahwa apa yang mereka alami adalah nyata dan bahwa mereka tidak sendirian.

c. Kebutuhan akan terapi dan dukungan konseling

Terapi dan dukungan konseling dapat sangat membantu bagi perempuan yang mengalami kehamilan akibat pemerkosaan. Terapis atau konselor yang terlatih dapat



membantu mereka mengatasi trauma, mengelola stres, dan mengembangkan strategi coping yang sehat.

d. Kebutuhan akan informasi dan pendidikan

Perempuan dalam situasi ini mungkin membutuhkan informasi dan pendidikan yang akurat tentang kehamilan, persalinan, dan perawatan pasca persalinan. Mereka mungkin memiliki kekhawatiran khusus atau pertanyaan tentang dampak trauma mereka terhadap proses persalinan dan perawatan mereka. Mendapatkan informasi yang tepat dan mendalam dapat membantu mereka merasa lebih siap dan mengurangi kecemasan yang tidak perlu.

e. Kebutuhan akan perlindungan dan keamanan

Perempuan yang mengalami kehamilan akibat pemerkosaan mungkin merasa tidak aman dan rentan. Penting bagi mereka untuk merasa dilindungi dan aman selama proses kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan. Tim medis dan tenaga kesehatan harus memastikan bahwa lingkungan perawatan mereka aman dan mendukung.

f. Kebutuhan akan dukungan sosial

Dukungan sosial dari keluarga, teman, atau kelompok dukungan dapat sangat penting bagi perempuan dalam situasi ini. Mereka mungkin merasa terisolasi atau tidak dipahami oleh orang-orang di sekitar mereka. Dukungan sosial dapat membantu mereka merasa didengar, didukung, dan terhubung dengan orang-orang yang memiliki pengalaman serupa.

g. Kebutuhan akan pemulihan dan pemulihan

Proses pemulihan dan pemulihan setelah pengalaman trauma dapat membutuhkan waktu yang lama dan berbeda untuk setiap individu. Penting bagi perempuan ini untuk mendapatkan dukungan dan sumber daya yang diperlukan untuk memulihkan diri secara fisik dan emosional. Terapi trauma, dukungan kelompok, dan



perawatan medis yang holistik dapat membantu mereka dalam proses pemulihan mereka.

Dalam menghadapi kebutuhan psikologis ini, penting bagi perempuan yang mengalami kehamilan akibat pemerkosaan untuk mendapatkan dukungan yang komprehensif dan terintegrasi dari tim medis, tenaga kesehatan mental, dan dukungan sosial.

2. Kebutuhan Psikologis Akibat KDRT



Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) merupakan isu serius yang dapat mempengaruhi berbagai aspek kehidupan seseorang, termasuk aspek psikologis. Terutama, para perempuan yang menjadi korban KDRT menghadapi dampak emosional yang serius akibat pengalaman traumatis ini. Dalam makalah ini, kami akan menjelajahi kebutuhan psikologis yang timbul akibat terjadinya KDRT, dampak yang dapat terjadi, serta pendekatan pendukung yang dapat membantu mereka mengatasi trauma dan beban emosional yang diakibatkan oleh KDRT.

KDRT dapat menyebabkan dampak psikologis yang serius bagi para korban, termasuk perempuan. Mereka dapat mengalami perasaan takut, cemas, marah, dan terasing. Rasa rendah diri, malu, dan perasaan bersalah juga sering kali muncul. Korban KDRT mungkin merasa tidak aman dan mengalami kesulitan dalam membangun hubungan interpersonal yang sehat akibat trauma dan pengalaman yang menakutkan.



KDRT juga dapat memiliki implikasi psikologis yang lebih dalam, seperti gangguan tidur, gangguan makan, depresi, dan gangguan kecemasan. Gejala-gejala ini dapat mengganggu kualitas hidup dan kemampuan korban untuk berfungsi sehari-hari. Selain itu, pengaruh jangka panjang dari KDRT dapat menciptakan pola berpikir negatif dan merusak rasa percaya diri dan harga diri.

Pendekatan pendukung dan pemulihan sangat penting bagi korban KDRT dalam hal kebutuhan psikologis. Dalam situasi ini, konseling dan terapi psikologis sangat bermanfaat untuk membantu korban mengatasi trauma dan mengembangkan mekanisme koping yang sehat. Selain itu, kelompok dukungan yang melibatkan korban KDRT dapat memberikan rasa dukungan dan pengertian, serta memungkinkan mereka untuk berbagi pengalaman mereka dengan yang lain.

Mengingat dampak serius yang terkait dengan kebutuhan psikologis akibat KDRT, penting untuk meningkatkan kesadaran tentang isu ini dan mempromosikan tindakan pencegahan. Upaya untuk memberikan pendidikan tentang KDRT, memperkuat peran para profesional kesehatan dalam mendeteksi tanda-tanda awal, dan menyediakan sumber daya bagi korban adalah langkah-langkah penting untuk mengurangi dampak psikologis yang timbul akibat KDRT.

Kekerasan dalam rumah tangga memiliki dampak yang mendalam pada kesejahteraan psikologis korban, terutama perempuan. Dengan memahami dampak ini, masyarakat dapat memainkan peran penting dalam memberikan dukungan, meningkatkan kesadaran, dan mempromosikan tindakan pencegahan yang diperlukan. Pendekatan pendukung yang holistik, melibatkan profesional kesehatan mental dan masyarakat umum, adalah langkah penting dalam membantu para korban KDRT mengatasi beban emosional dan trauma yang mereka alami.



Kebutuhan psikologis akibat KDRT sangat kompleks dan beragam, karena setiap individu meresponsnya dengan cara yang berbeda. Namun, beberapa kebutuhan psikologis umum yang mungkin muncul akibat KDRT antara lain:

a. Keamanan dan stabilitas emosional

Korban KDRT membutuhkan perasaan aman dan stabil. Mereka mungkin merasa cemas, takut, dan tidak aman. Dukungan dan lingkungan yang mendukung merupakan hal penting untuk membantu mereka merasa lebih aman secara emosional.

b. Pemahaman dan validasi

Korban KDRT sering kali merasa terisolasi dan sulit untuk berbicara tentang pengalaman mereka. Mereka membutuhkan pendengar yang empatik dan dapat memahami perasaan dan pengalaman mereka. Validasi terhadap pengalaman mereka dapat membantu mengurangi rasa bersalah dan malu.

c. Konseling dan terapi

Konseling dan terapi psikologis dapat membantu korban KDRT mengatasi trauma dan mengembangkan cara-cara untuk mengatasi dampak psikologis yang muncul. Terapis dapat membantu mereka mengidentifikasi pola pikir negatif, merancang strategi koping yang sehat, dan memulihkan kesejahteraan emosional.

d. Kelompok dukungan

Bergabung dengan kelompok dukungan bagi korban KDRT dapat memberikan perasaan dukungan, belas kasihan, dan pengertian dari individu yang mengalami situasi serupa. Hal ini dapat membantu mereka merasa lebih tidak sendiri dan lebih berempati.

e. Perawatan diri

Kebutuhan untuk merawat diri sendiri, baik fisik maupun emosional, sangat penting bagi korban KDRT. Ini termasuk menjaga kesehatan fisik, beristirahat dengan



cukup, beraktivitas fisik yang sehat, dan menerapkan teknik relaksasi.

- f. Pengembangan kembali kepercayaan diri
KDRT sering kali meruntuhkan kepercayaan diri korban. Mereka membutuhkan dukungan untuk membangun kembali rasa percaya diri, harga diri, dan gambaran diri yang positif.
- g. Pemulihan emosional
Proses pemulihan emosional dari trauma KDRT membutuhkan waktu. Dukungan dari profesional kesehatan mental, teman, keluarga, dan lingkungan yang positif dapat membantu proses ini.
- h. Pertimbangan dan pemahaman dalam mengambil keputusan
Korban KDRT mungkin menghadapi keputusan sulit, seperti apakah mereka harus tinggal atau pergi dari hubungan yang tidak sehat. Mereka membutuhkan dukungan untuk memahami implikasi dari keputusan tersebut dan mendapatkan informasi yang dibutuhkan untuk mengambil langkah yang terbaik bagi kesejahteraan mereka.
- i. Kurangi stigma
Mereka membutuhkan pemahaman dan dukungan dari masyarakat untuk mengurangi stigma yang mungkin terkait dengan KDRT. Ini dapat membantu mereka merasa lebih diterima dan tidak terisolasi.
- j. Pertolongan khusus bagi anak
Jika ada anak yang terlibat dalam situasi KDRT, kebutuhan psikologis anak juga harus dipertimbangkan dan diberikan dukungan khusus.

Dalam semua kasus KDRT, penting untuk mendekati korban dengan empati dan pengertian, serta menghormati pilihan dan perasaan mereka dalam mengatasi dampak psikologis yang timbul. Dukungan dari profesional kesehatan mental, keluarga, teman, dan



masyarakat sangat penting untuk membantu korban mengatasi trauma dan memulihkan kesejahteraan psikologis mereka.

3. Kebutuhan Psikologis Trauma Kehamilan Sebelumnya



Pengalaman persalinan adalah momen yang berdampak sepanjang hidup bagi seorang perempuan. Namun, tidak semua pengalaman persalinan berjalan dengan lancar dan membawa kegembiraan. Beberapa perempuan mengalami trauma persalinan, yang dapat berdampak serius pada kesejahteraan psikologis mereka.

Trauma persalinan dapat menghasilkan dampak psikologis yang signifikan. Perempuan yang mengalami trauma persalinan mungkin mengalami gejala stres pasca trauma, seperti kilas balik, mimpi buruk, cemas yang berlebihan, dan ketidaknyamanan emosional yang berkepanjangan. Pengalaman ini dapat merusak kepercayaan diri, harga diri, dan gambaran positif tentang persalinan.

Trauma persalinan sering kali menciptakan tantangan psikologis yang rumit. Beberapa perempuan mungkin mengalami rasa takut dan cemas ketika menghadapi kehamilan atau persalinan berikutnya. Mereka juga dapat menghindari perawatan medis atau mempertimbangkan opsi kelahiran yang berbeda karena rasa trauma. Selain itu,



trauma persalinan dapat merusak hubungan dengan pasangan atau anggota keluarga lainnya.

Pendekatan pendukung yang holistik dan sensitif sangat penting bagi perempuan yang mengalami trauma persalinan. Konseling psikologis dan terapi dapat membantu perempuan mengatasi dampak psikologis trauma, seperti meringankan gejala stres pasca trauma dan membantu mereka mengembangkan strategi koping yang sehat. Mendiskusikan pengalaman dengan ahli kesehatan mental atau kelompok dukungan yang fokus pada trauma persalinan juga dapat membantu dalam pemulihan.

Meningkatkan kesadaran tentang dampak trauma persalinan dan mempromosikan pendidikan tentang persalinan yang positif dan mendukung adalah langkah penting dalam mengurangi dampak psikologis yang timbul akibat trauma persalinan. Mendukung pendekatan yang mengutamakan pengalaman persalinan yang empatik, diinformasikan, dan menghormati preferensi perempuan dapat membantu mencegah trauma persalinan yang tidak perlu.

Trauma persalinan dapat memiliki dampak yang serius pada kesejahteraan psikologis perempuan. Dengan mengakui dan memahami dampak ini, para profesional kesehatan dapat memberikan dukungan yang sensitif dan membantu perempuan mengatasi beban emosional yang diakibatkan oleh trauma persalinan. Melalui pendekatan yang mendukung dan pemahaman yang lebih dalam tentang kebutuhan psikologis perempuan, diharapkan perempuan dapat menghadapi pengalaman persalinan dengan lebih kuat dan positif.

a. Dukungan dan pemahaman

Perempuan yang mengalami trauma kehamilan sebelumnya membutuhkan dukungan emosional yang kuat dari orang-orang di sekitar mereka. Dukungan ini mencakup pendengaran yang empatik terhadap



pengalaman mereka, memahami perasaan yang muncul, dan memberikan ruang bagi mereka untuk berbicara tentang pengalaman traumatis tersebut.

b. Pemulihan emosional

Trauma kehamilan dapat meninggalkan bekas emosional yang mendalam. Perempuan memerlukan dukungan dalam proses pemulihan emosional, termasuk mengatasi perasaan cemas, takut, atau merasa tidak aman yang mungkin muncul akibat pengalaman tersebut.

c. Konseling atau terapi

Dalam beberapa kasus, konseling atau terapi psikologis dapat diperlukan untuk membantu perempuan mengatasi dampak psikologis dari trauma kehamilan. Profesional kesehatan mental dapat membantu mereka mengidentifikasi dan mengatasi gejala stres pasca trauma atau gangguan kecemasan yang mungkin muncul.

d. Pendekatan persalinan yang sensitif

Jika perempuan tersebut memutuskan untuk melahirkan lagi, mereka mungkin memiliki kebutuhan psikologis khusus terkait dengan proses persalinan. Mengkomunikasikan preferensi mereka kepada tim medis, memiliki rencana persalinan yang mendukung, dan merasa didukung dalam memilih metode persalinan yang sesuai dengan pengalaman sebelumnya adalah hal yang penting.

e. Dukungan keluarga dan pasangan

Pasangan dan keluarga memainkan peran penting dalam memberikan dukungan emosional kepada perempuan yang mengalami trauma kehamilan. Dukungan ini mencakup pengertian, ketulusan, dan kerja sama dalam mengatasi beban emosional yang mungkin muncul.

f. Pemulihan kesehatan mental secara keseluruhan

Trauma kehamilan dapat berdampak pada kesejahteraan mental secara umum. Oleh karena itu, perempuan memerlukan dukungan dalam menjaga kesehatan mental



mereka secara keseluruhan, termasuk menjaga pola tidur yang sehat, beraktivitas fisik yang bermanfaat, dan mengadopsi teknik relaksasi.

4. Penutup

Kehamilan adalah fase penting dalam kehidupan seorang perempuan yang dapat memberikan perubahan fisik, emosional, dan psikologis yang signifikan. Namun, kondisi seperti kehamilan akibat pemerkosaan, kekerasan dalam rumah tangga (KDRT), dan trauma persalinan sebelumnya dapat menyebabkan dampak psikologis yang serius. Dalam makalah ini, kita telah menjelajahi kebutuhan psikologis yang muncul dalam konteks kondisi-kondisi tersebut.

Kebutuhan psikologis perempuan yang mengalami kehamilan akibat pemerkosaan meliputi dukungan emosional, pemahaman, konseling, dukungan dalam pengambilan keputusan, dan perlindungan. Dalam kasus KDRT, perempuan memerlukan keamanan, konseling, dukungan kelompok, dan pemulihan emosional. Sementara itu, perempuan yang mengalami trauma persalinan sebelumnya memerlukan dukungan dalam pemulihan emosional, pendekatan persalinan yang sensitif, dukungan keluarga, dan pemulihan kesehatan mental.

Ketiga kondisi ini memberikan beban psikologis yang berat pada perempuan yang mengalami mereka. Oleh karena itu, dukungan empatik dari keluarga, teman, tenaga medis, dan profesional kesehatan mental sangat penting. Dengan memahami dan mengenali kebutuhan psikologis yang muncul, kita dapat memberikan dukungan yang lebih baik kepada perempuan yang menghadapi kondisi-kondisi tersebut.

Melalui pendekatan yang holistik, sensitif, dan berbasis bukti, kita dapat membantu perempuan mengatasi dampak psikologis yang timbul akibat kehamilan akibat pemerkosaan, KDRT, dan trauma persalinan sebelumnya. Kesadaran akan pentingnya perhatian terhadap kebutuhan



psikologis ini di kalangan tenaga medis, profesional kesehatan mental, dan masyarakat umum adalah langkah penting dalam memastikan kesejahteraan dan pemulihan yang optimal bagi perempuan yang mengalami kondisi-kondisi tersebut.

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

B. Kebutuhan Khusus pada Permasalahan Psikologi

1. Gangguan Mental

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

Depresi maternal merupakan gangguan mental yang dialami oleh wanita pada masa kehamilan dan pasca



melahirkan (Center for Disease Control and Prevention, 2017).

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

Klasifikasi gangguan mental dalam kehamilan:

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

Gangguan jiwa yang dapat terjadi pada kehamilan antara lain: gangguan afektif pada kehamilan, skizofrenia, gangguan cemas menyeluruh, gangguan panik tanda dan gejala:

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

Mengatasi gangguan mental dalam kebidanan penatalaksanaan depresi:

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



- c. Bersikap optimis namun tetap menghibur diselingi dengan canda agar tidak memperbesar rasa rendah diri dan tidak mampu.
 - d. Terapi dan konsultasi dengan dokter menggunakan metode *support group* ataupun psikoterapi juga dapat dilaksanakan secara rutin.
2. Riwayat Kehilangan dan Kematian

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

a. Jenis-jenis kehilangan:

- 1) Kehilangan objek eksternal, kehilangan lingkungan yang dikenal, kehilangan sesuatu atau individu yang berarti, kehilangan suatu aspek diri, misalnya kehilangan anggota tubuh dan fungsi psikologis atau fisik dan kehilangan hidup, misalnya kehilangan karena kematian anggota keluarga, teman dekat.
- 2) Kehilangan dapat menimbulkan kedukaan.
- 3) Dukacita adalah proses di mana seseorang mengalami respons psikologis, sosial dan fisik terhadap kehilangan yang dipersepsikan.
- 4) Respons ini dapat berupa keputusan, kesepian, ketidakberdayaan, kesedihan, rasa bersalah dan marah.
- 5) Proses dukacita memiliki sifat yang mendalam, internal, menyedihkan dan berkepanjangan.

b. Tahap berduka

Proses dukacita sebagai suatu proses yang melalui empat tahap:

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



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

Menghadapi Kehilangan dan Kematian bagi petugas Layanan Kesehatan

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



Mempertahankan kehadiran yang penuh perhatian dapat dilakukan dengan menggunakan bahasa tubuh terbuka seperti berdiri atau duduk dengan lengan ke bawah dan berhadapan dengan klien serta mempertahankan kontak mata yang cukup, terutama ketika klien berbicara.

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

Kehamilan yang tidak diinginkan adalah kehamilan yang dialami oleh seorang perempuan yang sebenarnya belum menginginkan hamil (KBBI, 2012). Kehamilan yang tidak diinginkan merupakan suatu kondisi di mana pasangan tidak menghendaki adanya proses kelahiran akibat dari kehamilan, merupakan akibat dari perilaku seksual yang disengaja maupun yang tidak disengaja. Hal ini bisa dialami oleh pasangan yang sudah menikah maupun yang belum menikah. WHO menyatakan kasus aborsi di Indonesia mencapai 750.000 sampai 1,5 juta terjadi di Indonesia, di mana 2.500 di antaranya berakhir dengan kematian. Angka aborsi di Indonesia diperkirakan mencapai 2,3 juta per tahun. Sekitar 750.000 di antaranya dilakukan oleh remaja. (Medical Journal, Soetjiningsih, 2004). Fakta kasus KTD di Bali: 88 %



terjadi pada usia 10-24 tahun, 11,9 % pada usia 21 tahun ke atas. Angka kematian ibu meningkat menjadi 420/100.000 kelahiran hidup dari tahun sebelumnya (2007) yaitu 302/100.000 kelahiran hidup. Sebanyak 30 -50 % disebabkan aborsi tidak aman akibat kehamilan tidak diinginkan atau tidak direncanakan.

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



- a. Permasalahan pada kehamilan yang tidak dikehendaki

Kalangan remaja

Kehamilan yang tidak dikehendaki biasanya terjadi pada remaja akibat hubungan yang terlampau bebas, tetapi juga pada wanita yang telah menikah sebagai akibat dari kegagalan kontrasepsi dan penolakan pada jenis kelamin bayi yang ia kandung. Remaja bisa bilang kalau seks bebas pranikah itu aman untuk dilakukan. Akan tetapi, bila remaja melihat, memahami ataupun merasakan akibat dari perilaku itu, ternyata hasilnya lebih banyak merugikan. Salah satu risiko dari seks pranikah atau seks bebas itu adalah kehamilan yang tidak di harapkan (KTD). Kehamilan yang tidak di rencanakan sebelumnya bisa merampas “kenikmatan” masa remaja yang seharusnya di nikmati oleh remaja laki-laki maupun perempuan. Walaupun kehamilan itu sendiri dirasakan langsung oleh perempuan, tetapi remaja pria juga akan merasakan dampaknya karena harus bertanggung jawab. Ada dua hal yang bisa dan biasa dilakukan remaja jika mengalami kehamilan tidak diinginkan (Kartini, 1992):

1) Mempertahankan kehamilan

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



diri, bersalah atau berdosa, depresi atau tertekan, pesimis dan lain-lain.

2) Mengakhiri kehamilan (Aborsi)

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

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

- b. Tanda dan gejala gangguan psikologis pada wanita dengan kehamilan yang tidak dikehendaki
- 1) Pada kehamilan yang tidak dikehendaki, wanita merasa bahwa janin yang dikandungnya bukanlah bagian dari dirinya dan berusaha untuk mengeluarkan dari tubuhnya melalui tindakan seperti aborsi.
 - 2) Beberapa wanita bersikap aktif-agresif mereka sangat marah dan dendam pada kekasih atau suaminya serta merasa sanggup menanggung konsekuensi dari tindakannya. Selain itu, calon bayinya dianggap sebagai beban dan malapetaka bagi dirinya.
- c. Gambaran psikologis klien dengan kehamilan yang tidak dikehendaki
- Kehamilan, di samping memberi kebahagiaan yang luar biasa, juga sangat menekan jiwa sebagian besar wanita.



Pada beberapa wanita dengan perasaan ambivalen mengenai kehamilan, stres mungkin meningkat. Respons terhadap *stress* mungkin dapat terlihat bervariasi yang tampak atau tidak tampak. Sebagai contoh, sebagian besar wanita mengkhawatirkan apakah bayinya normal.

Pada mereka yang memiliki janin dengan risiko tinggi untuk kelainan bawaan, stres meningkat. Selama kehamilan dan terutama mendekati akhir kehamilan, harus dibuat rencana untuk perawatan anak dan perubahan gaya hidup yang akan terjadi setelah kelahiran. Pada sejumlah wanita, takut terhadap nyeri melahirkan sangat menekan jiwa. Pengalaman kehamilan mungkin dapat diubah oleh komplikasi medis dan obstetri yang dapat terjadi.

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

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

- 1) Depresi: beban psikologis, ekonomi, tuntutan suami, pekerjaan.
- 2) *Stress*, cemas, merasa rendah diri, malu karena telah hamil di luar nikah, membunuh janin dll.
- 3) Kurang percaya diri: tidak bisa mengambil keputusan,
- 4) Perasaan dosa, ketakutan, bunuh diri: moral, agama



- 5) Penyalahgunaan obat terlarang
 - 6) Kekerasan dalam rumah tangga, penelantaran anak pada ibu dengan riwayat aborsi
- d. Efek buruk kehamilan tidak diinginkan
Kehamilan yang tidak diinginkan selalu berakhir dengan aborsi tidak aman dan melalui rangkaian:
- 1) Minum jamu;
 - 2) Minum obat;
 - 3) Dipijit ke dukun pijat;
 - 4) Makan makanan tertentu/minum;
 - 5) Ke klinik ilegal;
 - 6) Memiliki anak yang tidak sehat/cacat;
 - 7) Meninggal akibat perdarahan;
 - 8) Keguguran pada kehamilan berikutnya;
 - 9) Kelahiran prematur atau plasenta previa pada kehamilan berikutnya;
 - 10) Selain itu juga berisiko hilangnya kesempatan untuk mendapat pendidikan formal;
 - 11) Adanya potensi kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) dan penelantaran anak juga telah menjadi isu akibat dari aborsi.
- e. Peran bidan untuk mengurangi kasus kehamilan tidak diinginkan:
- 1) Memberikan pendidikan kesehatan reproduksi di sekolah;
 - 2) Dukungan keluarga dengan cara berkomunikasi yang baik dengan anak sehingga dapat menanamkan tentang kesehatan reproduksi;
 - 3) Perlunya lembaga di masyarakat yang mengayomi kebutuhan remaja akan hak reproduksinya, contohnya klinik remaja;
 - 4) Adanya dukungan pemerintah meliputi penyuluhan dari BKKBN bekerja sama dengan LSM yang bergerak dibidang ini;



- 5) Adanya tanggung jawab bersama dalam melindungi kesehatan reproduksi di keluarga;
 - 6) Adanya kesediaan di layanan bidan praktik untuk memberikan informasi yang jelas dan akurat.
- f. Pengelolaan gangguan psikologis pada kehamilan yang tidak diinginkan

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

Peran konseling menjadi penting karena berguna untuk:

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



BAB 4

KEBUTUHAN KHUSUS MASALAH GEOGRAFI

(Posisi Lingkungan, Lingkungan Dataran Tinggi dan Dataran Rendah)

LINGKUNGAN BERPOLUSI

A. Bahaya Polusi Udara pada Anak dan Cara Mencegahnya

Polusi udara tak hanya dapat merusak lingkungan, tetapi juga dapat mengganggu kesehatan. Setiap orang berisiko terkena dampak buruk polusi ini, terutama anak-anak. Ketahui apa saja bahaya polusi udara pada anak dan bagaimana cara mencegahnya. Indonesia merupakan salah satu negara penghasil polusi udara terbesar di dunia. Polusi tersebut berasal dari berbagai sumber, mulai dari asap kendaraan bermotor, pembakaran hutan dan sampah, asap pabrik dan industri, hingga asap rokok. Akibat polusi di udara, banyak orang mengalami gangguan kesehatan, tak terkecuali anak-anak, khususnya anak usia di bawah 2 tahun. Hal ini karena mereka belum memiliki sistem kekebalan tubuh yang cukup kuat untuk bisa melawan kuman atau zat berbahaya penyebab



penyakit. Selain itu, anak-anak juga rentan terkena dampak polusi udara karena laju pernapasan mereka lebih cepat daripada laju pernapasan orang dewasa, sehingga polusi yang mereka hirup bisa lebih banyak.

1. Meningkatnya Risiko Infeksi pada Anak Akibat Paparan Polusi

Polusi memang sudah menjadi permasalahan pelik di setiap negara sejak dulu. Riset berskala internasional yang digelar pada tahun 2018 menemukan bahwa Indonesia berada di peringkat ke-11 dalam daftar negara yang paling banyak menghasilkan polusi udara di dunia, dengan Jakarta sebagai kota paling berpolusi. Pernyataan tersebut diperjelas oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Dalam pernyataannya, Kemenkes RI menjelaskan bahwa kebanyakan polusi tersebut berasal dari penggunaan bahan bakar fosil, seperti bensin.

Hal yang perlu diwaspadai adalah bahaya polusi udara bisa menyerang siapa saja. Pada anak-anak, masalah kesehatan yang dapat terjadi akibat polusi udara sangat beragam dan bisa berakibat fatal. Salah satu penyakit yang paling sering menimpa anak-anak adalah infeksi saluran pernapasan, seperti ISPA dan pneumonia. Penyakit infeksi ini juga berkaitan dengan polusi, karena udara yang kotor bisa mempermudah penyebaran kuman dan virus penyebab infeksi. Selain gangguan pernapasan, anak-anak yang sering terpapar polusi udara juga rentan mengalami gangguan tumbuh kembang dan gangguan belajar.

Pada tahun 2016, infeksi saluran pernapasan terkait paparan polusi telah merenggut kurang lebih 600.000 nyawa anak-anak di seluruh dunia. Angka ini diperkirakan akan bertambah, mengingat temuan lain menunjukkan bahwa sekitar 1,8 miliar anak-anak di seluruh dunia terpapar polusi setiap harinya.



2. Menjauhkan Buah Hati dari Bahaya Polusi

Untuk mengurangi risiko si kecil terkena masalah kesehatan akibat polusi, bunda dan ayah dapat melakukan beberapa tips berikut ini:

a. Batasi penggunaan alat dan produk yang menimbulkan polusi

Mungkin bunda dan ayah tidak sadar bahwa ada banyak produk yang biasa ada di rumah ternyata merupakan sumber polusi udara. Beberapa di antaranya adalah obat nyamuk, pembersih lantai yang baunya menyengat, atau bahkan pengharum ruangan.

Untuk meminimalkan paparan polusi udara pada si kecil, batasi penggunaan produk-produk tersebut. Jika hendak menggunakannya, gunakanlah di ruangan lain yang jarang ditempati si kecil.

b. Gunakan AC dan penyaring udara (*air purifier*)

Bunda dan ayah sering mengajak si kecil bepergian dengan mobil? Jika iya, pastikan pendingin udara mobil dihidupkan, ya. Buat suhunya tidak terlalu dingin dan tidak terlalu panas, yaitu antara 23–26° Celsius.

Bila perlu, pasang pembersih udara (*air purifier*) agar dapat menyaring polusi yang mungkin ada di dalam mobil. Bila memungkinkan, gunakan juga alat pembersih udara di rumah, terutama di ruangan yang sering ditempati si kecil, misalnya kamar tidur dan ruang bermainnya.

c. Jauhi asap rokok

Asap rokok merupakan jenis polusi udara yang paling banyak ditemui, tak hanya di tempat-tempat umum, tapi juga di dalam rumah. Jika ada anggota keluarga di rumah yang merokok, cara terbaik untuk menghindari Si Kecil dari bahaya asap rokok adalah dengan menghentikan kebiasaan tersebut atau meminta mereka untuk merokok di luar rumah.



- d. Jaga kebersihan dan letakkan tanaman penyerap polusi di dalam rumah

Cara mencegah polusi yang alami, terjangkau, dan praktis adalah meletakkan tanaman di dalam rumah. Beberapa jenis tanaman tak hanya dapat mempercantik ruangan, tapi juga bisa menyerap polusi udara di rumah. Contoh tanaman yang dimaksud adalah lili paris, pohon *Dracaena*, dan bunga krisan.

Cara lain yang bisa dilakukan untuk menjauhkan anak dari bahaya polusi adalah:

- 1) Pasangkan masker ke wajah anak saat bepergian ke luar rumah.
 - 2) Cuci tempat tidur anak sekali seminggu dengan air panas dan detergen khusus anak.
 - 3) Jangan meletakkan barang-barang yang dapat menyimpan kotoran, seperti sepatu dan karpet, di kamar tidur anak atau di tempat lain yang banyak digunakan anak untuk beraktivitas.
 - 4) Pasang kipas *hexos* di kamar mandi dan dapur.
 - 5) Rapikan dan bersihkan rumah secara teratur.
 - 6) Hindari membuang sampah sembarangan.
- e. Cukupi kebutuhan nutrisi si kecil

Di samping cara-cara di atas, bunda dan ayah juga perlu memastikan kebutuhan nutrisi si kecil terpenuhi. Beragam asupan nutrisi, seperti protein, lemak baik, seperti omega-3 dan omega-6, serta prebiotik FOS: GOS, memiliki peran penting dalam mendukung tumbuh kembang dan kemampuan berpikir si kecil serta memperkuat sistem imunitas tubuhnya agar lebih kuat melawan penyakit. Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi tersebut, Bunda dapat memberikan si kecil ASI beserta makanan sehat yang bergizi seimbang ketika ia sudah bisa makan makanan padat. Nutrisi penting ini juga bisa bunda dapatkan dari susu pertumbuhan anak dengan formulasi khusus. Agar tumbuh kembang dan kondisi kesehatan si



kecil senantiasa baik, bunda perlu menjauhkannya dari polusi serta mencukupi asupan nutrisi si kecil dengan memberikannya makanan yang kaya akan nutrisi penting seperti omega-3, omega-6, dan prebiotik FOS: GOS.

B. Lingkungan Dataran Tinggi dan Rendah

1. Perbedaan karakter dataran rendah, dataran tinggi dan pantai

Penampakan alam di Indonesia terbentang luas dari Sabang hingga Merauke. Penampakan alam mudah ditemui di Indonesia karena memiliki berbagai macam keberagaman alam yang menarik. Penampakan alam juga disebut sebagai bentang alam. Penampakan alam ini terbentuk secara alami dan berada di atas permukaan bumi, baik di wilayah daratan maupun di wilayah perairan. Beberapa contoh dari penampakan alam adalah dataran tinggi, dataran rendah dan juga pantai. Ketiga penampakan alam ini mempunyai ciri-ciri dan karakteristiknya masing-masing. Perbedaan ini terletak dari ciri-ciri lingkungan, aktivitas penduduk maupun sumber daya alam yang tersedia.

a. Dataran rendah



Daerah dataran rendah memiliki permukaan yang lapang, datar, landai dan juga rata. Dataran rendah sering kali ditemui di dekat pantai. Maka karena itu pula, udara yang terletak di dataran rendah relatif tidak terlalu dingin.



Dataran rendah memiliki suhu yang normal, artinya tidak terlalu panas namun juga tidak terlalu dingin.

Lokasi dari dataran rendah berada pada ketinggian 0-200 meter di atas permukaan laut. Memiliki keadaan alam dengan dataran yang datar dan juga rata, membuat dataran rendah kerap dijadikan tempat pembangunan industri dan juga pemukiman warga.

Selain itu, sumber daya alam yang paling umum ditemukan pada dataran rendah adalah pertanian. Dataran rendah memiliki tanah yang bagus dan kondisi yang baik, sehingga tidak heran bahwa terdapat berbagai macam tumbuhan yang tumbuh dengan subur.

b. Dataran tinggi



Daerah dataran tinggi terletak di lokasi yang dekat dengan pegunungan dengan ketinggian mencapai 500 meter di atas permukaan laut. Tidak seperti dataran rendah, ciri-ciri dari dataran tinggi memiliki permukaan alam yang bergelombang dan juga berbukit. Dataran tinggi juga disebut sebagai plato karena mencapai ketinggian 700 meter di atas permukaan laut.

Selain itu, karena dekat dengan pegunungan maka dataran tinggi memiliki suhu yang cukup dingin. Sumber mata air dan juga perkebunan menjadi salah satu sumber daya alam yang terdapat pada dataran tinggi.



Kerap dijadikan sumber mata pencaharian oleh masyarakat dengan perkebunan, terdapat beberapa contoh perkebunan yang cocok untuk tumbuh di dataran tinggi. Beberapa perkebunan tersebut terdiri dari, kebun apel, kebun teh, kebun kopi, kebun stroberi hingga tembakau. Selain dimanfaatkan untuk perkebunan, dataran tinggi juga kerap dimanfaatkan untuk pertanian ataupun menjadi tempat wisata.

c. Pantai



Daerah pantai berbatasan langsung dengan lautan. Kawasan pantai memiliki ciri-ciri lingkungan yang berpasir. Memiliki kawasan yang dekat dengan lautan, maka tidak heran apabila setiap berkunjung ke pantai Mama akan menemukan berbagai macam hewan laut dan daratan seperti kepiting, kura-kura, udang dan berbagai hewan lainnya.

Berbagai macam hewan dari laut ini kerap dimanfaatkan sebagai bahan pangan yang dapat dikonsumsi oleh masyarakat. Selain dikonsumsi, hewan-hewan ini juga kerap dijadikan sebagai obat-obatan bahkan vitamin. Hal ini karena hewan-hewan tersebut memiliki kandungan yang bermanfaat bagi tubuh.

Tidak hanya hewan, di pantai juga dapat ditemukan berbagai jenis tanaman yang tumbuh dan memiliki akar yang bagus. Akar dari tanaman ini nantinya memiliki



fungsi untuk dapat beradaptasi pada wilayah yang sering mengalami pasang surut air laut. Sama seperti hewan, tumbuhan yang hidup di daerah pantai juga dapat dikonsumsi dan dimanfaatkan untuk kesehatan, seperti rumput laut. Tidak hanya itu, pantai juga kerap dijadikan sebagai destinasi wisata yang dapat dikunjungi oleh para wisatawan.

Pantai merupakan salah satu tempat pilihan wisata yang dapat melepas penat dengan bersantai serta menghabiskan waktu libur sambil menikmati keindahan dari lautan. Adanya berbagai macam manfaat yang dapat ditemukan dari sumber daya alam yang satu ini, membuat warga sekitar juga ikut merasakan dampaknya dalam mencari mata pencaharian.

Mata pencaharian yang sering dilakukan oleh para masyarakat sekitar adalah sebagai nelayan. Hewan laut yang mereka dapatkan pun dapat mereka perjual belikan maupun dikonsumsi bersama keluarga. Nah, itulah perbedaan ciri dan karakteristik yang terdapat pada dataran tinggi, dataran rendah dan juga pantai.

d. Lingkungan radiasi

Sumber radiasi di lingkungan secara alami dapat berasal dari sinar kosmik (angkasa luar) dan peluruhan radioaktif di permukaan bumi. Atmosfer bumi dapat mengurangi radiasi kosmik yang diterima oleh manusia. Tingkat radiasi dari sumber kosmik ini bergantung kepada ketinggian, yaitu radiasi yang diterima akan semakin besar apabila posisinya semakin tinggi. Radiasi di permukaan bumi berasal dari zat radioaktif yang sudah ada sejak awal terbentuknya bumi dan tersimpan di lapisan kerak bumi. Pada saat meluruh, zat radioaktif tersebut menghasilkan energi atau radiasi berupa partikel alfa dan beta, serta sinar (atau gelombang) gamma. Gas radon merupakan sumber radiasi alfa yang



paling banyak di alam dan terbesar yang diterima manusia.

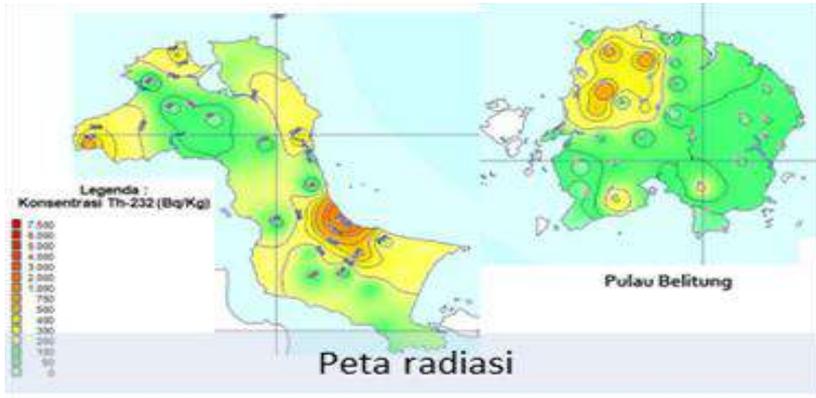
2. Bagaimana manusia terpapar radiasi?



Radon merupakan gas radioaktif yang muncul dari bebatuan dan tanah serta menyebar ke udara dalam rumah maupun tempat pertambangan bawah tanah. Sumber paparan radon dalam rumah berasal dari infiltrasi tanah, air tanah, serta material bangunan dengan radioaktivitas tinggi. Radiasi radon dalam bentuk partikel dapat masuk ke dalam media udara atau menempel di dalam debu sehingga dapat terhirup oleh manusia, juga dapat masuk ke air tanah dan tanaman pangan sehingga dapat tertelan oleh manusia. Gas radon apabila terhirup oleh manusia akan mengalami proses ionisasi dalam tubuh, khususnya di sel epitel paru. Kebiasaan merokok meningkatkan potensi gas radon yang mengakibatkan kanker pada sistem pernapasan.



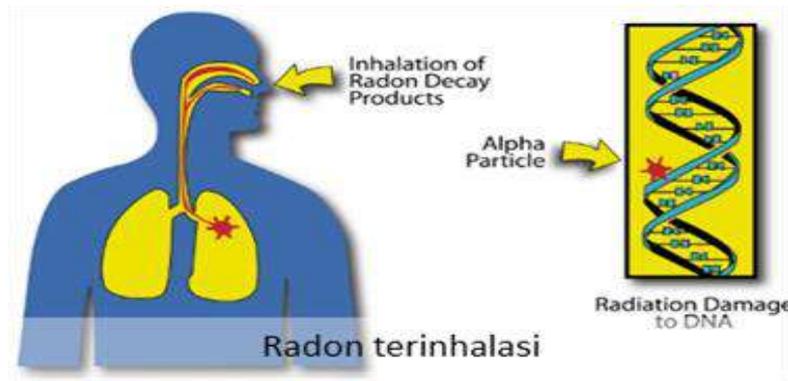
3. Di mana lokasi dengan tingkat radiasi tinggi?



Beberapa wilayah di dunia memiliki tingkat radiasi alam yang sangat tinggi, seperti di daerah Ramsar-Iran, Guarapari-Brasil, Kelahar-India, dan Cina. Di Indonesia juga terdapat beberapa wilayah yang memiliki besar radiasi alam yang sangat tinggi. Biak, Maluku adalah daerah dengan konsentrasi Ra226 tertinggi mencapai 7500 Bq/kg (rerata nasional 33 Bq/kg). Mamuju, Sulawesi Barat merupakan daerah dengan konsentrasi Th232 tertinggi mencapai 3400 Bq/kg (rerata nasional 45 Bq/kg) dan konsentrasi K40 tertinggi mencapai 1500 Bq/kg (rerata nasional 142 Bq/kg). Laju dosis radiasi gamma lingkungan tertinggi terdapat di Mamuju, Sulawesi Barat mencapai 10.000 nSv/jam (rerata nasional 56 nSv/jam).



4. Apa dampak radiasi terhadap manusia?



Paparan radiasi pada tubuh manusia dapat mengionisasi molekul atau sel dan efek pada tubuh manusia akibat terpapar radiasi bergantung pada dosis radiasi yang diterima. Menurut Badan peneliti radiasi PBB (UNSCEAR), rata-rata dosis efektif radiasi per tahun yang diterima manusia dari alam adalah 2,4 mSv, terdiri dari radiasi kosmik (0,4 mSv), gamma (0,5 mSv), radon (1,2 mSv) dan radiasi internal (0,3 mSv). Pada paparan akut dengan dosis tinggi, efek radiasi dapat menyebabkan kematian sel, gangguan fungsi jaringan dan organ tubuh, bahkan kematian, hal ini disebut dengan efek deterministik. Radiasi juga menyebabkan terbentuknya sel baru yang tidak normal dan berpotensi kanker pada individu yang terpapar atau penyakit yang diturunkan pada keturunan, hal ini disebut dengan efek stokastik. Badan energi nuklir dunia (IAEA) menggolongkan radiasi sebagai zat karsinogenik, artinya radiasi pada dosis serendah berapa pun yang diterima manusia akan menyebabkan efek terhadap sel dan jaringan yang berpotensi kanker. Target organ paparan gas radon adalah sel epitel paru, sehingga dampak kesehatan akibat paparan gas radon adalah kanker paru. Namun tubuh manusia memiliki kemampuan mentoleransi paparan radiasi dan radioaktivitas yang ada di alam.



5. Bagaimana cara mengukur radiasi?



Badan kesehatan dunia (WHO) merekomendasikan batas referensi paparan radon di udara pemukiman yang tidak menimbulkan efek kesehatan sebesar maksimal 100 Bq/m^3 . Pada wilayah khusus yang memiliki radiasi latar belakang tinggi (*High Background Radiation Area, HBRA*) direkomendasikan batas referensi paparan radon di udara pemukiman yang tidak menimbulkan efek kesehatan maksimal 300 Bq/m^3 (atau setara dengan 10 mSv/tahun). Pengukuran radon dan radiasi gamma lingkungan mudah dilakukan, tetapi memerlukan prosedur standar untuk menjamin akurasi dan presisi dari suatu pengukuran. Pengukuran radon bisa dilakukan pada jangka pendek dan juga jangka panjang tetapi pengukuran radon secara terus menerus dalam jangka panjang lebih dapat diandalkan. Untuk radiasi gamma pengukuran sesaat bisa dipakai untuk memperkirakan dosis radiasi yang diterima dalam setahun.



6. Bagaimana cara mengamankan bangunan dari radiasi?



Paparan radon terbesar terjadi di tempat tinggal dan bangunan yang memungkinkan masyarakat terpapar untuk periode waktu yang lama seperti sekolah, fasilitas umum, dan penginapan. Kontribusi berbagai sumber radon adalah seperti masuknya gas dari tanah akibat perbedaan tekanan, pancaran radon dari bahan bangunan, dan radon dalam air. Mekanisme transpor radon yang paling penting adalah melalui aliran udara karena perbedaan tekanan udara (adveksi) dari tanah ke ruang yang ditempati dan perbedaan konsentrasi gas radon (difusi). Perbedaan tekanan udara antara tanah dan ruangan adalah penyebab utama masuknya radon sehingga strategi untuk menurunkan dalam ruangan dilakukan dengan membalikkan perbedaan tekanan tersebut. Hal ini umumnya dicapai dengan dua cara, yaitu: penurunan tekanan tanah secara aktif (menggunakan kipas angin) atau penurunan tekanan tanah secara pasif (tanpa menggunakan kipas angin).



7. Apa saja kiat hidup sehat dengan radiasi?



Menambah luas ventilasi rumah dengan memastikan minimal luas ventilasi 10 % dari luas lantai. Selalu membuka jendela setiap hari. Memperbaiki dinding atau lantai yang retak. Menampung air dalam wadah untuk keperluan sehari-hari. Tidak tidur di lantai tanpa alas. Tidak merokok di dalam rumah. Tidak menggunakan bahan bangunan dengan radioaktivitas tinggi di dalam rumah/bangunan. Bila memperbaiki rumah, disarankan agar di bawah lantai perlu diberi bambu yang sudah dihilangkan buku-bukunya sehingga gas radon dan thoron dapat mengalir melalui bambu. Bila membangun rumah baru, disarankan untuk membangun jenis rumah panggung dan terbuat dari bahan-bahan yang kadar radionuklida alamnya rendah.



BAB 5

KEBUTUHAN KHUSUS MASALAH RADIASI TERHADAP TENAGA KESEHATAN

Berdasarkan Undang-undang Nomor 10 Tahun 1997, istilah “ketenaganukliran” pada dasarnya mengacu bahan nuklir, zat radioaktif, dan/atau sumber radiasi lainnya. Bahan nuklir (seperti ^{235}U dan ^{239}Pu) digunakan untuk bahan bakar pada pembangkit listrik tenaga nuklir (PLTN) untuk memproduksi energi listrik. Sementara itu, zat radioaktif (seperti ^{60}Co dan ^{192}Ir) dan/atau sumber radiasi lainnya (seperti pesawat sinar X atau LINAC, akselerator linier) telah dimanfaatkan di berbagai bidang terutama medis, industri, dan pertanian.

Ketiga sumber radiasi tersebut memiliki satu kesamaan, yaitu sama-sama memancarkan radiasi pengion yang dapat menghasilkan ion dari suatu atom pada materi yang dilintasinya. Radiasi pengion ini dapat berbentuk partikel atau gelombang dengan energi yang tinggi. Beberapa contoh radiasi pengion ialah partikel alfa, partikel beta, sinar gamma, sinar X, dan neutron.

Selain radiasi pengion, sebenarnya ada satu bentuk radiasi lain yang disebut sebagai radiasi non pengion. Berbeda dengan



radiasi pengion, radiasi non pengion tidak memiliki energi yang cukup untuk mengionisasi atom dari materi yang dilintasinya. Beberapa contoh radiasi non pengion adalah cahaya tampak, gelombang radio, *microwave*, dan ultraviolet.

Setiap jenis radiasi tersebut memiliki kemampuan menembus materi yang berbeda satu sama lain. Karena kemampuannya untuk menembus materi ini, radiasi telah banyak diaplikasikan di berbagai bidang untuk meningkatkan taraf hidup manusia. Aplikasi terbanyak adalah di bidang medis, terutama di rumah sakit, disusul oleh industri, riset, pertanian, dan energi. Selain membawa manfaat yang sangat besar, diketahui pula bahwa aplikasi ketenaganukliran memiliki efek yang berbahaya bagi kesehatan manusia. Efek radiasi dapat berupa deterministik maupun stokastik. Efek deterministik merupakan efek yang dapat terjadi pada suatu organ atau jaringan tubuh tertentu yang menerima radiasi dengan dosis tinggi, sedangkan efek stokastik merupakan efek akibat penerimaan radiasi dosis rendah di seluruh tubuh yang baru diderita oleh orang yang menerima dosis setelah selang waktu tertentu atau oleh turunannya.

Dengan adanya kedua jenis efek yang berbahaya ini, setiap aplikasi radiasi harus diatur dan diawasi melalui suatu sistem pengawasan keselamatan yang ketat agar aplikasi tersebut tidak membahayakan nyawa, harta benda, dan lingkungan hidup. Sistem pengawasan tersebut diberikan oleh proteksi dan keselamatan radiasi yang merupakan gabungan aplikasi praktis dari berbagai disiplin ilmu seperti fisika, kimia, biologi, dan juga dari ilmu medis.



A. Radiasi terhadap Tenaga Kesehatan



Radiasi merupakan unsur penting dalam kehidupan di dunia ini, dan menjadi bagian dari kehidupan itu sendiri. Ada dua sumber utama sumber radiasi di dunia ini, yaitu sumber radiasi alami dan sumber radiasi buatan. Radiasi alami merupakan radiasi yang telah ada di bumi ini dengan sendirinya tanpa campur tangan manusia.

Radiasi alami terdiri atas radiasi kosmik: radiasi yang berasal dari luar angkasa termasuk matahari, radiasi primordial: radiasi yang berasal dari dalam bumi sendiri, dan radiasi internal: radiasi yang telah ada di dalam tubuh manusia sejak dilahirkan, dan juga yang masuk ke dalam tubuh manusia secara ingesi (penelanan), inhalasi (penghirupan), atau luka terbuka. Radiasi buatan adalah sumber radiasi yang dengan sengaja dibuat oleh manusia untuk berbagai kepentingan, termasuk kepentingan militer (senjata nuklir), kedokteran (radiodiagnostik, radio terapi dan kedokteran nuklir), pembangkitan listrik (PLTN), dan lain-lain.

Interaksi radiasi dengan tubuh manusia akan mengakibatkan terjadinya efek kesehatan. Efek kesehatan ini, yang dimulai dengan peristiwa yang terjadi pada tingkat molekuler, akan berkembang menjadi gejala klinis. Sifat dan keparahan gejala, dan juga waktu kemunculannya, sangat



bergantung pada jumlah dosis radiasi yang diserap dan laju penerimaannya.

Dasar untuk mengendalikan pajanan kerja pada pekerja wanita yang tidak hamil sama seperti untuk pekerja laki-laki. Namun, jika seorang pekerja wanita telah menyatakan dirinya hamil, pengendalian tambahan harus dipertimbangkan untuk melindungi embrio/janin. Metode proteksi di tempat kerja bagi pekerja yang sedang hamil adalah mirip dengan yang diberikan untuk anggota masyarakat.

Kondisi kerja pekerja hamil Pembatasan dosis ke embrio/janin tidak berarti bahwa pekerja hamil harus menghindari bekerja dengan radiasi atau bahan radioaktif sepenuhnya, atau harus dicegah untuk memasuki atau bekerja di daerah kerja radiasi. Namun, manajemen tempat kerja memang harus hati-hati meninjau kondisi pajanan dari pekerja hamil. Jika diperlukan, kondisi kerja pekerja hamil harus diubah sedemikian rupa sehingga, selama kehamilan, kemungkinan terjadinya dosis kecelakaan atau masukan radionuklida ke dalam tubuh menjadi sangat rendah. Untuk melindungi embrio/janin atau bayi, pekerja wanita yang telah menyatakan bahwa mereka sedang hamil atau menyusui tidak boleh terlibat dalam tindakan darurat yang melibatkan dosis radiasi yang tinggi (Raidanti, 2020).



B. Proteksi dan Keselamatan Radiasi pada Kedokteran Nuklir



1. Sumber Daya Manusia dan Peralatan

Sumber daya manusia yang diperlukan pada suatu fasilitas kedokteran nuklir berbeda antara fasilitas kedokteran nuklir diagnostik *in vitro* dan fasilitas kedokteran nuklir *in vivo* dan/atau penelitian medis klinis dan terapi. Selain itu, peralatan yang dibutuhkan juga berbeda antara peralatan pada prosedur kedokteran nuklir diagnostik dan kedokteran nuklir terapi.

- a. Sumber daya manusia, karena kegiatan yang dilakukan cukup sederhana, suatu fasilitas kedokteran nuklir diagnostik *in vivo* hanya membutuhkan analis kesehatan dan PPR. Sementara itu, fasilitas kedokteran nuklir *in vivo* dan/atau penelitian medis klinis dan penggunaan kedokteran nuklir terapi membutuhkan sumber daya manusia paling kurang meliputi dokter spesialis kedokteran nuklir, fisikawan medis, PPR, *radiofarmasis*, *radiografer*, dan perawat.
- b. Peralatan, semua prosedur kedokteran nuklir melibatkan pemberian radionuklida dan/atau *radiofarmaka* kepada pasien. Untuk prosedur kedokteran nuklir diagnostik, distribusi *radiofarmaka* pemancar foton dalam tubuh manusia dapat dicitrakan dengan beberapa modalitas



yang berbeda, seperti pencitraan planar (termasuk pencitraan sekujur) atau *single photon emission computerized tomography* (SPECT). Untuk pemancar positron, deteksi foton anihilasi memungkinkan dilakukannya pencatatan distribusi spasial 3D dari *radiofarmaka* menggunakan positron *emission tomography* (PET). Detektor yang digunakan pada SPECT atau PET biasa disebut sebagai kamera gamma. Dalam pencitraan hibrida, SPECT dan PET digabungkan dengan modalitas berbasis sinar X, seperti pada *PET computerized tomography* (PETCT, SPECTCT, baru-baru ini juga dengan *magnetic resonance imaging* (MRI), seperti pada PETMRI). Selain itu, probe dapat digunakan untuk lokalisasi *intraoperatif* tumor dan kelenjar getah bening atau kebocoran dan untuk pengukuran serapan pada organ tertentu, seperti tiroid atau paru-paru. Dalam kedokteran nuklir terapi, kegiatan terapeutik *radiofarmaka* yang biasanya dilakukan dengan label radionuklida pemancar beta dan/atau gamma kini juga dilakukan dengan label pemancar alfa. Selain itu, terapi dengan elektron auger saat ini juga tengah dikembangkan. Untuk mengurangi masalah pengangkutan, beberapa instalasi kedokteran nuklir juga memiliki fasilitas siklotron untuk memproduksi radionuklida di tempat.

2. Perlengkapan Proteksi Radiasi

Perlengkapan proteksi radiasi yang diperlukan untuk fasilitas kedokteran nuklir diagnostik *in vivo* cukup berbeda dengan yang diperlukan untuk fasilitas kedokteran nuklir diagnostik *in vivo* dan/atau penelitian medis klinis dan penggunaan kedokteran nuklir terapi. Perbedaan disebabkan oleh sifat pekerjaannya yang tidak sama.

- a. Kedokteran nuklir diagnostik *in vitro*, mengingat kegiatan dalam penggunaan kedokteran nuklir diagnostik *in vivo* tidak terlalu rumit, perlengkapan proteksi radiasi yang



diperlukan cukup survei meter dan/atau monitor kontaminasi serta pemantau dosis perorangan.

b. Kedokteran nuklir diagnostik *in vivo* dan/atau penelitian medis klinis dan penggunaan kedokteran nuklir terapi, kegiatan dalam penggunaan kedokteran nuklir diagnostik *in vivo* dan/atau penelitian medis klinis dan penggunaan kedokteran nuklir terapi cukup bervariasi karena melibatkan penyiapan *radiofarmaka* dalam bentuk cair. Untuk itu, perlengkapan proteksi radiasi yang diperlukan minimal adalah:

- 1) Surveymeter;
- 2) Monitor kontaminasi;
- 3) Monitor perorangan;
- 4) Kontener;
- 5) Tabung suntik yang diberi perisai radiasi;
- 6) Apron;
- 7) Jas laboratorium;
- 8) Peralatan proteksi pernafasan;
- 9) Sarung tangan;
- 10) 10) Pelindung organ;
- 11) *Glove box*;
- 12) Alat penjepit; dan/atau
- 13) Monitor area.

Untuk kedokteran nuklir terapi, peralatan tersebut perlu ditambah dengan dosimeter perorangan baca langsung dan monitor area di ruang penyiapan dan penyimpanan radionuklida dan/atau *radiofarmaka*.



3. Pedoman Umum Proteksi dan Keselamatan Radiasi



Beberapa pedoman umum proteksi dan keselamatan radiasi kedokteran nuklir, yang harus dipatuhi oleh semua orang yang berkaitan dengan kedokteran nuklir, baik personel, pasien, maupun masyarakat secara umum, seperti yang diberikan oleh IAEA (2018) pada publikasi SSG46 dan Perka BAPETEN No. 17 Tahun 2012 adalah sebagai berikut.

- a. Semua personel yang terlibat dalam penggunaan radiasi dalam kedokteran nuklir perlu mengetahui dan mengikuti aturan dan prosedur setempat. Oleh karena itu, pengembangan dan pengkajian aturan dan prosedur setempat ini harus melibatkan perwakilan dari semua tenaga medis dan tenaga kesehatan yang terlibat.
- b. Peralatan yang ada, baik perangkat keras maupun perangkat lunak, harus dioperasikan dengan cara yang menjamin kinerja yang tinggi setiap saat, baik dari sisi tugas yang harus diselesaikan maupun dari sisi proteksi dan keselamatan radiasi. Buku manual petunjuk operasi merupakan dokumen acuan yang penting terkait hal ini.
- c. Staf kedokteran nuklir harus memahami *standard operating pro-cedures* (SOP) untuk pengoperasian peralatan yang digunakan, termasuk fitur keselamatannya, dan harus mendapat pelatihan serta penyegaran berkala tentang apa yang harus dilakukan



jika terjadi kesalahan. Pendidikan dan pelatihan tambahan harus dilakukan jika perangkat atau *radiofarmaka* baru diperkenalkan ke dalam praktik kedokteran nuklir.

- d. Prosedur kerja, atau SOP, harus disusun sedemikian rupa untuk dapat meminimalkan pajanan dan kontaminasi radiasi, untuk mencegah terjadinya tumpahan dan jika tumpahan terjadi, dapat meminimalkan penyebaran kontaminasi di permukaan dan/atau udara. Misalnya, semua manipulasi untuk mengeluarkan bahan radioaktif harus dilakukan di atas baki dan/atau bantalan penyerap beralas plastik. Pekerjaan dengan sumber terbuka harus dibatasi seminimal mungkin di daerah khusus.
- e. Makanan, minuman, kosmetik, rokok, dan alat makan tidak boleh dibawa ke daerah di mana bahan radioaktif terbuka digunakan. Pengecualian untuk hal ini adalah makanan yang diberi label dengan bahan radioaktif untuk studi pasien.
- f. Makanan atau minuman tidak boleh disimpan dalam lemari es yang sama dengan untuk menyimpan bahan radioaktif terbuka. Ponsel dan saputangan tidak boleh digunakan di daerah tersebut (karena itu, tisu harus disediakan dalam jumlah yang cukup). Sebelum memasuki ruangan di mana bahan radioaktif ditangani, setiap luka atau robekan pada kulit harus ditutup dengan pembalut tahan air.
- g. Di ruangan yang diklasifikasikan sebagai daerah pengendalian, pakaian pelindung harus dipakai seperti yang ditentukan dalam kajian keselamatan. Pakaian pelindung tidak diperlukan oleh orang yang menemani pasien ke ruangan kamera gamma. Saat meninggalkan daerah pengendalian, pakaian pelindung yang terkontaminasi harus ditempatkan dalam kontener khusus.



- h. Setelah melepas pakaian pelindung, staf yang meninggalkan daerah pengendalian harus mencuci tangannya dan memantau tangan, pakaian, dan tubuh mereka dari kemungkinan adanya sisa kontaminasi. Sabun cair harus tersedia, kecuali pertimbangan aseptik memerlukan pembersih alternatif. Sikat kuku non abrasif hanya boleh digunakan jika kontaminasi masih tetap ada.
- i. Pipet tidak boleh dioperasikan dengan mulut. Jarum suntik yang digunakan untuk menangani cairan radioaktif harus diberi penahan radiasi yang tepat. Jarak antara jari dan cairan radioaktif harus sejauh yang dapat diupayakan. Jarum yang telah digunakan untuk menyuntik pasien tidak boleh ditutup kembali. Alat penutup khusus harus digunakan untuk mencegah cedera akibat jarum.
- j. Semua kontainer yang digunakan untuk bahan radioaktif harus diberi label yang jelas dan mencantumkan nama radionuklida, bentuk kimia, dan aktivitasnya pada tanggal dan waktu tertentu. Nomor batch dan tanggal serta jam kedaluwarsa juga harus dicantumkan. Semua kontainer harus disegel dan diberi penahan radiasi setiap saat. Kecuali jika aktivitasnya sangat rendah, kontainer tidak boleh ditangani secara langsung, dan penjepit atau forsep untuk vial dan penahan radiasi jarum suntik harus digunakan. Rekaman persediaan, jumlah bahan radioaktif yang telah digunakan, dan pengelolaan limbah sementara di fasilitas harus disimpan dan dipelihara.
- k. Jumlah bahan penahan radiasi yang dibutuhkan dapat diminimalkan dengan menempatkan bahan dekat dengan sumber radiasinya. Berbagai bahan dapat digunakan untuk tujuan ini, seperti timbal, tungsten, kaca timbal, dan komposit timbal. Penahan radiasi yang mengandung akrilik biasanya lebih cocok untuk pemancar beta karena menurunkan jumlah *bremsstrahlung* yang dihasilkan.



Timbal harus dilapis agar permukaannya bisa dibersihkan.

- l. Semua kegiatan yang melibatkan gas radioaktif atau aerosol harus dilakukan di lemari asam atau perangkat berventilasi serupa untuk mencegah kontaminasi melalui udara. Ventilasi pembuangan harus ditempatkan jauh dari pemasukan udara.
- m. Pengemasan dan kontainer untuk bahan radioaktif harus diperiksa dari kemungkinan terkontaminasi pada saat dibuka.
- n. Dokter spesialis kedokteran nuklir harus menerapkan tingkat panduan aktivitas maksimum radionuklida untuk pasien diagnostik seperti tercantum pada Tabel 3.8.
- o. Pemberian radionuklida dan/atau radionuklida untuk penggunaan kedokteran nuklir diagnostik *in vivo* dan penggunaan kedokteran nuklir terapi pada pasien wanita hamil atau diperkirakan hamil harus dihindari, kecuali jika ada indikasi klinis yang kuat.
- p. Pasien wanita yang menjalani terapi harus menunda kehamilan sampai jangka waktu tertentu sebagaimana tercantum pada Tabel 6.1.
- q. Pasien wanita menyusui yang sedang menjalani diagnostik *in vivo* atau terapi harus menghentikan pemberian air susu ibu (ASI) dan perawatan pada bayi sebagaimana tercantum pada Tabel 6.2.
- r. Pasien yang menjalani terapi radionuklida dan yang di tubuhnya masih terpasang sumber tertutup diizinkan untuk meninggalkan fasilitas kedokteran nuklir setelah aktivitas radionuklida pasien sedemikian rupa sehingga dosis radiasi yang diterima anggota masyarakat dan anggota keluarga dari pasien memenuhi persyaratan yang ditetapkan oleh otoritas yang berwenang. Tabel 6.3 memberikan nilai aktivitas radionuklida yang memberikan dosis sebesar 5 mSv dan 1 mSv.



s. Di Amerika Serikat, tingkat aktivitas dan laju dosis maksimum untuk pasien terapi yang boleh pulang diberikan pada Tabel 6.4.

4. Penanggulangan Kegawatdaruratan

Fasilitas kedokteran nuklir yang memiliki beberapa jenis pelayanan dan peralatan memungkinkan terjadinya kecelakaan terkait sumber radioaktif atau perangkat mesin yang digunakan. Selain itu, pelayanan kedokteran nuklir yang banyak menggunakan sumber radioaktif dalam bentuk cair memiliki potensi terjadinya tumpahan. Untuk hal ini maka telah disusun beberapa metode penanggulangan kedaruratan yang dapat dikerjakan apabila kecelakaan terjadi.

a. Sumber radiasi hilang, fasilitas kedokteran nuklir harus memiliki dan selalu memutakhirkan rekaman mengenai sumber radiasi atau *radiofarmaka* yang ada sehingga dengan segera dapat diketahui sumber radiasi mana yang hilang, jenis dan aktivitasnya, kapan dan di mana lokasi terakhir sumber radiasi tersebut, dan siapa yang menggunakannya. Catatan yang rapi juga perlu disusun mengenai kapan diterimanya sumber radiasi yang dipesan, tepat waktu, ataupun tertunda. Namun, jika sumber radiasi tetap hilang, tindakan berikut harus terdapat pada rencana kedaruratan.

- 1) Laporkan dan cari bantuan dari PPR.
- 2) Lakukan pencarian di sekitar lokasi terakhir yang diketahui.
- 3) Cek dan pastikan keamanan dan pengendalian sumber radiasi yang lain jika diduga terjadi pencurian di fasilitas.
- 4) Cek semua kemungkinan yang dapat terjadi.
- 5) Jika tidak ditemukan, hubungi pemasok dan informasikan hal ini sehingga mereka dapat merunut pengiriman dan menemukan di mana bahan radioaktif ini berada.



- 6) Jika tetap tidak ditemukan, laporkan hilangnya sumber radiasi ini sesuai dengan ketentuan ke BAPETEN.
- b. Kerusakan generator radionuklida, generator radionuklida, seperti generator untuk ^{68}Ga , ^{82}Rb , dan $^{99\text{m}}\text{Tc}$ mengandung radioaktif dalam jumlah yang cukup besar. Jika generator radionuklida rusak, tindakan berikut perlu diambil.
- 1) Kosongkan lokasi sekitar generator dengan segera dan lakukan tindakan untuk mencegah masuknya seseorang ke lokasi.
 - 2) Beri tahu PPR yang harus memastikan apakah ada tumpahan radioaktif dan melaksanakan atau mengawasi tindakan dekontaminasi dan pemantauan.
 - 3) Catat insiden atau kecelakaan ini dan buat laporan sesuai dengan ketentuan BAPETEN.
- c. Tumpahan radioaktif dalam jumlah rendah, jika terjadi tumpahan radioaktif dalam jumlah yang rendah, misalnya sejumlah kecil *radiofarmaka* non toksik yang mudah dihilangkan, seperti ^{18}F atau $^{99\text{m}}\text{Tc}$ sampai 10 MBq, tindakan berikut perlu dilakukan.
- 1) Gunakan pakaian pelindung dan sarung tangan sekali pakai.
 - 2) Serap dengan cepat tumpahan dengan bantalan penyerap untuk menjaganya tidak menyebar lebih jauh.
 - 3) Lepaskan bantalan dari tumpahan dan buang.
 - 4) Usap dengan tisu atau kertas penyerap dari pinggir daerah yang terkontaminasi ke arah tengah.
 - 5) Pantau tisu atau kertas penyerap untuk melihat aktivitas yang masih ada, misalnya dengan monitor kontaminasi atau lakukan uji usap.
 - 6) Lanjutkan siklus pembersihan dan pemantauan sampai pengukuran menunjukkan bahwa tumpahan telah hilang dan upayakan agar volume limbah kontaminasi sekecil mungkin. Dalam beberapa hal,



untuk sekitar 200 radionuklida berumur pendek, akan lebih mudah untuk menutup daerah dan mencegah akses ke daerah terkontaminasi dalam beberapa waktu hingga mekanisme peluruhan membuat aktivitas sisa menjadi sangat rendah.

- 7) Gunakan kantong plastik untuk menyimpan barang-barang yang terkontaminasi. Tas dan kertas penyerap yang sesuai harus tersedia.
 - 8) Jika proses dekontaminasi tidak berhasil, hubungi PPR.
 - 9) Pantau semua orang yang berada di ruang kerja saat tumpahan terjadi dari kemungkinan adanya kontaminasi, terutama pantau sepatu jika tumpahan terjadi di lantai.
- d. Tumpahan radioaktif dalam jumlah besar, jika terjadi tumpahan radioaktif dalam jumlah besar, tindakan berikut perlu dilakukan.
- 1) Lempar bantalan penyerap ke tumpahan untuk mencegah tersebarnya kontaminasi lebih lanjut.
 - 2) Keluarkan dengan segera orang-orang yang tidak terlibat dengan tumpahan dari area tumpahan.
 - 3) Beri tahu PPR dengan segera dan lakukan upaya pembersihan sesuai arahnya.
 - 4) Pantau tingkat kontaminasi semua orang yang terlibat dalam tumpahan pada saat meninggalkan ruangan.
 - 5) Jika perlu, lakukan *bioassay* tiroid pada semua orang yang terlibat.
 - 6) Jika ada pakaian yang terkontaminasi, buka dan masukkan ke dalam kantong plastik yang diberi tanda "radioaktif".
 - 7) Jika terjadi kontaminasi pada kulit, cuci segera bagian kulit yang terkontaminasi tersebut.
 - 8) Jika terjadi kontaminasi pada mata, bilas mata dengan air dalam jumlah besar.



- 9) Jika kontaminasi berhasil dikungkung, prosedur untuk membersihkan tumpahan kecil dapat dilakukan, dan kantong limbah yang berisi barang terkontaminasi diberi tanda dan disimpan dengan aman.
- 10) Batasi masuk ke daerah yang terkontaminasi hingga sampai dekontaminasi selesai dan daerah dinyatakan oleh telah bersih PPR.

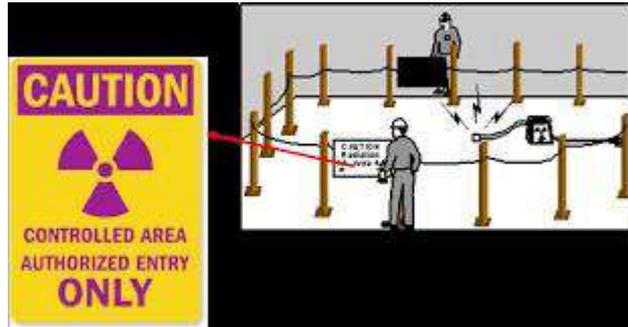
e. Kebakaran

Latihan keadaan darurat pada rumah sakit harus memperhatikan dengan cermat evakuasi yang aman bagi pasien, pengunjung, dan pekerja. Jika ada petugas pemadam kebakaran, mereka harus diinformasikan mengenai adanya bahan radioaktif. Tidak ada seorang pun yang diizinkan memasuki kembali gedung sampai pengecekan kontaminasi selesai dilakukan (Hiswara, 2023).

5. Gambaran Penerapan Persyaratan Proteksi Radiasi

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara yang dilakukan peneliti di instalasi kamar bedah RSUD Haji Surabaya dalam penggunaan pesawat Sinar-X C-Arm diperoleh hasil penerapan persyaratan proteksi diketahui bahwa untuk komponen penerapan optimisasi proteksi dan keselamatan radiasi (1 poin) sebanyak 1 poin (100 %) telah terpenuhi dan sesuai dengan standar (Perka BAPETEN Nomor 8 Tahun 2011 pasal 26) yaitu penerapan optimisasi proteksi dan keselamatan radiasi dilaksanakan melalui prinsip optimisasi proteksi dan keselamatan radiasi yang meliputi pembatas dosis untuk pekerja radiasi dan anggota masyarakat. Hal tersebut sesuai dengan kutipan pernyataan wawancara yang disampaikan oleh partisipan utama sebagai berikut: “Harus itu, untuk penerapan maksud tersebut, wajib dilaksanakan dengan benar dan ditaati” P.P.R (Proteksi et al., 2022).





6. Gambaran Penerapan Verifikasi Keselamatan

Berdasarkan hasil dari observasi dan wawancara yang dilakukan peneliti di instalasi kamar bedah RSUD Haji Surabaya dalam penggunaan pesawat Sinar-X C-Arm diperoleh hasil penerapan verifikasi keselamatan yang terdiri atas 3 komponen, diketahui bahwa untuk komponen pemantauan paparan radiasi telah terpenuhi dan sesuai dengan standar Perka BAPETEN Nomor 8 Tahun 2011 pasal 59 ayat 1 dan 2 yaitu (1) pemantauan paparan radiasi terhadap fasilitas yang mengalami perubahan; dan (2) pemantauan paparan radiasi di ruang kendali pesawat sinar X dan sekitar ruang pesawat sinar X. Hal ini sesuai dengan kutipan pernyataan wawancara yang disampaikan oleh partisipan utama sebagai berikut: “Ya, sebelum alat tersebut digunakan, harus dilakukan pemantauan paparan radiasi” P.P.R.

Komponen uji kesesuaian pesawat sinar X (1 poin), sebanyak 1 poin (100 %) telah terpenuhi dan sesuai dengan standar acuan Perka BAPETEN Nomor 9 Tahun 2011 pasal 4 yaitu (1) uji kesesuaian pesawat sinar X. Uji Kesesuaian Pesawat Sinar X dilakukan untuk pesawat sinar X yang belum memiliki sertifikat uji kesesuaian, pesawat sinar X dengan masa berlaku yang akan berakhir, dan pesawat sinar X yang telah mengalami perubahan spesifikasi teknis dikarenakan perbaikan atau penggantian komponen. Hal ini sesuai dengan kutipan pernyataan wawancara yang disampaikan oleh partisipan utama sebagai berikut:



“Memang aturannya begitu, semua pesawat sinar X, harus dilakukan uji kesesuaian secara terus menerus, apalagi alat tersebut habis diperbaiki dan ada penggantian komponen” P.P.R.



Komponen identifikasi paparan potensial dan paparan darurat (1 poin) sebanyak 1 poin (100 %) terpenuhi oleh instalasi radiologi yaitu (1) identifikasi paparan potensial sudah pernah dilakukan; dan (2) paparan darurat serta rencana penanggulangan keadaan darurat juga sudah pernah dilakukan. Identifikasi Paparan Potensial (dapat menjadi paparan darurat) dilakukan dengan mempertimbangkan kemungkinan terjadinya kecelakaan radiasi atau suatu kejadian atau rangkaian kejadian yang mungkin terjadi akibat kegagalan fungsi dari peralatan atau kesalahan operasional. Hal ini sesuai dengan kutipan pernyataan wawancara yang disampaikan oleh partisipan utama sebagai berikut: “Ya, benar, setuju sekali, hal itu sangat penting” P.P.R (Proteksi et al., 2022).

7. Penutup

Penggunaan radiasi dalam bidang medis telah menghasilkan banyak perbaikan dan penyempurnaan dalam diagnosis dan terapi penyakit. Manfaat bagi pasien sangat besar dan telah banyak diketahui. Meski risiko kanker individu terkait dosis radiasi cukup rendah, pajanan medis secara keseluruhan



menjadi isu kesehatan masyarakat karena makin luasnya penggunaan radiasi di bidang medis ini.

Komite Ilmiah PBB untuk efek radiasi atom (United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation, UNSCEAR) dalam laporannya ke Sidang Majelis Umum PBB tahun 2008 menyatakan bahwa dalam waktu 20 tahun sejak 1988 hingga 2008 telah terjadi peningkatan pemeriksaan radiologi diagnostik lebih dari dua kalinya, dengan jumlah pemeriksaan pada tahun 2008 mencapai hampir 10 juta pemeriksaan setiap harinya. Dalam hal radioterapi, laporan yang sama memperkirakan bahwa pada periode 1997–2007 aplikasi globalnya meningkat menjadi 5,1 juta penyinaran dari 4,7 juta penyinaran pada kurun waktu 1991–1996. Sekitar 4,7 juta pasien mendapat perlakuan radioterapi eksternal, sedangkan 0,4 juta mendapat penyinaran *brakiterapi*.

Untuk aplikasi pada kedokteran nuklir, UNSCEAR juga menyatakan telah terjadi peningkatan baik untuk kepentingan pemeriksaan diagnostik maupun terapi. Untuk kedokteran nuklir diagnostik, frekuensi pemeriksaan tahunan naik dari 0,9 per 1.000 populasi pada tahun 1970–1979 menjadi 1,1 per 1.000 populasi pada tahun 1997–2007 dan untuk kedokteran nuklir terapeutik juga meningkat dari 0,036 per 1.000 populasi pada 1991–1996 menjadi 0,043 per 1.000 populasi pada 1997–2007. Dalam hal pajanan radiasi, dosis efektif kolektif tahunan rata-rata yang diterima pekerja radiasi medis pada tahun 1995–1999 diperkirakan sekitar 3.335 manSv, naik tujuh kali lipat dari tahun 1990–1994 yang hanya sekitar 470 manSv. Namun, berdasar kajian yang tengah dilakukan UNSCEAR dalam beberapa tahun terakhir ini, dosis efektif kolektif pekerja radiasi medis menunjukkan kecenderungan menurun sejak tahun 2010an meski pekerja radiasi medis yang penerimaan dosisnya dipantau makin banyak jumlahnya.



Penurunan dosis efektif kolektif di atas diyakini sebagai akibat dari penggunaan teknologi medis radiasi yang baru dan peralatan medis yang lebih aman. Walau demikian, penggunaan teknologi baru yang tidak tepat atau tidak terampil dapat menyebabkan bahaya kesehatan bagi pasien dan pekerja. Sejalan dengan hal ini, penerapan praktis proteksi dan keselamatan radiasi di rumah sakit harus terus dilaksanakan dengan baik dan penuh disiplin oleh seluruh pekerja radiasi agar bahaya radiasi tersebut dapat dihindari.





BAB 6

KEBUTUHAN KHUSUS KARNA MASALAH EKONOMI KEMISKINAN DAN BANYAK ANAK

A. Permasalahan Ekonomi

Kemiskinan adalah keadaan di mana terjadi ketidakmampuan untuk memenuhi kebutuhan dasar seperti makanan, pakaian, tempat berlindung, pendidikan, dan kesehatan. Kemiskinan dapat disebabkan oleh kelangkaan alat pemenuhan kebutuhan dasar, ataupun sulitnya akses terhadap pendidikan dan pekerjaan. Kemiskinan merupakan masalah global. Sebagian orang memahami istilah ini secara subjektif dan komparatif, sementara yang lainnya melihatnya dari segi moral dan evaluatif, dan yang lainnya lagi memahaminya dari sudut ilmiah yang telah mapan. Kemiskinan dipahami dalam berbagai cara. Pemahaman utamanya meliputi: Pertama, gambaran kekurangan materi, yang biasanya mencakup kebutuhan pangan sehari-hari, sandang, perumahan, dan pelayanan kesehatan. Kemiskinan dalam arti ini dipahami sebagai situasi kelangkaan barang-barang dan pelayanan dasar.





Beberapa penyebab kemiskinan di antaranya:

1. Penyebab individual, atau patologis, yang melihat kemiskinan sebagai akibat dari perilaku, pilihan, atau kemampuan dari si miskin. Namun lebih tepatnya terletak pada perbedaan kualitas sumber daya manusia dan perbedaan akses modal.
2. Penyebab keluarga, yang menghubungkan kemiskinan dengan pendidikan keluarga.
3. Penyebab sub-budaya (*subcultural*), yang menghubungkan kemiskinan dengan kehidupan sehari-hari, dipelajari atau dijalankan dalam lingkungan sekitar.
4. Penyebab agensi, yang melihat kemiskinan sebagai akibat dari aksi orang lain, termasuk perang, pemerintah, dan ekonomi. Karena ciri dan keadaan masyarakat dalam suatu daerah sangat beragam (berbeda) ditambah dengan kemajuan ekonomi dan pertumbuhan ekonomi yang masih rendah.
5. Penyebab struktural, yang memberikan alasan bahwa kemiskinan merupakan hasil dari struktur sosial dan kebijakan pemerintah. Kebijakan dalam negeri sering kali dipengaruhi oleh kebijakan luar negeri atau internasional antara lain dari segi pendanaan. Dan yang paling penting adalah ketidakmerataannya distribusi pendapatan yang dilaksanakan oleh pemerintah (Perwita 2021).



B. Perempuan Rentan

Peran serta perempuan dalam meningkatkan perekonomian keluarga menjadi sangat penting, untuk menopang kebutuhan keluarga perempuan bekerja di industri tanpa melihat perbedaan jenis kelamin laki-laki dan perempuan. Perjuangan kaum perempuan dalam mencapai kesetaraan dan keadilan yang dilakukan sejak dahulu, ternyata belum dapat mengangkat harkat dan martabat kaum perempuan untuk dapat sejajar dengan kaum laki-laki. Sekalipun kekuasaan tertinggi di Indonesia pernah di pegang oleh perempuan, dan telah banyak kaum perempuan yang memegang jabatan strategis dalam pemerintahan, ketidakadilan Gender dan ketertinggalan kaum perempuan masih belum teratasi sebagaimana yang diharapkan. Kaum perempuan tetap saja ter marginalkan dan tertinggal dalam segala aspek kehidupan, perekonomian, termasuk dalam bidang hukum (Widiarty 2018).

Dalam penjelasan pasal 5 ayat (3) Undang-undang No.39 tahun 1999 disebutkan bahwa yang termasuk kelompok rentan adalah orang lansia, anak-anak, fakir-miskin, wanita hamil, dan penyandang cacat. Oleh karena itu secara eksplisit hanya wanita hamil yang termasuk kelompok rentan. Kamus Besar Bahasa Indonesia merumuskan pengertian rentan sebagai: (1) mudah terkena penyakit dan (2) peka, mudah merasa. Kelompok yang lemah ini lazimnya tidak sanggup menolong diri sendiri, sehingga memerlukan bantuan orang lain. Selain itu, kelompok rentan juga diartikan sebagai kelompok yang mudah dipengaruhi. Pengertian kedua merupakan konsekuensi logis dari pengertian yang pertama, karena sebagai kelompok lemah sehingga mudah dipengaruhi (Mahkamah Agung Republik 2018).



C. Jumlah Anak Mempengaruhi Kehidupan Sosial Ekonomi dan Kemiskinan

Anak memengaruhi kualitas perkawinan, di mana dengan adanya seorang anak dapat mengubah pola komunikasi, mempengaruhi waktu yang tersedia, meningkatkan kompleksitas peran dan tuntutan serta membutuhkan lebih banyak sumber daya moneter. Berdasarkan penelitian sebelumnya, menunjukkan bahwa kebahagiaan perkawinan menurun setelah memiliki anak, mungkin disebabkan oleh hal-hal sebagai berikut:

1. Lebih sedikitnya waktu yang dihabiskan;
2. Keseimbangan peran yang terganggu; serta
3. Sumber keuangan yang menurun baik melalui peningkatan biaya dan penurunan pendapatan, jika salah satu dari pasangan berhenti atau mengurangi waktu dalam angkatan kerja (Hairunisa 2021).

Manfaat emosional menjadi orang tua tidak bergantung secara signifikan pada jumlah anak, karena satu anak dapat memberikan kasih sayang dan stimulasi sebanyak dua atau tiga anak. Secara ekonomi, utilitas marginal berkurang pada setiap tambahan anak. Hal ini disebabkan karena adanya biaya keuangan (*financial cost*) yang mencakup pengeluaran untuk mengasuh anak dan hilangnya pendapatan melalui transisi pekerjaan paruh waktu karena harus mengasuh anak. Karena adanya biaya langsung dan tidak langsung dari anak-anak ini orang tua biasanya menjadi memiliki pendapatan yang lebih sedikit untuk diri mereka sendiri. Penurunan pendapatan tersebut karena adanya peningkatan jumlah anggota rumah tangga atau berkurangnya pendapatan rumah tangga yang diperoleh 9 wanita lebih sering menjadi, pengasuh utama dan mengalami konflik yang lebih besar antara pekerjaan dan keluarga. Namun seiring dengan bertambahnya usia anak-anak, konflik ini akan berkurang. Dengan demikian, penting untuk mengontrol tahapan siklus hidup. Ketika orang tua semakin menua, anak mungkin akan merawat orang tua dalam kondisi



kesehatan yang buruk dan memberikan perlindungan sosial, hal ini sering terjadi di negara berkembang (Hairunisa 2021).





BAB 7

KEBUTUHAN PADA MASALAH SOSIAL, KEHAMILAN DALAM PENJARA, SINGLE PARENT

A. Masalah Sosial

Masalah merupakan suatu kejadian atau gejala yang tidak akan pernah terpisahkan dari kehidupan manusia karena kehidupan manusia merupakan proses perjuangan mengatasi masalah. Pada dasarnya keberhasilan mencapai sukses dalam hidup adalah keberhasilan mengatasi masalah, dan sebaliknya kegagalan hidup adalah kegagalan mengendalikan masalah yang dihadapi. Untuk dapat menjalani hidup dengan berhasil maka manusia membutuhkan kemampuan mengendalikan masalah (*problem management*). Kita lihat contoh sederhana berikut ini. Pada awalnya manusia menghitung segala sesuatu secara manual. Dua ditambah dua sama dengan empat. Mudah bagi kita untuk menghitungnya. Tapi coba Anda hitung tujuh puluh lima ditambah seperempat dari seratus tiga puluh lima, kemudian dikalikan dengan lima ratus empat puluh satu lalu dibagi sembilan puluh. Sulit bukan menghitungnya tanpa



bantuan alat apa pun? Ini menjadi masalah bagi manusia. Masalah ini menjadi tantangan bagi manusia. Masalah ini pada akhirnya memberikan kesempatan kepada manusia untuk bisa berkembang. Terciptalah sebuah alat yang kita kenal dengan kalkulator. Ternyata kalkulator tidak begitu banyak membantu manusia sehingga manusia masih memiliki masalah. Sekali lagi masalah yang dihadapi manusia pada akhirnya membawa kemajuan bagi manusia dengan diciptakannya alat yang kita kenal dengan komputer. Dengan demikian, “masalah” bagi manusia tidak akan pernah berakhir, namun dengan adanya “masalah” tersebut maka manusia juga akan selalu berkembang.

Masalah Sosial dan Sifat-sifatnya

Dalam pengertian sehari-hari yang dimaksud dengan “masalah” adalah suatu hambatan yang dialami dan membutuhkan pemecahan dengan cara yang benar dan tepat. Beberapa pendapat juga mengatakan bahwa masalah merupakan kesenjangan antara kondisi yang diharapkan dan kenyataan yang dihadapi

1. Masalah dan Kita

Masalah merupakan bagian dari kehidupan manusia karena sepanjang hidupnya manusia akan terus-menerus dihadapkan pada hambatan hidup, yang harus terus-menerus membutuhkan pemecahan. Hal ini terjadi karena di satu pihak kebutuhan manusia cenderung tidak terbatas, dan pada pihak lain sumber daya untuk memenuhi kebutuhan itu sangat terbatas, serta tidak selalu tersedia dengan sendirinya pada saat dibutuhkan. Dari sinilah bersumber hambatan yang setiap saat dihadapi dan setiap saat pula harus dipecahkan, jika seseorang ingin mempertahankan kelangsungan hidupnya. Semakin bertambah dewasa seseorang maka akan semakin bertambah besar pula kebutuhannya, yang berarti semakin besar pula hambatan yang harus diatasi. Hal serupa terjadi karena masyarakat juga selalu mengalami perkembangan.



Semakin maju suatu masyarakat maka semakin tinggi tingkat kebutuhan hidup yang harus dipenuhi, dan konsekuensinya semakin besar pula keperluan yang dibutuhkan untuk memenuhinya. Namun, inilah yang membuat manusia itu unik dan berbeda dengan makhluk lainnya.

2. Masalah Personal

Masalah yang diuraikan di atas bukanlah masalah sosial. Mills (1959) juga Sullivan dan Thompson (1988), menyebutnya sebagai masalah personal (*personal problems*) dan ini berbeda dengan masalah sosial (*social problems*). Masalah personal (*personal problems*) adalah suatu kondisi yang menghambat seorang individu sehingga terganggu atau bahkan tidak dapat menjalankan peranannya dengan baik. Misalnya, seorang anak yang kecanduan narkotik akan terganggu bahkan tidak akan dapat menjalankan peran utamanya, yaitu belajar mempersiapkan masa depannya. Hambatan yang dialami anak itu dengan sendirinya akan mempengaruhi lingkungan terdekatnya, seperti keluarga. Jika seorang anak dalam satu keluarga menjadi kecanduan narkotik maka tidak hanya anak itu yang akan terganggu, tetapi seluruh keluarganya juga akan terganggu sehingga keluarga itu tidak akan dapat menjalankan roda kehidupannya sesuai dengan norma-norma yang mereka anut. Keadaan seperti itu akan memaksa mereka melakukan penyimpangan-penyimpangan dari norma yang mereka anut dan junjung tinggi dalam mencapai tujuan hidupnya.

3. Keresahan Umum (*Public Issues*)

Jika suatu masalah tidak hanya mengancam atau meresahkan individu dan keluarganya, melainkan lebih luas lagi, yaitu yang menyangkut jumlah keluarga-keluarga atau kelompok-kelompok yang lebih banyak, C. Wright Mills menyebutnya sebagai *public issues* (keresahan umum). Menurut Mills (1959), suatu masalah dapat digolongkan



sebagai keresahan umum jika masalah itu telah berpengaruh secara luas, dan menjadi bahan perdebatan umum. Keresahan umum merupakan suatu tahap yang dengan jelas memperlihatkan dimensi sosial dari suatu masalah. Itu sebabnya penjelasan mengenai perbedaan kedua gejala itu menjadi sangat penting untuk memahami ciri khas masalah sosial, untuk membedakannya dengan masalah yang lain. Perbedaan itu bukan saja dengan masalah personal, tetapi juga dengan masalah-masalah ekonomi, politik, dan psikologis. Kita coba gunakan kembali contoh kasus yang kita miliki.

4. Masalah Sosial

Pembedaan antara masalah personal dengan keresahan umum, menurut Mills (1959), memperlihatkan dimensi yang menjadi ciri khas masalah sosial, dan yang membedakannya dengan masalah personal. Paling tidak ada 3 dimensi yang dapat dilihat dari penjelasan itu, yang memberi ciri sosial kepada suatu masalah sehingga memenuhi kriteria untuk disebut sebagai masalah sosial.

Tanpa 3 dimensi itu suatu masalah tidak dapat memenuhi kriteria sosial. Pertama, keresahan itu mencerminkan bahwa masalah itu terkait dengan kesadaran moral anggota-anggota masyarakat. Kedua, keresahan umum juga berarti bahwa dalam masyarakat itu telah mulai terbentuk persamaan persepsi terhadap ancaman yang ditimbulkan oleh adanya masalah. Ancaman terhadap kestabilan dan keadaan normal, serta terhadap nilai-nilai moral masyarakat. Masalah sosial selalu terkait dengan kestabilan dan keadaan normal masyarakat itu. Masalah sosial juga selalu terkait dengan nilai-nilai dan harapan-harapan luhur bersama dari masyarakat. Dan ketiga adalah mulai berkembangnya kesadaran bahwa masalah ini tidak dapat diatasi sendiri-sendiri, tetapi harus dilakukan dengan menggalang kerja sama di antara anggota-anggota masyarakat yang mengalaminya. Ketiga



dimensi itu terlihat dari definisi masalah sosial yang dirumuskan oleh Rubington dan Weinberg (1989), yang menyatakan sebagai berikut: “Masalah sosial adalah suatu kondisi yang dinyatakan tidak sesuai dengan nilai-nilai yang dianut oleh sebagian warga, yang sepakat bahwa suatu kegiatan bersama diperlukan untuk mengubah kondisi itu.” Definisi di atas memperlihatkan beberapa elemen menarik yang menunjukkan sifat dari masalah sosial. Dengan memahami secara mendalam sifat-sifat itu akan terlihat secara jelas ciri khas masalah sosial yang membedakannya dengan masalah-masalah lainnya, seperti masalah psikologis, masalah politik, dan masalah ekonomi.

B. Pengertian Kehamilan dalam Penjara

Kehamilan merupakan waktu transisi yaitu suatu masa antara kehidupan sebelum memiliki anak yang sekarang berada dalam kandungan dan kehidupan nanti setelah anak tersebut lahir. Pelaku pidana wanita hamil dalam konsep hukum Indonesia tetap harus mempertanggungjawabkan perbuatannya. pemindaan bertujuan untuk mempertanggungjawabkan tindak pidana yang dilakukan karena tujuan pertanggungjawabkan tersebut wanita hamil diperlakukan sama dengan pelaku pidana lain, padahal pada kenyataannya wanita hamil membutuhkan perhatian khusus berkaitan dengan bayi yang dikandungnya.

1. Pidana Mengandung Unsur-unsur sebagai Berikut:
 - a. Pidana itu hakikatnya merupakan suatu pengenaan penderitaan atas nestapa atau akibat-akibat lain yang tidak menyenangkan.
 - b. Pidana itu diberikan dengan sengaja oleh orang atau badan yang mempunyai kekuasaan (oleh yang berwenang).
 - c. Pidana itu dikenakan oleh seseorang atau badan hukum (korporasi) yang telah melakukan tindak pidana menurut undang-undang.



2. Hak-hak Wanita Hamil

Hak adalah tuntutan seseorang terhadap sesuatu yang merupakan kebutuhan pribadinya sesuai dengan keadilan, moralitas, dan legalitas.

Hak dan kesehatan reproduksi adalah bagian hak asasi manusia yang harus dihormati dan dilindungi oleh sesama pihak, baik pemerintah maupun dunia usaha, dan masyarakat pada umumnya.

3. Hak Narapidana Wanita Hamil dalam Lembaga Pemasyarakatan:

- a. Melakukan ibadah sesuai dengan agama atau kepercayaan.
 - b. Mendapat perawatan, baik perawatan rohani maupun jasmani.
 - c. Mendapatkan pendidikan dan pengajaran.
 - d. Mendapatkan pelayanan kesehatan dan makanan yang layak.
 - e. Menyampaikan keluhan.
 - f. Mendapatkan bahan bacaan dan mengikuti siaran media massa lainnya yang tidak dilarang.
 - g. Mendapatkan upah atau premi atas pekerjaan yang dilakukan.
- ## 4. Komponen-komponen yang Saling Mempengaruhi dalam Pelaksanaan Sistem Perasyarakatan
- a. Narapidana;
 - b. Alat negara penegak hukum beserta masyarakat;
 - c. Lingkungan hidup sosial dengan segala aspeknya.

C. *Single Parent*

1. Pengertian *Single Parent* dan Masalahnya

Keluarga merupakan unit terkecil dalam sendi masyarakat. Ada perbedaan yang lumayan mencolok mengenai definisi sebuah keluarga pada masyarakat primitif dan masyarakat modern. Dahulu keluarga (keluarga inti) merupakan struktur organisasi yang terkecil dalam masyarakat,



meliputi ayah, ibu, dan anak. Lalu bagaimana dengan “*single parent*”? Simpul-simpul permasalahan sebuah rumah tangga yang tidak dapat diurai secara jelas dapat menyebabkan keretakan sebuah kebersamaan yang serius yaitu perceraian. Perceraian kemudian melahirkan babak kehidupan baru seperti terjadinya peran baru yang disebut *single parent*.

Single Parent (orang tua tunggal): merupakan fenomena yang terjadi di beberapa kota besar, yang menghasilkan pandangan baru dalam sebuah struktur keluarga. Meluasnya fenomena menjadi orang tua tunggal, maka semakin banyak pulalah deskripsi definisi dari *single parent* itu sendiri. Menurut Gunawan (2006) *single parent* adalah orang yang melakukan tugas sebagai orang tua (ayah atau ibu) seorang diri, karena kehilangan/ terpisah dengan pasangannya. Sementara menurut Sager (dalam Duval & Miller, 1985) *single parent* adalah orang tua yang memelihara dan membesarkan anak-anaknya tanpa kehadiran dan dukungan dari pasangannya.

Ada banyak alasan yang menyebabkan seseorang menjadi *single parent*, di antaranya:

- a. Tinggal terpisah karena pasangannya bekerja/belajar di kota/negara lain.
- b. Kematian pasangan.
- c. Perceraian.

2. Jenis *Single Parent*

Di atas, *single parent* yang berpisah dengan pasangannya karena perceraian, memiliki masalah yang lebih serius lagi. Setidaknya saya mencatat ada 6 masalah besar, yaitu:

- a. Masalah emosional;
- b. Masalah hukum (hak asuh, dll.);
- c. Menjalin hubungan baik dengan mantan suami/istri;
- d. Menghadapi anak;
- e. Masalah dengan lingkungan;
- f. Masalah keuangan.



3. Masalah *Single Parent* Pasca Cerai dengan Anak-anaknya:
- a. *Single parent* yang belum mengampuni dan masih membenci mantan suami/istrinya akan mempengaruhi perkembangan jiwa anak-anaknya.
 - b. *Single parent* sering kali tidak menyadari bahwa ia bukan "*superman/superwomen*" sehingga di depan anak-anaknya ia berusaha menunjukkan dirinya perkasa dan dapat menyelesaikan segala sesuatu tanpa orang lain. Ia tidak melihat bahwa anak-anaknya memerlukan tokoh pengganti ibu/ayah.



BAB 8

PSK – LGBT – IBU PENGGANTI

Kebutuhan Khusus pada Masalah

A. Kebutuhan Khusus pada Wanita Pekerja Seks Komersial

1. Definisi Pekerja Seks Komersial (PSK)

Mencakup individu yang menukar layanan seksualnya dengan imbalan uang. Biasanya, mereka menyewakan tubuh mereka untuk tujuan ini. Di Indonesia, istilah "*sundal*" atau "*sundel*" sering digunakan untuk merujuk pada PSK, mencerminkan stigma terhadap perilaku pelacuran perempuan. Di negara-negara barat seperti Amerika, di mana kebebasan berekspresi dihargai, praktik seksual lebih terbuka. Meskipun di Indonesia praktik seksual sering kali dilarang, beberapa orang masih melakukannya secara sembunyi-sembunyi, bahkan melanggar batasan usia. Anak-anak di bawah umur bahkan dapat dengan mudah mengakses materi seksual. Meskipun pornografi dan tindakan pornografi dilarang di ruang publik, praktik ini tetap berlangsung di lingkungan tersembunyi.



2. Dampak dari Pekerja Seks Komersial (PSK)

Mencakup penyebaran penyakit kelamin dan penyakit kulit seperti sifilis dan gonore (kencing nanah). Jika tidak diobati dengan benar, penyakit-penyakit ini dapat menyebabkan cacat fisik dan psikologis pada individu yang terlibat serta anak-anak mereka. PSK juga dapat mengganggu stabilitas dalam keluarga dengan suami yang tergoda oleh godaan PSK, yang mengakibatkan keluarga menjadi kacau. Praktik PSK juga dapat merusak nilai-nilai moral, etika, hukum, dan agama. Terutama, praktik ini dapat mengikis norma-norma pernikahan tradisional, yang dapat menyebabkan penyimpangan dari norma adat, hukum, dan agama.



3. Faktor-faktor Penyebab PSK

Mencakup masalah ekonomi yang memberatkan bagi mereka yang tidak memiliki stabilitas finansial. Beberapa individu mencari jalan pintas untuk mencari nafkah karena kesulitan ekonomi, dan mereka melakukan ini bukan hanya untuk diri mereka sendiri, tetapi juga untuk membantu orang tua, keluarga, atau anak-anak mereka. Kemiskinan dapat menjadi beban yang sangat berat, yang memaksa beberapa orang rela "menggunakan tubuh" mereka untuk memenuhi kebutuhan hidup. Kemalasan juga berperan, di



mana sebagian orang enggan untuk berusaha lebih keras atau berpikir lebih kreatif untuk keluar dari situasi kemiskinan. Kurangnya pendidikan juga menjadi faktor, dengan pemikiran yang lemah mendorong beberapa individu ke dalam pelacuran.

Motivasi internal juga dapat memainkan peran, dengan beberapa orang memilih PSK sebagai solusi "terbaik" untuk masalah mereka. Persaingan yang ketat di kota-kota besar juga dapat memaksa beberapa orang memilih jalur PSK sebagai cara cepat untuk menghasilkan uang. Kadang-kadang, sakit hati atau pengalaman traumatis juga dapat memotivasi seseorang untuk menjalani kehidupan sebagai PSK, terutama setelah pengalaman negatif dalam hubungan asmara. Terakhir, ada tuntutan dari keluarga, di mana PSK merasa memiliki tanggung jawab untuk membantu orang tua atau anak-anak mereka dengan mengirimkan uang. Bahkan, dalam beberapa kasus, keluarga mereka sendiri yang mendorong mereka untuk menjadi PSK.

B. Kebutuhan Khusus pada LGBT

Perilaku yang sering disebut sebagai Lesbian, *Gay*, Biseksual, dan *Transgender* (LGBT) dapat diangkat dalam konteks yang lebih elegan. Dalam pandangan masyarakat, perilaku ini sering dianggap tidak sesuai dengan norma yang berlaku. Rentang usia remaja adalah salah satu fase yang sangat rentan terhadap fenomena ini. Bahaya yang mungkin timbul terkait dengan LGBT adalah ketika seseorang bergaul dengan individu yang memiliki orientasi seksual berbeda, yang akhirnya dapat mempengaruhi individu tersebut, terutama dalam kelompok rentan. Oleh karena itu, penting untuk memahami persepsi remaja terhadap perilaku LGBT.

Secara hukum di Indonesia, tidak ada dukungan resmi untuk kelompok LGBT, meskipun homoseksualitas itu sendiri bukan tindak pidana. Baik perkawinan maupun adopsi oleh



individu LGBT tidak diakui secara hukum. Tidak ada undang-undang antidiskriminasi yang secara khusus mencakup orientasi seksual atau identitas gender. Hukum Indonesia mengakui hanya dua jenis kelamin, yaitu laki-laki dan perempuan, sehingga orang-orang *transgender* yang tidak menjalani operasi perubahan kelamin mungkin menghadapi kendala dalam dokumen identitas dan hal-hal lainnya.

Secara sosial, homoseksualitas adalah ketertarikan seseorang terhadap individu lainnya dengan jenis kelamin yang sama sebagai mitra seksual. Hal ini bukan fenomena baru dan telah dikenal dalam berbagai masyarakat, termasuk dalam sejarah Yunani Kuno dan Inggris pada abad ke-17.

Yang lebih penting dari sudut pandang sosial adalah bagaimana seseorang mengungkapkan identitas homoseksual mereka. Dalam budaya yang lebih modern, masih banyak masyarakat yang menolak kaum homoseksual, menyebabkan mereka hidup dalam ketidakberdayaan. Diskriminasi, cemoohan, dan sanksi sosial lainnya adalah beberapa dampak negatif yang sering dihadapi oleh individu LGBT.

Beberapa orang mungkin memiliki keberatan terhadap perilaku homoseksual karena alasan keagamaan, dan istilah "*homophobia*" digunakan untuk menggambarkan ketidakberdayaan dan intoleransi terhadap homoseksual. Individu yang dikenal sebagai homoseksual atau *gay* berisiko menghadapi diskriminasi dalam pekerjaan dan kehidupan sosial mereka.

Dampak dari LGBT juga melibatkan kesehatan, dengan tingkat infeksi penyakit kelamin yang lebih tinggi di kalangan mereka. Selain itu, terdapat dampak sosial seperti permasalahan pendidikan dan keamanan. Masyarakat cenderung menilai negatif perilaku LGBT, yang dapat mengakibatkan tekanan psikologis pada individu-individu ini. Terhadap individu LGBT, bersama dengan penghapusan diskriminasi, dapat membantu menciptakan masyarakat yang



lebih inklusif dan berempati terhadap keragaman orientasi seksual dan identitas gender.

C. Kebutuhan Khusus pada Wanita Ibu Pengganti

Dalam UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, PP 61/14, dan Permenkes 43/15, terdapat penjelasan tentang dua metode layanan reproduksi berbantu yang diakui, yaitu *Intra Cytoplasmic Sperm Injection* (ICSI) dan IVF. ICSI merupakan metode di mana sperma suami disuntikkan ke rahim istri, sementara IVF melibatkan pembuahan di luar rahim istri, dengan hasil pembuahan kemudian dikembalikan ke rahim asal ovum. Kedua metode ini memiliki kesamaan, yaitu kehamilan dijalankan oleh istri yang menghasilkan ovum. Meskipun demikian, aturan-aturan ini belum mempertimbangkan aspek "ibu pengganti".

Di Indonesia, beberapa pasangan mencari solusi alternatif dengan menggunakan jasa "ibu pengganti" untuk mendapatkan keturunan. Sayangnya, tidak ada data resmi yang mencatat seberapa banyak pasangan Indonesia yang menggunakan layanan ini, karena alasan medis yang bersifat privat dan ketidakakuan pengakuan "ibu pengganti" di Indonesia. Karena hukum Indonesia belum mengaturnya, praktik ini sering kali disarankan untuk dilakukan di luar negeri di negara-negara yang melegalkannya. Tanpa regulasi yang jelas, praktik "ibu pengganti" di Indonesia masih menimbulkan ketidakpastian hukum bagi dokter dan tenaga medis yang terlibat.

Penting untuk diingat bahwa rahim adalah milik perempuan, namun banyak faktor eksternal seperti negara, agama, moral, budaya, dan mitos yang berusaha mengatur atau mengklaim kendali atas rahim tersebut. Akibatnya, otoritas perempuan atas rahimnya sering kali terpengaruh oleh institusi-institusi tersebut. Hak untuk bereproduksi seharusnya merupakan pilihan individu yang bebas dari diskriminasi, paksaan, atau kekerasan, sesuai dengan norma



agama dan nilai-nilai kemanusiaan. UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan juga memberikan pengaturan mengenai hak bereproduksi, yang menegaskan bahwa setiap individu berhak menentukan kehidupan reproduksinya secara bebas.



BAB 9

KEBUTUHAN KHUSUS PADA MASALAH BUDAYA PEMILIHAN JENIS KELAMIN ANAK

1. Pemilihan Jenis Kelamin pada Anak

Menurut Sidarta Pujiraharjo (2013: 4) mitos mempunyai kedudukan yang penting dalam sistem budaya masyarakat, karena mitos berisi tentang norma kehidupan dalam sistem budaya masyarakatnya. Mitos ini juga memunculkan suatu penilaian yang berlaku dalam sistem sosial masyarakat. Jika kita hubungkan perkembangan mitos dengan filosofi kehidupan masyarakat memahami mitos yang berkembang mengenai melalui tanda-tanda yang ditampilkan oleh ibu hamil terkait jenis kelamin si bayi dalam kandungan.

Kehadiran anak laki-laki dan anak perempuan dalam suatu keluarga khususnya di masyarakat Minangkabau memegang arti penting. Tak lengkap rasanya suatu keluarga jika tidak memiliki anak. Salah satu tujuan keluarga adalah untuk mendapatkan keturunan. Atau jika satu keluarga hanya memiliki anak perempuan saja atau anak laki-laki saja juga



dianggap tidak lengkap. Masyarakat Minangkabau memiliki sistem garis keturunan ditarik dari garis ibu dan dikenal dengan istilah matrilineal. Oleh karena itu kehadiran anak jenis kelamin perempuan sangat didambakan dikarenakan akan meneruskan garis keturunan. Ketidakhadiran anak perempuan dalam sebuah keluarga Minangkabau sangat berpengaruh seperti yang diungkapkan oleh Refisrul (2011) tidak hanya terkait dengan pelanjut garis keturunan, tetapi juga kurang lengkapnya kehidupan rumah gadang karena anak perempuan dianggap *sumarak rumah gadang*, kesulitan dalam pelaksanaan pekerjaan rumah tangga karena lazimnya dilakukan oleh kaum perempuan, terkait aktivitas sosial kemasyarakatan yang terlibat dalam *baralek* di setiap upacara adat, dan keresahan dalam menjalani masa tua. Oleh karena itu, biasanya sebuah keluarga kalau belum mempunyai keturunan anak perempuan, maka usaha untuk mendapatkan anak perempuan sangat gigih dilakukan. Jika tidak dilakukan maka akan punah sebuah garis keturunan.

2. Mitos-Mitos dan Tanda-tanda yang Diperlihatkan oleh Ibu Hamil Terkait Jenis Kelamin Janin dalam Kandungan

No	Dilihat berdasarkan	Jenis Kelamin Laki-Laki	Jenis Kelamin Perempuan
1.	Bentuk Perut	Terlihat runcing ke depan	Terlihat melebar ke samping
2.	Posisi perut	Janin di perut condong ke atas	Janin di perut condong ke bawah
3.	Kerajinan merawat diri ⁸	Rajin merawat diri tetapi bersih	Malas merawat wajah tetapi terkesan kusam
4.	Kebiasaan posisi tidur ⁹	tidur dengan posisi ke kiri	tidur dengan posisi ke kanan
5.	Kerajinan	rajin dan aktif	Pemalas
6.	Kebersihan wajah	Terlihat bersih walau tidak rajin menggunakan kosmetik	Terlihat kusam walaupun telah berdandan secantik mungkin
7.	Kebiasaan makan	Lebih menyukai daging-dagingan, dan makanan yang rasa asin dan gurih.	Lebih menyukai sayur-sayuran dan rasa makanan yang manis.



8.	Areola	Seputaran aerola cenderung gelap	Seputaran aerola berwarna terang
9.	Gerakan janin	Gerakan janin aktif	Gerakan janin lambat
10.	Hobi beraktifitas ¹⁰	Aktif beraktifitas	Malas beraktifitas

3. Mitos-Mitos dan Tanda-tanda yang Diperlihatkan dari Bayi yang Telah Lahir untuk Adiknya Kelak

No	Dilihat berdasarkan	Jenis Kelamin Laki-Laki	Jenis Kelamin Perempuan
1.	Hidung	Keras	Lunak
2.	Rambut	Kasar	Halus
3.	Puting susu	Bulat	Berbelah
4.	Lipatan paha	Satu	Lebih dari satu
5.	Gigi pertama tumbuh	Gigi bawah	Gigi atas

4. Usaha yang Harus Dilakukan Agar Mendapatkan Bayi dengan Jenis Kelamin Tertentu

Berbagai macam usaha yang dapat dilakukan demi bisa mendapatkan bayi dengan jenis kelamin tertentu. Usaha yang dilakukan oleh masyarakat Ampek Angkek dengan mendatangi tukang urut yang dikenal mampu dalam melakukan ini. Metode urut adalah salah satu cara yang dilakukan dalam melakukan pertolongan kepada yang membutuhkan. Sebenarnya yang dilakukan oleh tukang urut yang pertama kali adalah mengurut badan secara keseluruhan guna memperbaiki jalannya peredaran darah. Setelah itu barulah diberikan makanan atau ramuan yang digunakan pengobatan selanjutnya. Pengetahuan dan pengalaman antara tukang urut yang satu dengan yang lain memiliki perbedaan.

5. Persepsi Masyarakat Minangkabau Terhadap Mitos Tanda-tanda yang Diperlihatkan dan Usaha yang Dilakukan oleh Ibu Hamil Tersebut

Keberadaan tanda-tanda dan usaha yang tampak dalam keseharian ibu hamil dalam menjalankan aktivitasnya memang tidak semuanya benar berhubungan dengan jenis kelamin anak. Bagi sebagian masyarakat yang mempercayainya, maka mitos



dari tanda-tanda itu akan memberikan hubungan yang sangat erat. Berbeda dengan sebagian masyarakat yang tidak mempercayai mitos tersebut. Mereka hanya berujar bahwa tanda tersebut hanya kebetulan saja dengan jenis kelamin anak yang dilahirkan. Usaha yang dilakukan tidak ada hubungannya dengan jenis kelamin, seperti yang dilakukan oleh Via. Relevansi *cipuik sawah* dengan anak jenis kelamin perempuan tidak ada. Tambah lagi dengan keadaan sawah yang saat ini sudah banyak berkurang, dan semenjak ada pemakaian pupuk pestisida keberadaan siput sawah sudah jarang. Tentunya berkurangnya siput sawah tidak relatif sama dengan berkurangnya anak berjenis kelamin perempuan lahir ke bumi.



BAB 10

KEBUTUHAN KHUSUS PADA MASALAH VBAC, PERSIAPAN PERSALINAN DAN PERAWATAN ANAK YANG BERKEBUTUHAN KHUSUS

Berbagai upaya yang ditujukan bagi perlindungan dan pemajuan Hak Asasi Manusia (HAM) di Indonesia merupakan hal yang sangat strategis sehingga memerlukan perhatian dari seluruh elemen bangsa. Dalam garis-garis besar haluan negara 1999-2004 ditetapkan, bahwa salah satu misi dari pembangunan nasional adalah menempatkan HAM dan supremasi hukum sebagai suatu bidang pembangunan yang mendapatkan perhatian khusus. Untuk maksud itu diperlukan perwujudan sistem hukum nasional yang menjamin tegaknya supremasi hukum dan HAM yang berlandaskan keadilan dan kebenaran.

Menurut Pasal 8 UU Nomor 39 Tahun 1999 tentang HAM, perlindungan, pemajuan, penegakan dan pemenuhan Hak Asasi Manusia merupakan tanggung jawab pemerintah di samping juga masyarakat. Pemerintah telah mengeluarkan berbagai peraturan perundang-undangan dan meratifikasi berbagai konvensi, seperti konvensi hak anak, konvensi penghapusan segala bentuk diskriminasi terhadap perempuan dan lain-lain, tetapi belum



didukung dengan komitmen bersama yang kuat untuk menerapkan instrumen-instrumen tersebut.

Berdasarkan keadaan tersebut, maka perlu dikembangkan suatu mekanisme pelaksanaan hukum yang efektif untuk melindungi hak-hak warga masyarakat, terutama hak-hak kelompok rentan. Pengertian kelompok rentan tidak dirumuskan secara eksplisit dalam peraturan perundang-undangan, seperti tercantum dalam Pasal 5 ayat (3) Undang-undang No.39 Tahun 1999 yang menyatakan bahwa setiap orang yang termasuk kelompok masyarakat yang rentan berhak memperoleh perlakuan dan perlindungan lebih berkenaan dengan kekhususannya. Dalam penjelasan pasal tersebut disebutkan bahwa yang dimaksud dengan kelompok masyarakat yang rentan, antara lain, adalah orang lanjut usia, anak-anak, fakir miskin, wanita hamil dan penyandang cacat sedangkan menurut Human Rights Reference disebutkan, bahwa yang tergolong ke dalam kelompok rentan.

Yang termasuk dalam kelompok rentan adalah yang memiliki kebutuhan khusus pada permasalahan fisik, masalah distabilitas, kelainan genetik, perbedaan ras, berkebutuhan psikologis akibat kehamilan pemerkosaan, KDRT, trauma persalinan sebelumnya, kelainan mental dan jiwa riwayat kehilangan kematian, kehamilan tidak di inginkan, berkebutuhan khusus masalah geografi (polusi lingkungan, lingkungan dataran tinggi dan dataran rendah, radiasi terhadap tenaga kesehatan, berkebutuhan khusus karena masalah ekonomi, kemiskinan, banyak hak, berkebutuhan pada masalah sosial, kehamilan dalam penjara, *single parent*, *Lesbi Gay Biseksual Transgender* (LGBT) ,ibu pengganti, PSK, berkebutuhan khusus pada masalah budaya, pemilihan jenis kelamin anak, *Vaginal Birth After Cesarean* (VBAC), persiapan persalinan dan perawatan anak yang berkebutuhan khusus, promosi kenormalan pada ibu dengan berkebutuhan khusus, dan asuhan perempuan pada berkebutuhan khusus (Raidanti, 2020).

Persalinan merupakan proses di mana hasil konsepsi (janin, plasenta dan selaput ketuban) keluar dari uterus pada kehamilan cukup bulan (≥ 37 minggu) (Widyastuti, 2021). Metode persalinan



terdiri dari persalinan normal, persalinan dengan bantuan alat dan persalinan *Sectio Caesarea* (SC) (Cunningham et al., 2013). Insiden persalinan SC semakin meningkat tiap tahunnya. Kenaikan jumlah persalinan dengan SC menyebabkan peningkatan jumlah wanita dengan riwayat SC untuk kehamilan kedua dan menjadi masalah untuk jenis persalinan berikutnya. Epidemiologi persalinan SC meningkat dari 5 % dari semua total persalinan pada tahun 1970 menjadi 31,9 % pada tahun 2016 di Amerika Serikat (Osterman, 2020).

Berdasarkan data Riskesdas tahun 2018, jumlah persalinan dengan SC pada wanita usia 10-54 tahun di Indonesia mencapai 17,6 % dari keseluruhan jumlah persalinan, sedangkan di Kabupaten Sumba Barat sebesar 36,2 % pada tahun 2021 (Dinkes, 2022). Upaya untuk mengurangi angka kejadian persalinan SC adalah dengan *Vaginal Birth After Caesarean section* (VBAC). *Vaginal birth After Caesarean section* (VBAC) adalah persalinan pervaginam setelah operasi sesar (Cunningham et al., 2013). Keuntungan ibu memilih bersalin dengan VBAC adalah komplikasi yang sedikit dan waktu pemulihan akan lebih pendek. American Collage of Obstetrician and Gynecologists (ACOG) merekomendasikan bahwa ibu yang memiliki riwayat SC dengan insisi uterus transversal pada segmen bawah rahim dapat mencoba melakukan persalinan normal pada kehamilan berikutnya. Persyaratan untuk dilakukan VBAC adalah ketersediaan sarana dan prasarana yang memadai bila harus dilakukan tindakan segera (Utami, 2023).

Dukungan dalam bentuk komitmen konstitusional negara bagi anak berkebutuhan khusus telah dijamin dalam perundang-undangan dan kelembagaan pemerintah dalam mendorong peningkatan perlindungan anak tanpa diskriminasi. Berkaitan dengan komitmen tersebut telah diterbitkan Undang-undang Nomor 19 Tahun 2011, tentang Pengesahan Konvensi Mengenai Hak-hak Penyandang Disabilitas (Convention On The Rigths Of Persons With Disabilities) dan diterbitkannya Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Nomor



10 Tahun 2011 tentang Kebijakan Penanganan Anak Berkebutuhan Khusus. Kedua peraturan perundangan tersebut merupakan upaya pemerintah untuk memberikan perlindungan dan pelayanan terhadap anak berkebutuhan khusus. Penanganan anak berkebutuhan khusus, memerlukan keberpihakan kultural dan struktural dari berbagai pihak baik orang tua, masyarakat dan pemerintah. Hal ini karena masih adanya pemahaman yang keliru dan sikap diskriminatif terhadap anak berkebutuhan khusus di lingkungan keluarga dan masyarakat, baik dalam bentuk verbal maupun non verbal. Selain itu anak berkebutuhan khusus rentan mendapatkan kekerasan dan perlakuan salah.

Dalam menangani anak-anak berkebutuhan khusus, para pendamping memerlukan pengetahuan tentang anak-anak tersebut, keterampilan mengasuh dan melayaninya. Anak berkebutuhan khusus perlu mendapat dorongan, tuntunan, dan praktik langsung secara bertahap. Potensi yang dimiliki anak-anak berkebutuhan khusus akan tumbuh berkembang seiring dengan keberhasilan peran pendamping dalam memahami dan memupuk potensi anak-anak tersebut.

Berdasarkan Susenas Triwulan 1 Maret 2011, jumlah anak Indonesia sebanyak 82.980.000. Dari populasi tersebut, 9.957.600 anak adalah anak berkebutuhan khusus dalam kategori penyandang disabilitas. Sedangkan jumlah anak dengan kecerdasan istimewa dan berbakat istimewa adalah sebesar 2,2 % dari populasi anak usia sekolah (4-18 tahun) atau sekitar 1.185.560 anak (Winarsih, 2013). Namun daripada itu, kondisi masyarakat saat ini masih banyak yang belum terbuka dengan ABK. Permasalahan ini menunjukkan budaya masyarakat Indonesia yang masih belum tumbuh menjadi budaya yang inklusif yang ramah dengan ABK (Khusus, 2018).



A. *Vaginal Birth After Cesarean section (VBAC)*



VBAC (*Vaginal Birth After Cesarean section*) adalah proses melahirkan normal setelah pernah melakukan *seksio sesarea*. VBAC menjadi isu yang sangat penting dalam ilmu kedokteran khususnya dalam bidang obstetri karena pro dan kontra akan tindakan ini. Baik dalam kalangan medis ataupun masyarakat umum selalu muncul pertanyaan, apakah VBAC aman bagi keselamatan ibu.

Indikasi kriteria seleksinya adalah berikut:

1. Riwayat 1 atau 2 kali *seksio sesarea* dengan insisi segmen bawah rahim;
2. Secara klinis panggul adekuat atauimbang fetopelvik baik;
3. Tidak ada bekas ruptur uteri atau bekas operasi lain pada uterus;
4. Tersedianya tenaga yang mampu untuk melaksanakan *monitoring*, persalinan dan *seksio sesarea emergensi*;
5. Sarana dan personil anestesi siap untuk menangani *seksio sesarea* darurat seorang ibu hamil dengan bekas *seksio sesarea* akan dilakukan *seksio sesarea* kembali atau dengan persalinan pervaginal tergantung apakah syarat persalinan pervaginal terpenuhi atau tidak. Setelah mengetahui ini dokter mendiskusikan dengan pasien tentang pilihan serta risiko masing-masingnya. Tentu saja menjadi hak pasien



untuk meminta jenis persalinan mana yang terbaik untuk dia dan bayinya.

1. Identifikasi Faktor Risiko

Meskipun ada banyak faktor yang dapat mempengaruhi evolusi TOLAC dan VBAC, hanya beberapa faktor saja yang dapat memberikan keseimbangan pada satu keputusan atau lainnya. Dari perspektif manajemen risiko, dokter harus mengidentifikasi risiko sebelum kejadian buruk terjadi, dan menerapkan prosedur, hambatan, atau tindakan lain untuk mengurangi risiko tersebut. Proses identifikasi risiko harus selalu mempertimbangkan tujuan dan kegiatan yang disebutkan dalam rencana strategis. Baik berbicara mengenai tujuan umum dan khusus, atau mengenai kegiatan yang memungkinkan tercapainya tujuan tersebut, selalu penting untuk memiliki pendekatan yang sistematis dan multidisiplin. Sedangkan untuk VBAC, tujuan umum dapat diringkas sebagai berikut:

- a. Menjamin VBAC yang aman dan sukses;
- b. Menjaga kolaborasi terbuka dengan pasien;
- c. Untuk secara efektif menyeleksi kandidat TOLAC;
- d. Menilai dan menangani komplikasi terkait TOLAC dan VBAC secara akurat;
- e. Untuk memberikan pendidikan dan bimbingan pasien selama masa prenatal dan periode intrapartum;
- f. Untuk menetapkan kerangka hukum bagi profesional kesehatan yang memilih untuk melakukan VBAC;
- g. menerapkan strategi pada tingkat kelembagaan untuk mengoptimalkan proses VBAC; dan
- h. mengembangkan program pendidikan dan pelatihan bagi petugas kesehatan. Instrumen yang paling banyak digunakan untuk mengidentifikasi faktor risiko adalah riwayat pasien, yang sudah tersedia sejak kunjungan trimester pertama, diikuti dengan evaluasi sonografi janin [misalnya, perkiraan berat janin (EFW)] atau rahim



(misalnya, posisi bekas luka rahim), ketebalan, posisi plasenta).

Tujuan spesifik bergantung pada keputusan lokal dan mungkin berbeda di berbagai wilayah di dunia. Hal ini dapat mencakup pengembangan protokol lokal untuk manajemen TOLAC dan VBAC, melengkapi rumah sakit dengan semua peralatan yang diperlukan, kursus pelatihan dan simulasi untuk profesional kesehatan. Adapun kegiatan-kegiatan yang mendukung pelaksanaan tujuan-tujuan tersebut, disarankan sebagai berikut: Skrining prenatal dan prediksi kejadian buruk pada ibu dan bayi baru lahir, pengembangan kampanye dan sesi informal pada berbagai platform untuk pendidikan pasien, penciptaan fasilitas kesehatan yang lengkap dengan personel terlatih, pengembangan protokol internal dan nasional untuk TOLAC dan VBAC, penerapan kursus, simulasi dan modul pelatihan bagi profesional kesehatan, pembentukan tim multidisiplin di tingkat pemerintah untuk mengembangkan strategi jangka panjang dan berkelanjutan untuk mengurangi ibu dan janin terkait VBAC morbiditas dan mortalitas.

Faktor yang paling menguntungkan yang menawarkan probabilitas tinggi (>60-70 %) untuk mencapai VBAC adalah: 1) Wanita yang pernah melahirkan sesar sebelumnya dengan sayatan melintang rendah; 2) wanita yang pernah melahirkan secara normal, baik sebelum atau sesudah persalinan sesar; 3) persalinan aktif diselesaikan pada usia kehamilan 40 minggu atau kurang, dengan EFW 1 tahun; v) tidak adanya penyakit penyerta ibu yang serius (misalnya kardiovaskular, ginjal, dan metabolik); dan 4) Fasilitas kesehatan dengan peralatan yang tepat dan personel yang terlatih. Di sisi lain, faktor-faktor yang mungkin berdampak negatif terhadap kemungkinan pencapaian VBAC meliputi:

- a. Wanita yang pernah mengalami sayatan vertikal rendah atau jenis sayatan yang tidak diketahui;



- b. *Ruptur uteri* sebelumnya;
- c. Presentasi sungsang atau melintang;
- d. Plasenta previa atau plasenta yang melekat secara tidak normal;
- e. EFW 4.000 g atau lebih;
- f. Obesitas ibu [indeks massa tubuh (BMI) >40]; dan
- g. Dua atau lebih CS sebelumnya.

Semua faktor ini harus dipertimbangkan ketika mencoba TOLAC dan persetujuan ibu harus diperoleh sebelum melanjutkan ke metode persalinan tertentu. Beberapa faktor tersebut harus dikorelasikan dengan riwayat pasien. Misalnya, jika seorang wanita pernah melahirkan janin *makrosomia* secara pervaginam, EFW >4.000 g tidak menghalangi TOLAC. Langkah selanjutnya adalah mengidentifikasi kerentanan (titik lemah internal) atau ancaman eksternal.

Kerentanan internal dapat berupa pengalaman dan 'pengetahuan' personel, fasilitas rumah sakit, masalah komunikasi internal, kurangnya protokol internal, dan masalah administratif. Ancaman eksternal mengacu pada tekanan yang diberikan oleh media massa dan opini publik, seringnya perubahan peraturan dan kerangka hukum, tuntutan hukum malpraktek, berkurangnya anggaran, ketidakpastian politik, situasi epidemiologi khusus (misalnya pandemi SARS-CoV-2) (Carauleanu et al., 2021).

2. Komplikasi VBAC

Komplikasi paling berat yang dapat terjadi dalam melakukan persalinan pervaginal adalah *ruptur uteri*. *Ruptur* jaringan parut bekas *seksio sesarea* sering tersembunyi dan tidak menimbulkan gejala yang khas. Dilaporkan bahwa kejadian *ruptur uteri* pada bekas *seksio sesarea* insisi segmen bawah rahim apabila terjadi *ruptur uteri* maka janin, tali pusat, plasenta atau bayi akan keluar dari robekan rahim dan masuk ke rongga abdomen. Hal ini akan menyebabkan



perdarahan pada ibu, gawat janin dan kematian janin serta ibu (Raidanti, 2020).

B. Persiapan Persalinan



Persalinan atau melahirkan bayi adalah suatu proses normal pada wanita usia subur. Persalinan merupakan persiapan penting yang sangat ditunggu oleh setiap pasangan suami-istri, menyambut kelahiran sang buah hati merupakan saat yang membahagiakan setiap keluarga bahkan seluruh anggota masyarakat, demi kesejahteraan ibu dan janin. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, narapidana adalah orang hukuman (orang yang sedang menjalani hukuman karena tindak pidana). Dalam Pasal 27 UUD NKRI 1945 tercantum persamaan kedudukan di depan hukum, aturan ini menimbulkan suatu konsekuensi bahwa Negara di dalam memenuhi hak-hak warga Negara dan tidak boleh adanya perlakuan diskriminatif terhadap pelaksanaannya.

Edukasi persiapan persalinan merupakan upaya promotif dan preventif terhadap kejadian kematian ibu, penyampaian informasi kepada ibu hamil agar lebih terbuka tentang kesehatannya khususnya keluhan-keluhan yang dirasakan selama kehamilan. Edukasi ini dapat menjadi alternatif bagi ibu hamil untuk mengetahui sejauh mana perkembangan ibu dan janin, meningkatkan kemandirian ibu serta melatih manajemen coping pada stresor ibu. Pendekatan edukasi merupakan



pendekatan yang paling cocok terhadap upaya pemecahan masalah kesehatan masyarakat melalui faktor perilaku dibandingkan dengan pendekatan tekanan (*Coercion*). Perubahan yang dihasilkan oleh edukasi didasarkan kepada pengetahuan dan kesadarannya melalui proses pembelajaran sehingga perilaku tersebut diharapkan akan berlangsung lama (*long lasting*) dan menetap.

Penelitian Gebre, Gebremariam dan Abebe (2015) menunjukkan bahwa kesiapan kelahiran berhubungan dengan ibu yang mendapat informasi dari layanan antenatal, memiliki pengetahuan minimal dua tanda bahaya selama kehamilan. Sehubungan dengan hal tersebut maka perlu adanya program inovasi layanan persiapan persalinan ini untuk menunjang kesehatan dan kesejahteraan ibu dan anak dan diharapkan program ini dapat menjadi salah satu cara untuk menurunkan angka kematian ibu (AKI).

1. Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi

Persiapan persalinan dan pencegahan komplikasi menurut Departemen Kesehatan RI (2009) meliputi:

- a. Tempat persalinan yaitu tempat yang dipilih oleh ibu dan keluarga untuk membantu proses persalinan, seperti di rumah sakit, klinik bersalin dan praktik mandiri bidan.
- b. Pendamping yaitu orang yang dipercaya mendampingi ibu saat persalinan yaitu suami atau keluarga maupun kerabat dekat yang bersedia mendampingi dan mendukung ibu selama menghadapi proses persalinannya.
- c. Tabungan Ibu Bersalin (Tabulin) yaitu dana atau barang yang disimpan oleh keluarga atau pengelola tabulin secara bertahap sesuai dengan kemampuannya, yang pengelolaannya sesuai dengan kesepakatan serta penggunaannya untuk segala bentuk pembiayaan serta antenatal, persalinan dan kegawatdaruratan pada ibu.
- d. Persalinan oleh tenaga kesehatan yaitu persalinan ibu ditolong oleh tenaga kesehatan terampil sesuai standar



seperti dokter spesialis kandungan atau bidan yang telah memiliki surat ijin praktik.

- e. Transportasi yaitu alat transportasi yang dapat digunakan untuk mengantar calon ibu bersalin ke tempat persalinan termasuk rujukan dan siap setiap saat agar tidak terjadi keterlambatan mencapai tempat bersalin ibu. Transportasi bisa berupa ambulans desa, mobil pribadi maupun kendaraan roda dua atau sepeda motor.
 - f. Calon pendonor darah yaitu orang-orang yang disiapkan oleh ibu, suami, keluarga dan masyarakat yang sewaktu-waktu bersedia menyumbangkan darahnya untuk keselamatan ibu melahirkan sehingga bila terjadi sesuatu yang memerlukan darah segera bisa teratasi. Calon donor yang disiapkan harus memenuhi syarat sebagai pendonor darah untuk ibu seperti salah satunya calon pendonor tidak menderita penyakit infeksi seperti malaria, hepatitis dan HIV/AIDS.
 - g. Pemilihan kontrasepsi yaitu di mana kontrasepsi penting direncanakan saat kehamilan sehingga pada saat 42 hari ibu telah memiliki pilihan kontrasepsi yang tepat. Metode yang akan digunakan sebagai pedoman keluarga dalam memilih kontrasepsi dapat mengacu pada kriteria penggunaan kontrasepsi yang rasional. Kontrasepsi yang dapat dipilih oleh ibu dan suami seperti kontrasepsi IUD pasca salin, implan, suntik, pil, kondom, tubektomi serta vasektomi, di mana sebelumnya ibu dan suami sudah berkonsultasi kepada petugas kesehatan (dokter atau bidan).
2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persiapan Persalinan.
 - a. Usia sangat berpengaruh terhadap perhatian dalam proses persalinan, karena semakin muda umur ibu maka semakin kurang perhatian serta pengalaman yang dimiliki ibu hamil karena ketidaksiapan ibu dalam menerima sebuah kehamilan. Hal ini akan berdampak buruk selama proses persalinan berlangsung. Umur yang



ideal untuk menjadi ibu adalah antara 20-35 tahun karena dalam periode kehidupan wanita ini risiko menghadapi komplikasi medis paling rendah. Jika seorang wanita memutuskan untuk hamil di luar rentang usia tersebut maka akan rentan untuk mengalami kehamilan yang berisiko tinggi, baik secara fisik maupun psikis. Kehamilan pada usia 35 tahun ke atas tersebut kehamilan yang akan menimbulkan risiko yang lebih besar (Rohani, 2011). Usia ibu secara garis besar menjadi indikator dalam kedewasaan dan setiap pengambilan keputusan yang mengacu pada setiap pengalaman.

- b. Paritas, berdasarkan penelitian Husna Sundari (2015), ibu multigravida akan lebih tenang menjalani persalinan karena mengulang pengalamannya yang dahulu. Ibu multigravida mempunyai pengalaman hamil dan bersalin yang lebih banyak, maka dapat mempengaruhi persiapan persalinannya.
- c. Tingkat pendidikan sangat mempengaruhi bagaimana seseorang untuk bertindak dan mencari penyebab solusi dalam hidupnya. Oleh karena itu orang yang berpendidikan akan lebih mudah menerima gagasan baru (Walyani, 2015). Pendidikan berkaitan erat dengan pengetahuan dan sikap ibu dalam menghadapi persalinan. Penelitian Putranti (2014) menyebutkan bahwa semakin baik pengetahuan dan sikap ibu hamil maka semakin baik pula kesiapan ibu dalam menghadapi persalinan. Penelitian Kabakyenga, Östergren dan Pettersson (2011) menyatakan bahwa ada hubungan tingkat pendidikan dengan kesiapan persalinan. Dapat disimpulkan bahwa kesiapan persalinan bisa dilakukan dari pendidikan apa pun baik pendidikan SD, SMP, SMA maupun Perguruan Tinggi. Pekerjaan berhubungan langsung dengan pendapatan atau kondisi ekonomi ibu dalam menghadapi persalinan. Penelitian Sumiati (2015) menyatakan bahwa ada hubungan kesiapan ekonomi



keluarga dengan kesiapan ibu hamil dalam menghadapi persalinan. Keadaan sosial ekonomi sangat mempengaruhi kehamilan ibu karena berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan-kebutuhan ibu selama kehamilan antara lain: makanan sehat, bahan persiapan kelahiran, obat-obatan, tenaga kesehatan dan transportasi/sarana angkutan (Dan et al., 2021).

Menurut UU No 12 Tahun 1995 pengaturan mengenai lokasi warga binaan pemasyarakatan jenis kelamin wanita, ditempatkan pada ruang terpisah, pada dasarnya hak antara narapidana wanita dan narapidana pria adalah sama, hanya dalam hal ini karena narapidananya adalah wanita maka ada beberapa hak yang mendapat perlakuan khusus dari narapidana pria yang berbeda dalam beberapa hal, di antaranya karena wanita mempunyai kodrat yang tidak dipunyai oleh narapidana pria yaitu menstruasi, hamil, melahirkan, dan menyusui maka dalam hal ini hak-hak narapidana wanita perlu mendapat perhatian yang khusus baik menurut Undang-undang maupun oleh petugas lembaga pemasyarakatan. Pengaturan mengenai pelaksanaan hak narapidana wanita tertuang di dalam Peraturan Pemerintah Nomor: 32 Tahun 1999, tentang syarat dan tata cara pelaksanaan Hak Warga Binaan Pemasyarakatan, di mana Pasal 20 mengatur perlindungan terhadap narapidana wanita, anak yang lahir di Lembaga pemasyarakatan telah mencapai 2 tahun harus diserahkan kepada bapaknya atau sanak keluarga atau pihak lain atas persetujuan ibunya.

Pelaksanaan hak-hak lain narapidana wanita dilaksanakan berdasarkan kebijakan-kebijakan masing-masing lembaga pemasyarakatan, seperti: memberikan dispensasi untuk tidak mengikuti kegiatan olah raga, memberikan dispensasi untuk tidak mengikuti kegiatan kerja bakti; dan memberikan dispensasi terhadap kegiatan-



kegiatan yang membahayakan kesehatan si ibu maupun kandungannya. Berkaitan dengan perlindungan terhadap hak-hak bagi narapidana wanita di dalam lembaga pemasyarakatan terdapat sarana dan prasarana yang mendukung peluang perlindungan hak-haknya seperti mendapatkan rasa aman dari gangguan sesama narapidana. dengan kelengkapan sarana dan prasarana seperti tenaga medis, ruang persalinan, kloset yang mendukung keamanan bagi perempuan yang sedang hamil serta tuntunan konseling.

3. Peran Bidan pada Wanita Berkebutuhan Khusus Secara Budaya

Dalam menjalankan perannya bidan memiliki keyakinan yang dijadikan panduan dalam memberikan asuhan. Keyakinan tersebut meliputi:

a. Keyakinan tentang perempuan

Setiap perempuan adalah pribadi yang unik mempunyai hak, kebutuhan, keinginan masing-masing. Oleh sebab itu, perempuan harus berpartisipasi aktif dalam setiap asuhan yang diterimanya.

b. Keyakinan fungsi profesi dan manfaatnya

Fungsi utama profesi bidan adalah mengupayakan kesejahteraan ibu dan bayinya, proses fisiologis harus dihargai, didukung dan dipertahankan. Bila timbul penyulit, dapat menggunakan teknologi tepat guna dan rujukan yang efektif, untuk memastikan kesejahteraan perempuan dan janin/bayinya.

c. Keyakinan tentang pemberdayaan perempuan dan membuat keputusan

Perempuan harus diberdayakan untuk mengambil keputusan tentang kesehatan diri dan keluarganya melalui komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) dan konseling. Pengambilan keputusan merupakan tanggung jawab bersama antara perempuan, keluarga dan pemberi asuhan.



- d. Keyakinan tentang tujuan asuhan.
Tujuan utama asuhan kebidanan untuk menyelamatkan ibu dan bayi (mengurangi kesakitan dan kematian). Asuhan kebidanan berfokus pada: pencegahan, promosi kesehatan yang bersifat holistik, diberikan dengan cara yang kreatif dan fleksibel, suportif, peduli; bimbingan, monitor dan pendidikan berpusat pada perempuan; asuhan berkesinambungan, sesuai keinginan dan tidak otoriter serta menghormati pilihan perempuan.
- e. Keyakinan tentang kolaborasi dan kemitraan
Praktik kebidanan dilakukan dengan menempatkan perempuan sebagai partner dengan pemahaman holistik terhadap perempuan, sebagai salah satu kesatuan fisik, psikis, emosional, sosial, budaya, spiritual serta pengalaman reproduksinya. Bidan memiliki otonomi penuh dalam praktiknya yang berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya.
- f. Sebagai profesi bidan mempunyai pandangan hidup Pancasila
Seorang bidan menganut filosofi yang mempunyai keyakinan di dalam dirinya bahwa semua manusia adalah makhluk bio-psiko-sosio-kultural dan spiritual yang unik merupakan satu kesatuan jasmani dan rohani yang utuh dan tidak ada individu yang sama.
- g. Bidan berkeyakinan bahwa setiap individu berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman dan memuaskan sesuai dengan kebutuhan dan perbedaan kebudayaan.
Setiap individu berhak menentukan nasib sendiri dan mendapatkan informasi yang cukup dan untuk berperan di segala aspek pemeliharaan kesehatan.
- h. Setiap individu berhak untuk dilahirkan secara sehat, untuk itu maka setiap wanita usia subur, ibu hamil, melahirkan dan bayinya berhak mendapatkan pelayanan yang berkualitas.



- i. Pengalaman melahirkan anak merupakan tugas perkembangan keluarga, yang membutuhkan persiapan sampai anak menginjak masa-masa remaja.
- j. Keluarga-keluarga yang berada di suatu wilayah/daerah membentuk masyarakat kumpulan dan masyarakat Indonesia terhimpun di dalam satu kesatuan bangsa Indonesia. Manusia terbentuk karena adanya interaksi antara manusia dan budaya dalam lingkungan yang bersifat dinamis mempunyai tujuan dan nilai-nilai yang terorganisir (Raidanti, 2020).

C. Perawatan Anak yang Berkebutuhan Khusus



1. Pengertian

Anak berkebutuhan khusus adalah anak yang mengalami keterbatasan atau keluarbiasaan, baik fisik, mental-intelektual, sosial, maupun emosional, yang berpengaruh secara signifikan dalam proses pertumbuhan atau perkembangannya dibandingkan dengan anak-anak lain yang seusia dengannya.

2. Jenis Anak Berkebutuhan Khusus

- a. Anak disabilitas penglihatan adalah anak yang mengalami gangguan daya penglihatan berupa kebutaan menyeluruh (total) atau sebagian (*low vision*).
- b. Anak disabilitas pendengaran adalah anak yang mengalami gangguan pendengaran, baik sebagian



ataupun menyeluruh, dan biasanya memiliki hambatan dalam berbahasa dan berbicara.

- c. Anak disabilitas intelektual adalah anak yang memiliki inteligensia yang signifikan berada di bawah rata-rata anak seusianya dan disertai dengan ketidakmampuan dalam adaptasi perilaku, yang muncul dalam masa perkembangan.
- d. Anak disabilitas fisik adalah anak yang mengalami gangguan gerak akibat kelumpuhan, tidak lengkap anggota badan, kelainan bentuk dan fungsi tubuh atau anggota gerak.
- e. Anak disabilitas sosial adalah anak yang memiliki masalah atau hambatan dalam mengendalikan emosi dan kontrol sosial, serta berperilaku menyimpang.
- f. Anak dengan gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas (GPPH) atau *attention deficit and hyperactivity disorder* (ADHD) adalah anak yang mengalami gangguan perkembangan, yang ditandai dengan sekumpulan masalah berupa gangguan pengendalian diri, masalah rentang atensi atau perhatian, hiperaktivitas dan impulsivitas, yang menyebabkan kesulitan berperilaku, berpikir, dan mengendalikan emosi.
- g. Anak dengan gangguan spektrum autisme atau *autism spectrum disorders* (ASD) adalah anak yang mengalami gangguan dalam tiga area dengan tingkatan berbeda-beda, yaitu kemampuan komunikasi dan interaksi sosial, serta pola-pola perilaku yang repetitif dan *stereotype*.
- h. Anak dengan gangguan ganda adalah anak yang memiliki dua atau lebih gangguan sehingga diperlukan pendampingan, layanan, pendidikan khusus, dan alat bantu belajar yang khusus.
- i. Anak lamban belajar atau *slow learner* adalah anak yang memiliki potensi intelektual sedikit di bawah rata-rata tetapi belum termasuk gangguan mental. Mereka butuh



waktu lama dan berulang-ulang untuk dapat menyelesaikan tugas-tugas akademik maupun non akademik.

- j. Anak dengan kesulitan belajar khusus atau *specific learning disabilities* adalah anak yang mengalami hambatan atau penyimpangan pada satu atau lebih proses psikologis dasar berupa ketidakmampuan mendengar, berpikir, berbicara, membaca, menulis, mengeja dan berhitung.
- k. Anak dengan gangguan kemampuan komunikasi adalah anak yang mengalami penyimpangan dalam bidang perkembangan bahasa wicara, suara, irama, dan kelancaran dari usia rata-rata yang disebabkan oleh faktor fisik, psikologis dan lingkungan, baik reseptif maupun ekspresif.
- l. Anak dengan potensi kecerdasan dan/atau bakat istimewa adalah anak yang memiliki skor inteligensi yang tinggi (*gifted*), atau mereka yang unggul dalam bidang-bidang khusus (*talented*) seperti musik, seni, olah raga, dan kepemimpinan.



C. Perawatan Anak Berkebutuhan Khusus

Dalam menangani anak-anak berkebutuhan khusus, para pendamping memerlukan pengetahuan tentang anak-anak tersebut, keterampilan mengasuh dan melayaninya. Anak



berkebutuhan khusus perlu mendapat dorongan, tuntunan, dan praktik langsung secara bertahap. Potensi yang dimiliki anak-anak berkebutuhan khusus akan tumbuh berkembang seiring dengan keberhasilan peran pendamping dalam memahami dan memupuk potensi anak-anak tersebut. Anak berkebutuhan khusus adalah anak yang mengalami keterbatasan atau keluarbiasaan, baik fisik, mental-intelektual, sosial, maupun emosional, yang berpengaruh secara signifikan dalam proses pertumbuhan atau perkembangannya dibandingkan dengan anak-anak lain yang seusia dengannya.

- a. Anak berkebutuhan khusus adalah amanah Tuhan Yang Maha Kuasa yang harus dijaga, dirawat, dan dipenuhi haknya. Untuk itu, orang tua, keluarga, dan masyarakat perlu menerima keberadaan anak tersebut dengan ikhlas. Hindarkan dari perasaan cemas, kecewa, khawatir, marah, menyalahkan diri sendiri dan orang lain, serta putus asa yang berlarut larut.
- b. Menelantarkan anak berkebutuhan khusus merupakan perilaku yang melanggar Hak Asasi Manusia. Untuk itu, orang tua, keluarga, dan masyarakat tidak diperbolehkan menyembunyikan atau menelantarkan anak tersebut.
- c. Anak berkebutuhan khusus mempunyai hak yang sama dengan anak lain dan dapat hidup mandiri, berprestasi sesuai dengan minat dan potensi yang dimiliki. Untuk itu, orang tua, keluarga, dan masyarakat wajib bertanggungjawab memenuhi hak-hak anak dalam segala aspek kehidupan, seperti bersosialisasi di lingkungan, berekreasi, dan berkegiatan lain yang bertujuan memperkenalkan anak berkebutuhan khusus dengan kehidupan di luar rumah.
- d. Anak berkebutuhan khusus bukan penyakit dan tidak menular. Oleh karena itu, orang tua, keluarga, dan masyarakat perlu menyebarluaskan informasi tentang hal dimaksud, termasuk informasi mengenai prestasi atau kesuksesan yang didapat oleh anak berkebutuhan khusus.



- e. Orang tua, keluarga, dan masyarakat wajib memberikan pendampingan di bidang agama masing-masing, pendidikan, kesehatan dan kehidupan sosial.
- f. Orang tua, keluarga, dan masyarakat perlu mempunyai keterampilan dalam merawat dan mengasuh anak yang berkebutuhan khusus melalui pelatihan-pelatihan.
- g. Orang tua, keluarga perlu konsisten dan bersikap terbuka terhadap lingkungan sekitar dalam menangani anak berkebutuhan khusus.
- h. Orang tua, keluarga harus mempunyai kemampuan teknis dan menstimulasi sedini mungkin perkembangan anak berkebutuhan khusus di rumah dan lingkungannya (Raidanti, 2020).

Link Youtube

1. <https://youtu.be/CN6PUKPAxvs?si=4O5KVvHKGtXRtFS6>
2. <https://youtu.be/oETx0QO363s?si=d2fr9yuqBIuf7C49>
3. <https://youtu.be/Ck261jZrHpA?si=RAHu0vYhhvvUDbti>



BAB 11

PROMOSI KENORMALAN PADA IBU DENGAN BEKEBUTUHAN KHUSUS

A. Peran Bidan dalam Mempromosikan Kenormalan

Tuntutan berat terhadap tugas bidan adalah selalu berhadapan dengan sasaran dan target pelayanan kebidanan, kesehatan masyarakat dengan memperkuat kepercayaan sikap, ilmu pengetahuan, dan sejumlah keahlian yang telah diterima dan berguna bagi masyarakat. Konsekuensi logis dari semua itu karena kepercayaan, sikap, ilmu pengetahuan, dan keahlian yang bermanfaat dan diterima oleh sebuah masyarakat itu senantiasa berubah. Maka untuk menghadapi masyarakat seperti itu seorang bidan harus bisa mempersiapkan segenap kemampuan dan keahliannya untuk menghadapi segala bentuk perubahan (Susanti et al., 2018)

Proses dinamika masyarakat itulah yang menyebabkan bidan dapat menjadi agen pembaharu yang mengambil peran besar, dan peran ini akan dapat dimainkan oleh bidan jika atasannya memang mendayagunakannya secara optimal. Masalah ketenagaan atau bidan merupakan masalah besar yang



dihadapi para pemimpin instansi pelayanan kesehatan apalagi jika kaitannya terhadap kebutuhan untuk mengembangkan sumber daya manusia itu bidan terutama pada saat bertugas di desa pada lingkungan yang memiliki kebudayaan yang sangat beragam.

1. Pengertian Promosi Kesehatan

WHO promosi kesehatan adalah proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Selain itu untuk mencapai derajat kesehatan yang sempurna, baik fisik, mental, dan sosial, maka masyarakat harus mampu mengenal serta mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya, dan mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya (lingkungan fisik, sosial budaya dan sebagainya).

Promosi kesehatan (*Health Promotion*) adalah ilmu dan seni membantu masyarakat menjadikan gaya hidup mereka sehat optimal. Kesehatan yang optimal didefinisikan sebagai keseimbangan kesehatan fisik, emosi, sosial, spiritual, dan intelektual. Agar promosi kesehatan dapat berjalan secara sistematis, terarah dan terencana sesuai konsep promosi kesehatan bahwa individu dan masyarakat bukan hanya sebagai objek/sasaran yang pasif menunggu tetapi juga sebagai pelaku maka perlu pengelolaan program promosi kesehatan mulai dari pengkajian, perencanaan, penggerakan pelaksanaan, pemantauan dan penilaian. Dan agar promosi kesehatan berjalan secara efektif dan efisien maka pesan harus sesuai dengan karakteristik serta kebutuhan/masalah sasaran. Sasaran utama promosi kesehatan adalah masyarakat khususnya perilaku masyarakat. Karena terbatasnya sumber daya, akan tidak efektif apabila upaya atau kegiatan promosi kesehatan langsung dialamatkan kepada masyarakat, oleh karena itu perlu dilakukan penahanan sasaran promosi kesehatan.



2. Peran Bidan dalam Promosi Kesehatan

- a. Peran sebagai advokator. Advokasi adalah suatu pendekatan kepada seseorang/ badan organisasi yang diduga mempunyai pengaruh terhadap keberhasilan suatu program atau kelancaran suatu kegiatan. Bentuk kegiatan advokator:
 - 1) Seminar;
 - 2) Bidan menyajikan masalah kesehatan di wilayah kerjanya;
 - 3) Bidan menyampaikan masalah kesehatan menggunakan media dalam bentuk lisan, artikel, berita, diskusi, penyampaian pendapat untuk membentuk opini publik.
- b. Peran sebagai edukator memberikan pendidikan kesehatan dan konseling dalam asuhan dan pelayanan kebidanan di setiap tatanan pelayanan kesehatan agar mereka mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka. Fungsi bidan sebagai edukator:
 - 1) Melaksanakan pendidikan kesehatan dan konseling dalam asuhan dan pelayanan kebidanan.
 - 2) Membina kader dan kelompok masyarakat.
 - 3) *Mentorship* dan *preceptorsip* bagi calon tenaga kesehatan dan bidan baru.
- c. Peran sebagai fasilitator
Bidan mempunyai tanggung jawab untuk menciptakan, mengondisikan iklim kelompok yang harmonis, serta memfasilitasi terjadinya proses saling belajar dalam kelompok.
- d. Peran sebagai motivator
Upaya yang dilakukan bidan sebagai pendamping adalah menyadarkan mendorong kelompok untuk mengenali potensi dan masalah, dan dapat mengembangkan potensinya untuk memecahkan itu. Tetapi dalam melaksanakan profesinya bidan memiliki peran sebagai pelaksana, pengelola, pendidik, dan peneliti.



3. Perempuan/Ibu Berkebutuhan Khusus (Disabilitas)

a. Berkebutuhan khusus (Disabilitas)

Disabilitas adalah *inability* (ketidakmampuan) dalam melakukan sesuatu, tetapi tidak semua *inability* tersebut termasuk disabilitas. Sebagai contoh, sebagian besar anak usia 6 bulan tidak dapat berjalan atau bicara, tetapi hal ini bukan disabilitas melainkan *inability* (ketidakmampuan) usia yang belum sesuai dengan tahap perkembangan tersebut. Sementara cacat merupakan kelainan atau kerusakan anggota tubuh dan sebagainya yang menyebabkan keadaannya menjadi kurang sempurna atau abnormal. Disabilitas adalah setiap orang yang mengalami keterbatasan fisik, intelektual, mental, dan/atau sensorik dalam jangka waktu lama yang dalam berinteraksi dengan lingkungan dapat mengalami hambatan dan kesulitan untuk berpartisipasi secara penuh dan efektif dengan warga negara lainnya berdasarkan kesamaan hak. Kesamaan kesempatan adalah keadaan yang memberikan peluang dan/atau menyediakan akses kepada penyandang disabilitas untuk menyalurkan potensi dalam segala aspek penyelenggaraan negara dan masyarakat. (Raidanti, 2020)

World Health Organization (WHO) mendefinisikan beberapa istilah lain dari kebutuhan khusus, sebagai berikut:

- 1) *Disability* (Disabilitas) yaitu keterbatasan atau ketidakmampuan seseorang saat melakukan suatu aktivitas, biasanya digunakan pada tingkat individu.
- 2) *Impairment* yaitu kehilangan atau ketidaknormalan yang terjadi secara psikologis atau pada struktur dan fungsi anatomi, biasanya digunakan pada tingkat organ.



3) *Handicap* yaitu ketidakberuntungan seseorang yang disebabkan oleh disabilitas atau *impairment* yang membatasi atau menghambat aktivitas secara normal.

b. Kelompok rentan

Undang-undang No. 39 Tahun 1999 Pasal 5 Ayat (3) yang menyatakan bahwa setiap orang yang termasuk kelompok masyarakat yang rentan berhak memperoleh perlakuan dan perlindungan lebih berkenaan dengan kekhususannya. Kelompok masyarakat yang berkebutuhan khusus antara lain, orang lanjut usia, anak-anak, fakir miskin, wanita hamil dan penyandang disabilitas. (Irda, n.d.)

c. Kelompok perempuan rentan

Pasal 5 ayat (3) Undang-undang No. 39 Tahun 1999 disebutkan bahwa yang termasuk kelompok rentan adalah lansia, anak-anak, fakir-miskin, wanita hamil dan penyandang cacat. (Irda, n.d.)

Berikut merupakan perempuan berkebutuhan khusus dalam berbagai aspek beserta contohnya, yaitu:

- 1) Kebutuhan khusus pada permasalahan psikologis
 - a) Kehamilan akibat pemerkosaan;
 - b) KDRT;
 - c) Trauma persalinan yang sebelumnya;
 - d) Kelainan mental/jiwa, riwayat kehilangan dan kematian;
 - e) Kehamilan yang tidak diinginkan.
- 2) Kebutuhan khusus pada masalah geografi, lingkungan berpolusi;
 - a) Lingkungan dataran tinggi dan rendah;
 - b) Lingkungan radiasi;
 - c) Tenaga kesehatan (rontgen, lab, dll.)
- 3) Kebutuhan khusus pada permasalahan ekonomi
 - a) Kemiskinan;
 - b) Banyak anak;
 - c) Kebutuhan khusus pada permasalahan sosial;



- d) Kehamilan dalam penjara;
 - e) *Single parent*;
 - f) LGBT;
 - g) Ibu pengganti (*surrogate mother*);
 - h) Pekerja seks komersial.
- 4) Kebutuhan khusus pada permasalahan budaya
 - a) Pemilihan jenis kelamin anak;
 - b) *Vaginal birth after caesarean*;
 - c) Persiapan persalinan dan kelahiran pada kebutuhan khusus;
 - d) Perawatan anak pada ibu berkebutuhan khusus;
 - e) Promosi kenormalan pada ibu dengan kebutuhan khusus.
 - 5) Kebutuhan khusus pada permasalahan sistem reproduksi
 - a) Kasus abortus/illegal di kalangan masyarakat;
 - b) Angka Kematian Ibu (AKI) yang masih tinggi.

B. Asuhan Berkelanjutan (*Contibuity of Care*) pada Ibu Berkebutuhan Khusus

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

Asuhan intervensi yang dapat diberikan seorang bidan kepada ibu berkebutuhan khusus, meliputi:

1. Menciptakan lingkungan terapeutik
2. Menggali permasalahan pasien dan membantu mengatasi masalah yang ada;
3. Memberikan ibu aktivitas positif;
4. Melibatkan keluarga lain dalam proses perawatan;
5. Melaksanakan program terapi dokter.



BAB 12

ASUHAN PEREMPUAN PADA KEBUTUHAN KHUSUS DAN RENTAN

Undang-undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2016 tentang Disabilitas, menjelaskan pada pasal 4 disebutkan ragam penyandang disabilitas meliputi: disabilitas fisik, intelektual, mental dan atau sensorik. Sedangkan pada pasal 5 bagian kesatu disebutkan penyandang disabilitas memiliki hak: hidup, bebas dari stigma, privasi, keadilan dan perlindungan hukum, pendidikan, pekerjaan, kewirausahaan dan koperasi, kesehatan, politik dan keagamaan.

Disabilitas (orang berkebutuhan khusus) adalah orang yang hidup dengan karakteristik khusus dan memiliki perbedaan dengan orang pada umumnya. Karena karakteristik yang berbeda inilah memerlukan pelayanan khusus agar dia mendapatkan hak-haknya sebagai manusia yang hidup di muka bumi ini. Orang berkebutuhan khusus memiliki definisi yang sangat luas, mencakup orang-orang yang memiliki cacat fisik atau kemampuan IQ (*Intelligence Quotient*) rendah, serta orang dengan permasalahan sangat kompleks sehingga fungsi-fungsi kognitifnya mengalami gangguan.



Penyandang disabilitas adalah setiap orang yang mengalami keterbatasan fisik, intelektual, mental dan atau sensorik dalam jangka waktu lama yang dalam berinteraksi dengan lingkungan dapat mengalami hambatan dan kesulitan untuk berpartisipasi secara penuh dan efektif dengan warga negara lainnya berdasarkan kesamaan hak (Susilowati et al., 2019).

Kelompok rentan menurut Departemen Hukum dan Hak Asasi Manusia adalah semua orang yang menghadapi hambatan atau keterbatasan dalam menikmati standar kehidupan yang layak. Kelompok rentan berhak mendapatkan perlakuan khusus untuk dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari.

Menurut UU No.39 Tahun 1999 Pasal 5 Ayat (3) tentang Hak Asasi Manusia yang menyatakan bahwa setiap orang yang termasuk kelompok masyarakat yang rentan berhak memperoleh perlakuan dan perlindungan lebih. Kelompok rentan tersebut antara lain adalah orang lanjut usia, anak-anak, fakir miskin, wanita hamil, dan penyandang cacat (Effendi et al., 2020).



A. Permasalahan dalam Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dan Asuhan pada Perempuan Berkebutuhan Khusus dan Rentan

Kondisi sosial, budaya, agama, politik, ekonomi, pendidikan, gender dan lainnya memberikan pengaruh terhadap pandangan perempuan akan posisi dan perannya di dalam



keluarga dan masyarakat. Berbagai nilai yang berlaku di masyarakat mulai mengalami pergeseran atau perubahan. Pandangan terhadap laki-laki dan perempuan pun berbeda dari masa sebelumnya, terutama di perkotaan (Handayani, 2017).

Soetomo mengatakan bahwa dalam realitas kehidupan sosial, pernyataan sebagai masalah sosial tidak selalu bersifat eksplisit tetapi dapat pula secara simbolik. Simbol yang menyatakan bahwa dalam suatu masyarakat terdapat masalah sosial adalah suatu kondisi yang mendapatkan reaksi penolakan oleh masyarakat. Dalam kondisi tersebut dapat menimbulkan kebutuhan akan perubahan, perbaikan dan pemecahan. Terdapat empat jenis faktor yang menjadi penyebab terjadinya masalah sosial, yaitu:

1. Faktor Ekonomi

Dalam faktor ekonomi, masalah sosial yang dapat terjadi antara lain kemiskinan, pengangguran dan lain sebagainya yang biasa terjadi akibat faktor kurang bertanggungjawabnya pemerintah dalam menyejahterakan masyarakat.

2. Faktor Budaya

Kebudayaan yang semakin berkembang dalam masyarakat akan memiliki peran yang dapat menimbulkan suatu masalah sosial, seperti perceraian, pernikahan usia dini dan sebagainya.

3. Faktor Biologis

Dalam faktor biologis, masalah sosial yang terjadi adalah kurang gizi, penyakit menular dan lain-lain. Masalah sosial tersebut tidak akan terjadi jika fasilitas kesehatan yang memadai dan layak, ekonomi dan pendidikan masyarakat dapat terpenuhi.

4. Faktor Psikologis

Dalam faktor psikologis, masalah sosial dapat terjadi kepada masyarakat dengan psikologis yang lemah yang biasanya muncul jika beban hidup yang dirasakan masyarakat dirasa terlalu berat atau hal-hal yang membuat stres yang akhirnya



akan menimbulkan luapan emosi yang akan berakibat pada konflik antar anggota masyarakat.

Faktor-faktor yang dapat menimbulkan adanya masalah sosial jika tidak dapat diatasi akan menimbulkan dampak bagi masyarakat. Dampak dari adanya masalah sosial di dalam masyarakat adalah sebagai berikut:

1. Terjadi peningkatan tindakan kriminalitas;
2. Terjadi kesenjangan sosial;
3. Terjadi perpecahan kelompok;
4. Terjadi penyimpangan perilaku;
5. Terjadi peningkatan jumlah pengangguran (Effendi et al., 2020).

B. Beberapa Bentuk Perlindungan Sosial bagi Perempuan Berkebutuhan Khusus dan Rentan

1. Asuransi Sosial

Asuransi sosial merupakan upaya yang dilakukan oleh pemerintah dalam memberikan perlindungan bagi setiap warga negara untuk memperoleh penghidupan yang layak. Pemberian dalam bentuk kartu perlindungan sosial yang diperuntukkan untuk memeriksa kesehatan.

Pemberian kartu BPJS dan JAMKESMAS bagi disabilitas merupakan upaya untuk meningkatkan kondisi kesehatan setiap anggota terutama keluarga miskin. Dengan memanfaatkan kartu BPJS maupun JAMKESMAS dapat mengurangi pengeluaran dalam membeli obat-obatan atau pemeriksaan lainnya.

2. Bantuan Sosial

Program bantuan sosial memiliki tujuan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat melalui pengurangan kemiskinan terutama bagi orang-orang yang mengalami keterbatasan secara fisik, mental maupun sosial. Bantuan sosial dapat diberikan secara langsung dalam bentuk uang maupun tidak langsung dalam bentuk barang.



Pemberian bantuan sosial hanya diberikan kepada orang-orang yang mengalami keterbatasan dan mereka perlu mendapat bantuan baik dari pemerintah maupun swasta.

3. Pemberdayaan Sosial

Pemberdayaan merupakan suatu upaya dalam memberikan penguatan bagi penyandang disabilitas dalam mengembangkan potensi yang dimiliki sehingga mereka mampu tumbuh dan berkembang menjadi individu atau kelompok disabilitas yang kuat dan mandiri. Pemberdayaan bagi penyandang disabilitas pada hakikatnya merupakan bagian dari pemberdayaan masyarakat (Rahakbauw & Marthen Salakory, 2018).

Permasalahan mengenai seksualitas dan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas (*different ability*) hingga saat ini masih menyisakan berbagai perdebatan terutama apabila dikaitkan dengan kebijakan negara dalam merespons isu ini. Di satu sisi, meskipun negara telah meratifikasi konvensi mengenai hak-hak penyandang disabilitas melalui UU No. 19 tahun 2011, namun implementasi dari regulasi ini masih jauh dari efektif. Dalam UU tersebut, secara eksplisit dijelaskan adanya kewajiban bagi negara dan masyarakat agar tidak melakukan diskriminasi terhadap penyandang disabilitas, baik perempuan maupun anak, menjamin partisipasi penyandang disabilitas dalam segala aspek kehidupan, seperti pendidikan, kesehatan, pekerjaan, politik, olahraga, seni, dan budaya, serta pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi. Namun dalam faktanya di lapangan, penyandang disabilitas masih kesulitan untuk dapat memperoleh dalam bidang pendidikan, pekerjaan, politik, olahraga, seni, dan budaya, apalagi berupa kesehatan.

Bidang kesehatan semakin sulit didapat terutama bagi kelompok perempuan penyandang disabilitas. Tentu saja permasalahan menjadi semakin kompleks, mengingat perempuan yang disabilitas mengalami *stigmatisasi* ganda,



yaitu sebagai perempuan, dan juga sebagai disabilitas. Sehingga kelompok ini perlu untuk mendapat perhatian khusus karena sangat rentan mengalami berbagai bentuk kekerasan dan diskriminasi terutama berkaitan dengan seksualitas dan kesehatan reproduksi. Para aktivis gerakan penyandang cacat memperkenalkan istilah disabilitas sebagai ganti penyandang cacat yang secara kontekstual bersifat diskriminatif. Istilah disabilitas diperkenalkan pada 1998 merupakan singkatan dari frasa dalam Bahasa Inggris *different ability people*. Istilah disabilitas lebih mengacu kepada perbedaan kemampuan, bukan lagi kepada kecacatan atau ketidaksempurnaan.

Kesehatan reproduksi lebih sering dipandang sebagai hal yang berkaitan dengan aktivitas seksual (*sexual intercourse*) dan proses persalinan. Aktivitas seksual ini diasosiasikan dengan kemolekan atau keindahan ragawi yang menimbulkan kegairahan atau ketertarikan lawan jenis. Perempuan dengan disabilitas sering dianggap tidak memiliki kedua hal itu, sehingga mereka dianggap tidak mampu melakukan aktivitas seksualnya. Sesungguhnya, kesehatan reproduksi mempunyai makna yang lebih luas. Undang-undang Kesehatan No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 72 ayat (1) menyatakan bahwa kesehatan reproduksi merupakan keadaan sehat secara fisik, mental dan sosial secara utuh, dan tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi dan proses reproduksi pada laki-laki dan perempuan.

Bagi orang tua yang memiliki remaja berkebutuhan khusus, fenomena ini harus disikapi dengan bijak. Sering kali pihak orang tua berpikir bahwa karena mereka remaja berkebutuhan khusus maka mereka tidak memerlukan pengetahuan seks. Padahal, harus disadari bahwa bagaimanapun para remaja itu juga memiliki kebutuhan alamiah untuk mengetahui seluk-beluk seks. Rasa khawatir orang tua semakin kuat saat informasi seks bertabrakan dengan budaya dan mitos, sehingga mereka menjadi



overprotective. Sebagian orang tua dilarang anak mereka berkontak langsung dengan masyarakat. Alasannya, takut anaknya diperkosa atau menjadi korban pelecehan seksual. Orang tua khawatir, bagaimana putra-putri mereka kelak dapat mengurus anak yang mereka melahirkan kalau mengurus diri sendiri saja tidak bisa. Tindakan itu jelas akibat keterbatasan pengetahuan.

Bukan itu saja, masyarakat sering kali berpandangan bahwa perempuan dengan disabilitas adalah makhluk yang aseksual. Apa pun bentuk disabilitas yang mereka miliki, masyarakat awam menganggap mereka pasti mengalami disabilitas dalam fungsi seksual juga. Pandangan inilah yang mengakibatkan orang-orang di sekeliling perempuan dengan disabilitas sering kali membatasi perempuan dengan disabilitas dari segala hal yang berhubungan dengan seksualitas. Salah satunya menutup mereka dari pendidikan seksual. Perubahan yang terjadi pada tubuh mereka seperti pembesaran payudara, tumbuhnya rambut di sekitar alat kelamin, proses menstruasi, dan hal yang berhubungan dengan seksualitas lainnya sering kali tidak dijelaskan penyebab dan akibatnya. Imbas dari perubahan itu seperti penggunaan pakaian dalam dan pembalut dilakukan dengan komando, instruksi dan pengawasan dari orang sekitarnya.

Bahkan terkadang semua itu dilakukan juga atas bantuan sepenuhnya dari orang lain. Pemberian informasi terkait perkembangan organ dan fungsi seksual yang dialami oleh perempuan dengan disabilitas di kala remaja dianggap bukan sesuatu yang penting. Akibatnya, mereka sama sekali tidak tahu penyebab dan akibat perubahan yang terjadi pada tubuhnya. Kalaupun ada pendidikan seks bagi remaja perempuan dengan disabilitas, sering kali cara menyampaikannya kurang tepat dan tidak sesuai. Pengorbanan waktu, tenaga dan dana menjadi sia-sia; tidak memberikan pengetahuan seks yang sehat dan tepat kepada mereka. Teman-teman perempuan dengan disabilitas intelektual yang memiliki daya tangkap dan pemahaman yang



di bawah rata-rata mengalami kesulitan mendapatkan pendidikan seks yang mampu mereka pahami dengan tepat. Padahal, perempuan dengan disabilitas, apa pun jenis disabilitasnya juga mengalami perkembangan organ dan fungsi seksual yang sama seperti perempuan pada umumnya. Selain itu, mereka juga memiliki hasrat dan cinta dan ingin mendapatkan kepuasan seksual.

Selain minimnya akses untuk mendapatkan pendidikan seksual, perempuan dengan disabilitas juga mengalami kesulitan untuk mendapatkan informasi tentang alat kontrasepsi atau metode pengontrol kehamilan lainnya yang sesuai dengan disabilitas mereka. Sebuah artikel kesehatan menyebutkan bahwa perempuan dengan disabilitas mental sebaiknya tidak direkomendasikan untuk menggunakan metode obat untuk mengontrol kehamilan mereka. Hal ini dikarenakan besarnya kemungkinan mereka akan keliru makan obat, tidak bisa makan obat dengan teratur, atau mereka lupa jadwal minum obat mereka.

Alat kontrasepsi yang sebaiknya digunakan oleh perempuan dengan disabilitas mental adalah IUD (*intra uterine devices*) atau metode lain yang sifatnya lebih permanen bahkan ada beberapa perempuan dengan disabilitas yang memutuskan untuk melakukan tubektomi karena mereka takut disabilitas yang mereka miliki akan menurun pada anak mereka atau merasa takut akan membuat malu anak mereka dengan disabilitas yang mereka miliki respons petugas kesehatan setelah korban membuka pengalamannya juga merupakan hal yang kritis. Artinya, respons petugas kesehatan yang tidak menunjukkan dukungan dan sumber-sumber yang dapat membantu korban untuk lepas dari situasinya saat ini, dirasakan sebagai sesuatu yang sangat mengecewakan.

Sektor kesehatan merupakan salah satu komponen kunci, tidak terlepas dari masih belum terintegrasinya upaya-upaya yang bertujuan menyentuh dan mengembangkan kesadaran petugas kesehatan akan realitas perempuan difabel korban



kekerasan seksual dan dimensi-dimensi dari eksistensi dirinya. Dalam hal ini, termasuk komunikasi yang mungkin berkembang dalam komunitasnya, yaitu pertukaran ekspresi keyakinan perseptual kelompok yang mendasari kecenderungan tindakan komunitas di mana petugas kesehatan berada. Oleh karenanya, untuk mengubah kecenderungan respons kognitif, afektif dan konatif dari kesadaran petugas kesehatan dalam pencegahan dini perempuan difabel korban kekerasan seksual, harus dipertimbangkan keragaman konteks kultural dan sistem sosial di mana petugas kesehatan mengidentifikasi diri.

Keragaman ini membatasi dan sekaligus membuka peluang perkembangan kesadaran petugas kesehatan akan eksistensi dirinya dalam isu ini. Respons petugas kesehatan muncul dapat berubah dan berbeda, mulai dari yang positif (mempercayai cerita korban dan memberikan informasi tentang alternatif penanganan lebih lanjut), atau mempunyai kesediaan untuk mendengarkan cerita/keluhan pasien serta berkeinginan untuk membantu sekalipun mungkin belum mengetahui cara yang tepat, hingga yang tidak mempercayai dan menghentikan kontak komunikasi dengan pasien korban.

Potensi petugas kesehatan untuk terlibat aktif dalam upaya pencegahan kekerasan seksual bagi perempuan difabel ditentukan oleh integrasi kesadaran internal dan eksternal dirinya tentang realitas kekerasan yang berbasis ketimpangan relasi gender. Yang dimaksud dengan kesadaran internal adalah kesadaran subyektifnya tentang pengalamannya yang berkaitan dengan pengalaman sebagai korban maupun sebagai saksi dari peristiwa ataupun perlakuan-perlakuan yang didasari konstruksi relasi gender yang tidak setara; serta kesadarannya tentang peran identitas profesinya, norma dan pemaknaan sosial tentang kekerasan. Ada beberapa pertimbangan yang mendasari mengapa posisi petugas kesehatan menjadi sedemikian strategis dan krusial. Pertama, pada umumnya perempuan yang mengalami kekerasan, tidak



menyampaikan persoalannya secara terbuka pada orang lain, bahkan pada keluarga, apalagi pihak-pihak lain yang memang berperan untuk menangani kasus seperti ini (misalnya konselor, polisi, pengacara).

Ada proses pembisuan kata-kata yang terjadi pada diri korban yang dibangun tidak hanya oleh pelaku kekerasan, tetapi juga oleh masyarakat maupun sistem sosial yang ada. Boleh dikatakan semua perempuan, termasuk korban perempuan difabel yang 'membisu' tersebut, pernah setidaknya sekali dalam masa hidupnya datang ke fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan untuk memeriksakan diri ataupun anggota keluarganya. Mereka yang mengalami kekerasan berkemungkinan datang ke fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan tersebut untuk meminta bantuan atas keluhan, ataupun luka-luka yang dialami. Kedua, posisi dokter ataupun bidan, sebagai profesi yang sangat dihargai, dipercaya dan digantungi harapan besar. Mereka kemungkinan adalah orang pertama, atau bahkan satu-satunya pihak yang berhadapan, berinteraksi dengan korban karena fisik/psikis yang mereka alami. Dokter dan bidan berada di lini terdepan untuk upaya pendeteksian dini dan melakukan tindakan yang memungkinkan korban mendapatkan layanan-layanan lain yang mendukung (Joko Sri Haryono et al., n.d.).

Berikut contoh video Youtube di mana seorang perempuan berkebutuhan khusus diculik dan dilecehkan yang nantinya akan berdampak pada kesehatan reproduksinya.

Link Youtube:

<https://www.youtube.com/watch?v=ha1xyZh3pEg>



BAB 13

PELAYANAN KESEHATAN PADA IBU DAN ANAK DI LAPAS

A. Pelayanan Kesehatan pada Perempuan dan Anak

Pelayanan kesehatan adalah upaya di bidang kesehatan bagi anak didik masyarakatan yang meliputi berbagai upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang dilaksanakan pada unit pelayanan kesehatan di Lembaga Masyarakatan. Dalam hal pemenuhan hak bagi narapidana ini ter selipkan salah satu hak yang sangat krusial dan harus terpenuhi yaitu hak mendapatkan pelayanan kesehatan dan makanan yang layak. Narapidana wanita tentu berbeda dengan narapidana pria, karena narapidana wanita mempunyai keistimewaan yang tentu tidak dimiliki oleh narapidana pria seperti siklus menstruasi, hamil, melahirkan, menyusui. Sehingga kebutuhan wanita lebih spesifik terutama dalam hal pelayanan kesehatan khususnya untuk wanita yang sedang hamil sampai melahirkan dan menyusui. Apabila narapidana wanita yang sedang hamil menjalankan proses pembinaan di LAPAS ini mempunyai hak yang lebih spesifik dan urgensinya lebih mendalam selama masa kehamilannya.



Bayi itu berada di sel bersama ibunya dan beberapa tahanan lain dengan anak-anak. Karena kurangnya ruang, bayi akan tinggal bersama penghuni lain. Ruangan tersebut hanya diisi oleh narapidana dengan anak-anak, tetapi hal ini dapat mempengaruhi keperluan bayi dan kesehatannya yang begitu sensitif dari berbagai macam penyakit dan kejiwaan.



Gambar: Divonis Penjara 4 Bulan, Sang Ibu Bertekad Jalani Hukuman Bersama 3 Bayi Kembarinya <https://youtu.be>

B. Hak Kesehatan di LAPAS

Pengakuan Hak-hak

Narapidana terlihat pada materi muatan yang terkandung dalam pasal 14 Undang-undang Nomor 12 tahun 1995 tentang pemasyarakatan, bahwa narapidana berhak mendapatkan pelayanan kesehatan dan makanan yang layak. Selanjutnya dirinci lagi dalam Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1999 tentang syarat dan tata cara pelaksanaan hak warga binaan pemasyarakatan, pasal 14 dan pasal 20 ayat (1) bagian ke empat mengenai pelayanan kesehatan dan makanan dinyatakan bahwa:

Pasal 20 ayat (1) Narapidana dan anak didik pemasyarakatan yang sakit, hamil atau menyusui berhak mendapatkan makanan tambahan sesuai dengan petunjuk dokter.



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





BAB 14

PENUHI NUTRISI WARGA BINAAN IBU HAMIL DAN ANAK TITIPAN

A. Peran Bidan atau Tenaga Kesehatan dalam Pemberian Pelayanan Kesehatan

1. Penempatan Narapidana

Lembaga pemasyarakatan wanita memiliki ruangan khusus untuk narapidana hamil, melahirkan atau menyusui. Namun LAPAS menyediakan ruangan khusus bagi narapidana yang memiliki keperluan khusus dan kepada tahanan anak, seperti narapidana yang mempunyai keperluan khusus yaitu penyakit *hidrosefalus*.

2. Kebutuhan Gizi dan Vitamin

Suplementasi gizi bagi ibu dan bayi sudah dilakukan. Ibu hamil dan menyusui mendapatkan susu dan suplemen nutrisi. Serta diberikan vitamin oleh perawat LAPAS, begitu juga anak dan bayi. Seperti dalam pemberian susu yang akan diberikan satu bulan sekali dan telah disesuaikan kepada



anggaran yang telah ditentukan, tetapi susu selalu dimasukkan dalam pembelian obat. “LAPAS diberikan dana khusus untuk kebutuhan ibu dan anak serta juga bekerja sama dengan farmasi untuk pemenuhan kebutuhan obat-obatan di LAPAS”.

Tahanan perempuan sedang mengandung atau melahirkan dipindahkan ke rumah sakit terdekat dikarenakan tanpa memilikinya bidan pada lembaga pemasyarakatan atau perawat yang mumpuni dalam hal menangani ibu yang melahirkan di dalam LAPAS karena Ibu melahirkan memiliki risiko lebih tinggi.

3. Peran Bidan pada Ibu Melahirkan

Kepada wanita yang baru melahirkan agar bayinya dapat dijemput atau dirawat oleh kerabat atau keluarga tahanan. Tapi biasanya bayi diasuh oleh ibu di dalam sel. Sedangkan untuk keperluan lain seperti pakaian yang digunakan bayi, pihak keluarga atau ibu bayi yang membawa sendiri kebutuhan tersebut, namun ada juga seseorang dari teman tahanan wanita yang menjaga untuk di rawat oleh mereka, kami menyediakan pakaian bayi yang sesuai.



Sumber: <https://youtu.be>



B. Faktor-faktor Penghambat dalam Memberikan Hak Pelayanan Kesehatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan

Pemberian hak tahanan, seperti hak untuk perawatan medis pada LAPAS wanita bergantung pada faktor pendukung seperti di luar maupun faktor dari dalam lembaga pemasyarakatan. Ada banyak faktor, yaitu teknis ataupun non-teknis, dalam terwujudnya hak pemeliharaan kesehatan kepada tahanan pada LAPAS Wanita. Secara teknis, pelaksanaan pemberian keharusan khusus tahanan wanita belum dapat dilaksanakan selaku optimal, karena faktor ini tidak hanya dipengaruhi oleh anggaran, tetapi juga sarana dan prasarana. Akan tetapi pada kenyataannya keharusan narapidana perempuan atas pelayanan kesehatan belum sepenuhnya terwujud karena beberapa faktor. Penyebab masalahnya adalah:

1. Kurangnya tenaga medis seperti tidak adanya dokter dan hanya memiliki tenaga kesehatan yaitu seorang perawat. Oleh sebab itu seharusnya ada satu orang dokter dan perawat guna untuk melakukan pelaksanaan pelayanan kesehatan yang telah ditetapkan atau ditempatkan dalam penjara.
2. Masih minimnya kebutuhan dalam hal fasilitas kesehatan, seperti kendaraan ambulans guna untuk apabila ada tahanan yang harus diberikan pertolongan segera dibawa ke rumah sakit terdekat, oleh karena itu sepatutnya di LAPAS harus menyediakan satu kendaraan mobil tetapi dalam kenyataannya pada LAPAS perempuan, karena tidak adanya kendaraan ambulans maka jika ada tahanan yang sakit dan harus di bawa ke rumah sakit dibawa dengan kendaraan mobil petugas atau mobil dinas penjara.
3. Obat-obatan yang masih minim dan tanpa adanya poliklinik di dalam penjara menjadi salah satu penghambat pemberian pelayanan kesehatan tahanan. Jika ada tahanan yang sakit, mereka tidak perlu dirawat, karena kami telah memastikan tersedianya layanan medis yang lengkap dan memadai.



4. Kurangnya anggaran operasional, pihak LAPAS Perempuan Kelas IIB Sigli juga mengalami kendala di bidang anggaran yang menghalanginya untuk sepenuhnya memenuhi haknya atas perawatan medis untuk tahanan wanita, dan ruang khusus tidak tersedia karena kurangnya anggaran ibu dan bayi yang baru lahir.

C. Upaya untuk Menangani Hambatan dalam Pemenuhan Hak Pelayanan Kesehatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan

Melibatkan pemerintah, juga bekerja sama dengan beberapa sumber seperti kementerian kesehatan dan juga afiliasinya, organisasi swadaya warga dan juga organisasi luar negeri guna membantu memberikan fasilitas atau layanan medis dalam upaya mencapai hak atas layanan medis di LAPAS Wanita.

Karena tidak tersedianya fasilitas kesehatan seperti ambulans untuk membawa narapidana ke rumah sakit, maka untuk membawanya ke rumah sakit, menggunakan mobil petugas/mobil dinas LAPAS. Faktor-faktor penghambat dalam pemberian keharusan pelayanan kesehatan untuk perempuan pada LAPAS perempuan Golongan IIB Sigli adalah sarana dan prasarana LAPAS, kualitas dan kuantitas petugas kesehatan yang tidak seimbang dengan jumlah narapidana di LAPAS. Kurangnya anggaran operasional sebagai bentuk pendukung perkembangan LAPAS sebagai tempat pembinaan oleh sebab itu merupakan faktor yang dapat menghambat pemberian keharusan pelayanan kesehatan di LAPAS.

Upaya yang dilakukan untuk bisa menangani hambatan pemberian keharusan kepada pelayanan kesehatan pada LAPAS, yaitu bekerja sama dengan otoritas yang berwenang, kementerian kesehatan, lembaga swadaya masyarakat dan organisasi internasional guna melibatkan pemerintah dalam memenuhi fasilitas kesehatan kepada seluruh tahanan di LAPAS. Tahanan dengan masalah kesehatan serius yang tidak dapat dirawat di poliklinik penjara dirujuk ke rumah sakit



umum terdekat dengan menggunakan BPJS. Dan karena tidak tersedianya fasilitas kesehatan seperti ambulans, maka setiap narapidana yang dibawa ke rumah sakit akan dibawa menggunakan mobil petugas/mobil dinas LAPAS.





BAB 15

PELAYANAN KIA DI DAERAH BENCANA

A. Daerah Bencana

Daerah bencana adalah kawasan yang hancur setelah dilanda bencana, seperti tornado, angin topan, tsunami, banjir, gempa bumi, atau bencana teknologi seperti kecelakaan nuklir dan radiasi, atau bencana sosiologi seperti kerusuhan, terorisme atau perang. Bencana adalah rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan masyarakat baik yang disebabkan oleh faktor alam/non alam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda dan dampak psikologis (UU No. 24, 2007). (Purwoko et al., 2015)





B. Upaya pada Tahap Tanggap Darurat Daerah Bencana

1. Mencegah Terjadinya Peningkatan Kesakitan dan Kematian pada Balita

a. Pelayanan kesehatan balita

- 1) Pelayanan tanggap darurat (pertolongan pertama);
- 2) Pelayanan kesehatan balita terdampak dan pelayanan di pengungsian:
 - a) Mendirikan pos pelayanan balita;
 - b) Komunikasi, informasi, dan edukasi;
 - c) Menyediakan pelayanan manajemen terpadu balita sakit (MTBS).

b. Pelaksanaan imunisasi

Berkoordinasi dalam memastikan semua balita mendapat imunisasi dasar lengkap. Imunisasi dalam mengantisipasi terjadinya KLB terutama campak.



- c. Pemberian zinc
Berkoordinasi dalam memastikan pemberian suplementasi zinc pada bayi (6- 11 bulan) dan anak balita (12-59 bulan) yang berada di lokasi bencana/daerah terdampak, zinc sebagai profilaksis penyakit diare dan perlindungan dari penyakit infeksi.
 - d. Penanganan gizi
Berkoordinasi dalam memantau perkembangan status gizi balita dan memastikan balita di pengungsian mendapatkan asupan nutrisi sesuai PMBA.
 - e. Kesehatan lingkungan
Berkoordinasi dalam pengendalian vektor penyakit, penyediaan akses dan sarana air bersih, pembuangan kotoran (popok sekali pakai), pengaturan jamban, pengawasan makanan dan minuman.
2. Mencegah dan Menangani Kekerasan Seksual
Memastikan dalam keamanan balita dalam menggunakan layanan kesehatan dan mencegah terjadinya kekerasan seksual, dengan pengaturan/manajemen tenda atau penampungan sementara yang aman.
 3. Mencegah Terjadinya Penularan HIV pada Bayi dan Balita
Memastikan pemeriksaan dini pada bayi yang lahir dari ibu HIV positif dan memastikan pemberian obat ARV pada balita yang terdaftar dalam program PPIA pada krisis kesehatan.
 4. Melaksanakan Pelayanan Kesehatan Jiwa dan Dukungan Psikososial
Berkoordinasi dengan sub klaster kesehatan jiwa, dalam:
 - a. Penilaian/asesmen bagi balita yang menunjukkan gejala gangguan psikis, termasuk anak yang terpisah dari orang tua/keluarga.
 - b. Pelayanan dasar dan keamanan atau *Psychological First Aid* (PFA) bagi anak, termasuk kegiatan bermain (pelibatan balita dalam kegiatan permainan dan *rekreasional*).



- c. Dukungan masyarakat dan keluarga (pendampingan, pemulihan, pengelolaan stres, konseling dan pemantauan lanjutan trauma.
 - d. Melakukan kegiatan stimulasi perkembangan melibatkan keluarga (mengacu SDIDTK) selama masa pengungsian.
5. Memastikan Ketersediaan Logistik
- Berkoordinasi dengan tim logistik dalam penyediaan logistik kesehatan balita:
- a. Kit individu balita;
 - b. Kit pelayanan kesehatan balita;
 - c. Ketersediaan makanan dan nutrisi (PMBA);
 - d. Ketersediaan obat dan vaksin;
 - e. Buku KIA, KIE, Paket MTBS, Paket SDIDTK kit;
 - f. Dapur umum pelayanan khusus balita (PMBA);
 - g. Permainan untuk balita (Baskoro, 2021).

C. Peran Bidan dalam Pelayanan KIA di Daerah Bencana

Bidan merupakan salah satu tenaga medis memiliki peran besar dalam menanggapi korban bencana. Pengetahuan bidan tentang manajemen prabencana sangat diperlukan agar pelayanan yang diberikan lebih optimal. Pengetahuan yang dimiliki bidan sangat penting di dalamnya karena bidan merupakan salah satu ujung tombak utama dalam sebuah pelayanan.

Bidan di wilayah kerja potensi bencana harus selalu siap memberikan asuhan kebidanan yang lebih optimal kepada seluruh masyarakat di tengah kondisi bencana yang bisa terjadi kapan pun. Kesiapsiagaan bidan dalam menghadapi bencana merupakan salah satu upaya yang konkret dalam mengurangi dampak buruk terjadinya bencana.

Bidan diharapkan dapat melakukan pemetaan ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir di daerah yang memiliki potensi bencana sehingga mempermudah untuk evakuasi dan juga untuk diberikan pelayanan yang lebih komprehensif jika



sewaktu-waktu terjadi bencana. Bidan harus bisa memberikan layanan kesehatan pada daerah yang memiliki potensi bencana supaya dapat segera mengatasi kesehatan masyarakat terutama kesehatan ibu dan anak dalam keadaan darurat bencana guna mengendalikan ancaman atau penyebab bencana dan menanggulangi dampak kesehatan yang mungkin akan timbul. (Aistikhorotul Mashdaryah, 2018).

LINK Youtube: <https://youtu.be/Z17DIVBcYmQ>





BAB 16

PELAYANAN KIA PRA BENCANA

Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak Prabencana

1. Krisis Kesehatan

Krisis kesehatan adalah suatu peristiwa atau kejadian yang mengancam kesehatan individu maupun masyarakat yang disebabkan oleh bencana dan suatu kondisi yang berpotensi bencana. (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

2. Tahapan Kegiatan Krisis Kesehatan

Berdasarkan rekomendasi dari Badan Nasional Penanggulangan Bencana maupun Badan Penanggulangan Bencana Daerah. (Putra et al., 2015).

- a. Prakrisis kesehatan, merupakan serangkaian kegiatan kesiagaan krisis kesehatan yang dilakukan pada situasi tidak terjadi bencana atau situasi terdapat potensi terjadinya bencana yang meliputi kegiatan perencanaan penanggulangan krisis kesehatan, pengurangan risiko krisis kesehatan, pendidikan dan pelatihan, penetapan persyaratan standar teknis dan analisis penanggulangan krisis kesehatan, kesiapsiagaan dan *mitigasi* kesehatan.



- b. Tanggap darurat krisis kesehatan, merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan dengan segera pada saat kejadian akibat bencana untuk menangani dampak kesehatan yang ditimbulkan, yang meliputi kegiatan penyelamatan dan evakuasi korban, pemenuhan kebutuhan dasar, perlindungan dan pemulihan korban, memastikan ketersediaan prasarana serta fasilitas pelayanan kesehatan.
 - c. Pascakrisis kesehatan, merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan dengan segera untuk memperbaiki, memulihkan, dan/atau membangun kembali prasarana dan fasilitas pelayanan kesehatan.
3. Peran Bidan dalam Memberikan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Situasi Prabencana

Bidan merupakan tenaga kesehatan yang pada umumnya bekerja di puskesmas atau di sekitar lingkungan masyarakat. Kontribusi bidan terhadap bencana atau pengurangan risiko darurat sangat penting. Organisasi WHO menyebutkan bahwa kesehatan ibu, bayi baru lahir, dan perempuan perlu diperhatikan dalam bencana karena mereka termasuk dalam kelompok rentan. Pada pelayanan prabencana bidan dapat berpartisipasi dan mengambil peran untuk memberikan edukasi mengenai kesiapsiagaan dalam menghadapi bencana. Edukasi ini sudah tertuang di dalam buku KIA, sebagai berikut.



KESIAPSIAGAAN DALAM SITUASI BENCANA

Indonesia merupakan negara yang terletak di wilayah yang rawan bencana, bencana alam yang sering terjadi di Indonesia antara lain gempa bumi, erupsi gunung berapi, kebakaran hutan/lahan longsor, banjir, tsunami, di samping bencana nonalam seperti pandemi virus atau situasi konflik. Kelompok yang paling rentan terdampak



bencana diantaranya adalah ibu hamil, ibu nifas, bayi dan balita. Kondisi pengungsian yang padat dan tidak memadai, dengan hygiene dan sanitasi yang buruk, dengan tinggi menimbulkan berbagai penyakit, termasuk risiko terinfeksi penyakit menular dan peningkatan kasus gizi kurang. Disamping itu juga berisiko terhadap pelecehan, kekerasan, dan trauma. Selain risiko kesakitan, kecatatan dan kematian, anak dan balita juga memiliki risiko terpisah dari orang tua.

Reaksi bayi dan anak berumur 1–2 tahun sangat dipengaruhi oleh suasana kejiwaan orangtuanya dalam menghadapi bencana. Bila orangtua panik dan cemas, maka anak-anak tersebut akan gelisah, rewel dan mudah terkena penyakit. Anak usia prasekolah mudah merasa tidak berdaya dan terus mengingat trauma psikis yang dialami akibat bencana. Hal ini mengakibatkan gangguan tidur dan anak lebih banyak berdiam diri.

Bimbang untuk bermain dapat mengurangi masalah tersebut.



Dalam situasi normal, ibu hamil, ibu bersalin, bayi,

dan balita terutama yang tinggal di daerah rawan bencana untuk mempersiapkan kesiapsiagaan menghadapi bencana:

- Membuat rencana darurat keluarga
 - Kenali ancaman bencana
 - Nomor kontak penting (keluarga, fasilitas pelayanan kesehatan/rumah sakit/puskesmas/rumah bersalin/klinik, dan lain-lain)
 - Identifikasi lokasi untuk mematikan air, gas, dan listrik
 - Identifikasi titik kumpul dan titik aman di dalam bangunan atau rumah
 - Ketahui rute evakuasi
 - Identifikasi anggota keluarga yang rentan (bayi, balita, ibu hamil, ibu bersalin nifas, lanjut usia, dan penyandang disabilitas)
- Menyimak informasi dari radio/ televisi/ media online/ informasi resmi dari BPBD, BNPB. Apabila sudah terbentuk posko, informasi lanjutan akan diberikan oleh posko setempat
- Menyiapkan kit bencana



Kesiapsiagaan dalam menghadapi bencana ini juga diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 75 Tahun 2019 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan pada Bab III Kegiatan



Penanggulangan, bagian Kedua Tahap Prakrisis Kesehatan yang menyatakan:

(Menteri Kesehatan, 2019).

Pasal 9:

- 1) Penanggulangan pada tahap prakrisis kesehatan ditujukan untuk peningkatan sumber daya kesehatan, pengelolaan ancaman terjadinya krisis kesehatan, dan pengurangan kerentanan.
- 2) Penanggulangan pada tahap prakrisis kesehatan meliputi upaya pencegahan dan *mitigasi*, dan kesiapsiagaan.
- 3) Upaya pencegahan dan *mitigasi* pada tahap prakrisis kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi kegiatan:
 - a) Kajian risiko krisis kesehatan;
 - b) Menyusun, mensosialisasikan dan menerapkan kebijakan atau standar penanggulangan;
 - c) Krisis kesehatan;
 - d) Mengembangkan sistem informasi penanggulangan krisis kesehatan;
 - e) Menyusun rencana penanggulangan krisis kesehatan; dan
 - f) Melaksanakan peningkatan kapasitas fasilitas pelayanan kesehatan aman bencana.
- 4) Upaya kesiapsiagaan pada tahap prakrisis kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi kegiatan:
 - a) Simulasi/geladi bidang kesehatan;
 - b) Pemberdayaan masyarakat;
 - c) Mengembangkan sistem peringatan dini;
 - d) Membentuk tim kesehatan lainnya;
 - e) Menyiapkan ketersediaan sarana prasarana kesehatan, dan perbekalan kesehatan yang memadai untuk upaya tanggap darurat; dan
 - f) Meningkatkan kapasitas sumber daya manusia baik dalam hal manajerial maupun teknis.



5) Kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan ayat (4) diselenggarakan sekurang-kurangnya satu kali dalam setahun.

Link Youtube: <https://youtu.be/atbeX2bQtj4>





BAB 17

PELAYANAN KIA SAAT BENCANA

A. Saat Bencana (Kejadian Bencana)

Ini termasuk upaya yang dilakukan untuk memastikan bahwa kebutuhan dan penentuan korban terpenuhi dan dampak penderitaan diminimalkan. Kegiatan yang dilakukan pada tahap ini disebut kegiatan tanggap darurat.

1. Pelayanan Kesehatan Balita pada Krisis Kesehatan
 - a. Pelayanan tanggap darurat: pelayanan kesehatan pada saat krisis kesehatan bertujuan untuk menyelamatkan nyawa, mencegah atau mengurangi kecacatan dengan memberikan pelayanan yang terbaik bagi korban.

Langkah-langkahnya sebagai berikut:

 - 1) Triase di lokasi (menentukan kegawatdaruratan balita);
 - 2) Pertolongan pertama sesuai dengan hasil triase;
 - 3) Proses pemindahan korban, rujukan;
 - 4) Perawatan di rumah sakit.
 - b. Pelayanan kesehatan balita yang terdampak dan pelayanan di pengungsian



Langkah-langkah yang dilakukan sebagai berikut:

1) Mendirikan pos pelayanan balita di beberapa titik lokasi bencana terutama di wilayah banyak populasi balita terdampak, dan memastikan bahwa kewaspadaan standar dilaksanakan sejak dimulainya pelayanan dalam penanganan kesakitan.

2) Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE)

Pada masa tanggap darurat masyarakat terdampak bencana perlu diberikan informasi terkait langkah-langkah untuk mengurangi dampak bencana. Isi pesan perlu disesuaikan dengan kebutuhan/jenis bencana yang dihadapi. Namun ada pesan yang selalu perlu disampaikan pada bencana jenis apa pun pada ibu dan balita, misalnya: mencuci tangan pakai sabun, makan makanan bergizi seimbang, dan bermain.

3) Menyediakan pelayanan MTBS

Penyakit menular yang sering terjadi pada balita di lokasi pengungsian, campak, diare, pneumonia, malaria dan penyakit menular lainnya, sangat erat dengan lingkungan dan faktor risiko lainnya serta masyarakat di sekitar penampungan pengungsi. Tatalaksana pada balita sakit di pengungsian dilaksanakan mengikuti bagan MTBS. Tata-laksana balita sakit di pengungsian mengikuti bagan MTBS: tatalaksana pneumonia, tatalaksana diare, tatalaksana demam dan tatalaksana masalah gizi, termasuk gizi buruk.

2. Pelayanan Imunisasi

Pada krisis kesehatan, pemberian imunisasi tetap harus dilakukan, karena kerawanan terhadap penyakit meningkat. Hal ini merupakan akibat dari memburuknya status kesehatan, terutama status gizi balita; kepadatan penduduk pada suatu tempat/ruang pengungsi, peningkatan mobilitas penduduk antar wilayah (kunjungan keluarga) dan cakupan



imunisasi rendah, yang semuanya itu akan meningkatkan kerawanan yang berat.

Dalam situasi krisis kesehatan atau di lokasi pengungsian, upaya imunisasi harus dipersiapkan dalam mengantisipasi terjadinya Kejadian Luar Biasa Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (KLB PD31) terutama campak. Sedangkan pencegahan KLB penyakit lain dengan upaya imunisasi dilakukan berdasarkan hasil dari penilaian cepat pasca krisis kesehatan. Imunisasi campak dilakukan terhadap anak berusia 9 s/d 59 bulan di lokasi pengungsian. Perluasan sasaran imunisasi campak ke usia lebih tinggi, ditentukan berdasarkan analisis epidemiologi dan kinerja program imunisasi di daerah tersebut sebelum terjadi krisis. Apabila ditemukan kasus campak pasca krisis walaupun hanya satu kasus, maka dinyatakan terjadi kejadian luar biasa (KLB) pada daerah tersebut dan penanggulangannya mengacu pada pedoman penatalaksanaan KLB. Perkiraan jumlah anak usia 9 s/d 59 bulan adalah sekitar 11 % x jumlah penduduk.

3. Pemberian Tablet Zinc

Suplementasi zinc diberikan kepada setiap bayi (usia 6-11 bulan) dan anak balita (usia 12-59 bulan) yang tinggal dan atau berada di lokasi bencana dan daerah terkena dampak bencana. Tujuan pemberian suplementasi zinc sebagai profilaksis penyakit diare pada bayi dan anak balita pada kondisi krisis kesehatan sebagai upaya perlindungan bagi bayi dan anak balita terhadap penyakit infeksi lain (pneumonia, leptospirosis, hepatitis A dan E, campak, meningitis, *tuberculosis*, influenza, malaria, demam dengue, tetanus) pada kondisi bencana. Zinc sebagai suplemen diberikan ke sasaran sesuai dosis 10 mg/hari selama 3 bulan berturut turut). Zinc diberikan ke sasaran setiap 1 (satu) blister (sediaan yang ada saat ini 20 mg tablet dispersibel) dan diberikan kembali berikutnya 1 (satu) blister lagi dan begitu seterusnya sampai seluruh dosis terpenuhi.



Pelaksanaan pemberian zinc sebagai profilaksis mengacu pada juknis suplementasi zinc pada situasi bencana. dan berkoordinasi dengan sub klaster pengendalian penyakit dan kesehatan. lingkungan.

4. Penanganan Gizi

Kegiatan penanganan gizi pada saat tanggap darurat dikelompokkan dalam dua tahap, yaitu pada tahap tanggap darurat awal dan lanjutan yang mengacu pada pedoman penanganan gizi dalam penanggulangan bencana (2018) termasuk untuk pemberian makan bagi bayi dan anak (PMBA). Kegiatan ini dikoordinasikan oleh sub klaster pelayanan gizi.

- a. Pada tanggap darurat awal kegiatan yang dilakukan adalah memastikan pengungsi tidak lapar dan dapat mempertahankan status gizinya, mengawasi pendistribusian bantuan bahan makanan, dan melakukan analisis hasil penilaian kesehatan cepat (*Rapid Health Assessment/RHA*) segera, serta menghitung kebutuhan gizi.
- b. Pada tanggap darurat lanjutan dilakukan analisis faktor penyulit berdasarkan hasil RHA, pengumpulan data antropometri balita (berat badan, panjang badan/tinggi badan, umur) dan Lingkar Lengan Atas (LILA), menghitung proporsi status gizi balita kurus, menganalisis adanya faktor penyulit seperti kejadian campak, demam berdarah, dan lain-lain, melaksanakan pemberian makanan tambahan dan suplemen gizi, melakukan penyuluhan kelompok dan konseling perorangan dengan materi yang disesuaikan (konseling menyusui, MP ASI, dan PMBA), dan memantau perkembangan status gizi balita melalui surveilans gizi, serta memastikan balita di pengungsian mendapat asupan nutrisi sesuai PMBA.



5. Pencegahan dan Penanganan Kekerasan Seksual

Memastikan keamanan balita dalam menggunakan layanan kesehatan dan mencegah terjadinya kekerasan seksual, dengan pengaturan/manajemen tenda atau penampungan sementara yang aman. Bila ditemukan kekerasan seksual, maka perlu berkoordinasi dengan sub kluster kesehatan reproduksi.

Langkah-langkah yang dikoordinasikan oleh sub kluster kesehatan reproduksi sebagai berikut:

- a. Memastikan balita yang terpisah dari keluarga dikumpulkan dalam satu tenda dan terjamin keamanannya.
- b. Memastikan terdapat fasilitas pelayanan kesehatan yang ramah, anak bagi penyintas kekerasan seksual di tenda pengungsian.
- c. Menempatkan toilet laki-laki dan perempuan secara terpisah di tempat yang aman dengan penerangan yang cukup dan dapat dikunci dari dalam.
- d. Memastikan anak balita didampingi pada saat ke toilet.
- e. Melakukan koordinasi dengan penanggung jawab keamanan, untuk mencegah terjadinya kekerasan seksual pada anak.
- f. Melibatkan lembaga/organisasi pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak di pengungsian dalam rangka pencegahan dan penanganan kekerasan seksual pada anak.
- g. Memberikan informasi kepada orang tua melalui brosur, selebaran, radio, dll., tentang layanan bagi penyintas pelecehan, kekerasan seksual, perkosaan dengan nomor telepon yang bisa dihubungi 24 jam.
- h. Memastikan adanya petugas yang kompeten dalam penanganan kasus kekerasan seksual pada anak, dan melibatkan tokoh/kader sebagai motivator untuk memberikan semangat dan penghubung antara penyintas kekerasan seksual dan pelayanan kesehatan.



- i. Memastikan tersedianya pelayanan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial di organisasi yang terlibat dalam respons bencana bagi penyintas kekerasan dan memastikan adanya mekanisme rujukan, perlindungan sosial, tindakan hukum yang terkoordinasi dengan baik.
- j. Mendorong partisipasi dan kesadaran pihak terkait termasuk masyarakat tentang masalah kekerasan seksual, strategi pencegahan dan pelayanan yang tersedia untuk penyintas.

B. Mencegah Penularan HIV pada Bayi dan Balita

Pengobatan ARV pada anak HIV perlu dimonitor secara ketat agar tidak terjadi putus pengobatan yang dapat menyebabkan kematian pada anak. Salah satu prioritas dalam pencegahan dan pengendalian HIV-AIDS adalah pemberian ARV profilaksis pada bayi dari ibu HIV dan diagnosis dini HIV dengan pemeriksaan HIV DNA pada usia 6 minggu atau lebih hingga sebelum 18 bulan dan bila terinfeksi HIV dilanjutkan dengan terapi ARV sedini mungkin. Penanggung jawab komponen balita memastikan pemeriksaan dini pada bayi yang lahir dari ibu HIV dan pemberian obat ARV pada balita yang terdaftar dalam program PPIA pada krisis kesehatan.

C. Melaksanakan Kesehatan Jiwa dan Dukungan Psikososial

Langkah-langkah yang dikoordinasikan oleh sub kluster kesehatan jiwa sebagai berikut:

1. Penilaian/asesmen bagi balita yang menunjukkan gejala gangguan psikis (misalnya, murung, menyendiri, tidak bisa tidur, gelisah), termasuk anak yang terpisah dari orang tua/keluarga.
2. Pelayanan dasar dan keamanan atau *psychological first aid* (PFA) bagi anak, termasuk kegiatan bermain (melibatkan balita dalam kegiatan permainan dan *rekreasional*)



3. Dukungan masyarakat dan keluarga: pendampingan, pemulihan, pengelolaan stres, konseling dan pemantauan lanjutan trauma.

D. Memastikan Ketersediaan Logistik

Pada situasi krisis kesehatan diperlukan adanya logistik kesehatan balita. Koordinator pelayanan kesehatan balita melakukan koordinasi dengan tim logistik untuk pelayanan kesehatan balita, mulai dari perencanaan kebutuhan, pendistribusian dan pemantauan serta evaluasi penggunaan logistik kesehatan balita.

E. Pelayanan Minimum Kesehatan Lansia (PMKL)

Yang dimaksud dengan lanjut usia adalah orang yang berusia 60 tahun ke atas. Berdasarkan pengalaman respons krisis kesehatan di Indonesia, kelompok lansia masih sering terabaikan dan belum mendapatkan pelayanan memadai. Oleh karena itu, kegiatan PMKL dimasukkan ke dalam komponen PPAM yang sedang dalam pengembangan di Indonesia agar mendapat perhatian dan penanganan yang lebih baik pada respons bencana di masa yang akan datang.

Pada situasi krisis kesehatan, lansia memiliki risiko tinggi (rentan) karena:

1. Lansia sebagian multipatologis dan rentan mengalami stres psikologis pada situasi krisis.
2. Membutuhkan pelayanan kesehatan (contoh: obat kronik).
3. Membutuhkan nutrisi yang spesifik (karena riwayat penyakit, kesehatan gigi, indra pengecap menurun).
4. Berisiko mengalami kekerasan: seperti penelantaran khususnya lansia perempuan.
5. Lansia dengan ketergantungan total, berat dan sedang menyebabkan akses yang terhambat dan membutuhkan pendamping lansia.



Meskipun memiliki kerentanan, namun lansia juga memiliki potensi yang sangat bermanfaat pada situasi krisis kesehatan:

1. Berperan sebagai pengambil keputusan, saat sistem kepemimpinan tidak ada.
2. Mampu menjadi penengah dari masalah/konflik di penampungan karena bijak.
3. Lansia perempuan mampu menjadi pendamping balita/anak yatim/orang sakit.
4. Pengalaman lansia dapat membantu melestarikan identitas budaya dan sosial masyarakat.

Pelaksanaan Pelayanan Minimum Kesehatan Lanjut Usia (PMKL) pada krisis kesehatan difokuskan pada 3 tujuan yaitu:

1. Memastikan ketersediaan dan aksesibilitas pelayanan kesehatan umum dan reproduksi lansia;
2. Meningkatkan aspek-aspek perlindungan lansia kesehatan pada kondisi pengungsian;
3. Kebutuhan esensial melalui kemitraan multi sektor WASH (*water, sanitation and hygiene*) atau air, sanitasi dan kebersihan), pengungsian/*shelter* dan ketersediaan makanan.

Di dalam pelaksanaannya PMKL dilakukan dalam tiga fase yaitu: prakrisis, tanggap darurat krisis kesehatan dan pasca krisis.

Langkah-langkah yang dilakukan pada tahap tanggap darurat krisis kesehatan:

1. Kesehatan umum dan kesehatan reproduksi
 - a. Memberikan penugasan bagi penanggung-jawab PMKL dan pelaksanaan koordinasi di bawah sub kluster kesehatan reproduksi.
 - b. Mencegah terjadinya peningkatan kejadian sakit, cacat dan kematian pada lansia.
 - c. Melaksanakan pelayanan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial spiritual dengan melibatkan relawan atau



organisasi yang bergerak di bidang penanganan masalah kesehatan jiwa atau dukungan psikososial.

- d. Memastikan kelancaran mekanisme rujukan, perlindungan bagi lansia, tindakan hukum yang terkoordinasi dengan baik.
 - e. Memastikan ketersediaan logistik.
 - f. Memastikan pembiayaan, disesuaikan dengan peraturan yang berlaku di tingkat nasional, pemerintah daerah dalam penanggulangan bencana.
2. Aspek-aspek Perlindungan Kesehatan Lansia
- a. Mencegah dan menangani berbagai risiko kekerasan pada lansia.
 - b. Penanganan gizi lansia.
 - c. Penanganan kesehatan lingkungan kebutuhan esensial melalui kemitraan multi sektor.
 - d. WASH (*water, sanitation and hygiene*) atau air, sanitasi dan kebersihan), pengungsian/*shelter* dan ketersediaan makanan.

F. Kesehatan Umum dan Kesehatan Reproduksi

Langkah-langkah yang dapat dilakukan PMKL adalah sebagai berikut:

1. Memberikan penugasan bagi penanggung-jawab PMKL dan pelaksanaan koordinasi di bawah sub kluster kesehatan reproduksi. Kegiatan yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut:
 - a. Penetapan penanggung jawab PMKL oleh kepala dinas atau kepala daerah setempat.
 - b. Melakukan pertemuan koordinasi lintas program/sector dan pihak terkait di bawah koordinasi sub kluster kesehatan reproduksi.
 - c. Mengidentifikasi isu dan data terkait kesehatan lansia, ketersediaan: sumber daya, kebutuhan logistik, WASH, ketersediaan makanan dan kualitasnya, tenda lansia.



- d. Mengidentifikasi kasus kesakitan yang sering muncul dengan menggunakan data sekunder yang tersedia.
- e. Membuat peta wilayah terdampak bencana dan menandai lokasi dengan jumlah lansia, tingkat ketergantungan dan kerentanannya.
- f. Mencatat dan menentukan jumlah aktual lansia terdampak bencana.
- g. Mengidentifikasi dan menilai puskesmas dan RS yang dapat dijadikan tempat rujukan bagi lansia yang membutuhkan pelayanan kesehatan lanjut.
- h. Membuat peta tenda dengan identitas lansia terdampak bencana di posko pelayanan kesehatan disertai dengan foto lansia yang bersangkutan.
- i. Melaksanakan pemetaan rencana dan respons cepat dalam memberikan pelayanan kesehatan lansia.
- j. Mencegah terjadinya peningkatan kejadian sakit, cacat dan kematian pada lansia.
- k. Melaksanakan pelayanan tanggap darurat dengan langkah-langkah: triase kegawatdaruratan kondisi lansia, melakukan pertolongan pertama, melakukan proses pemindahan atau rujukan ke puskesmas atau RS terdekat.
- l. Mendirikan pos pelayanan kesehatan dengan menyediakan "antrean jalur cepat" pasien lansia, menyiapkan tangga/ram buatan, mendekatkan lokasi bantuan.
- m. Memastikan kewaspadaan standar dalam pelayanan kesehatan lansia.
- n. Memberikan pelayanan kesehatan termasuk kesehatan reproduksi lansia terdampak bencana di pengungsian.
- o. Melakukan edukasi dan penyebaran informasi untuk mengurangi dampak bencana.
- p. Menyediakan pelayanan yang ramah dan santun lansia.
- q. Menyediakan makanan yang sesuai dengan kondisi penuaan dan penyakit yang diderita lansia.



2. Melaksanakan pelayanan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial spiritual dengan melibatkan relawan atau organisasi yang bergerak di bidang penanganan masalah kesehatan jiwa atau dukungan psikososial
 - a. Melakukan penilaian dengan menggunakan bantuan psikologis awal (*Psychological First Aid*) bagi pendamping lansia.
 - b. Merujuk ke pos pelayanan kesehatan bila menemukan gejala gangguan psikis seperti gelisah, menyendiri, tidak mau makan, tidak mau bergaul, tidak bisa tidur, sedih, suka menangis tanpa sebab).
 - c. Melakukan kegiatan-kegiatan untuk mengisi waktu luang lansia dan pendampingnya selama dalam pengungsian dengan permainan terapeutik misal senam otak, senam kesehatan lansia, stimulasi kognitif, dll.
 - d. Memastikan adanya dukungan yang asertif dan suportif terhadap lansia selama dalam pengungsian.
3. Memastikan kelancaran mekanisme rujukan, perlindungan bagi lansia, tindakan hukum yang terkoordinasi dengan baik.
4. Memastikan ketersediaan logistik. Perlu dilakukan pemantauan terhadap kebutuhan, pendistribusian, evaluasi penggunaannya.
5. Memastikan pembiayaan, disesuaikan dengan peraturan yang berlaku di tingkat nasional, pemerintah daerah dalam penanggulangan bencana. Pembiayaan dapat bersumber dari BNPB, BPJS, pemerintah pusat, pemda, lembaga swadaya masyarakat lokal dan internasional, disesuaikan dengan kebijakan dan peraturan yang berlaku saat tanggap bencana terjadi.

G. Aspek-aspek Perlindungan Kesehatan Lansia

Perencanaan kegiatan bagi perlindungan dan pelayanan lansia harus mengikuti kaidah 'tidak memperburuk keadaan (*do no harm*), dengan kata lain menghindari terkena risiko tambahan terhadap lansia karena tindakan perlindungan yang diberikan.



Langkah-langkah perlindungan kesehatan lansia adalah sebagai berikut:

1. Mencegah dan menangani berbagai risiko kekerasan pada lansia;
2. Menyediakan layanan pelacakan atau penyatuan kembali keluarga yang hilang atau bercerai-berai;
3. Memastikan lansia yang terpisah dari keluarga dikumpulkan dengan keluarga/pendamping dan terjamin keamanannya;
4. Menempatkan toilet laki-laki dan perempuan secara terpisah di tempat yang aman, penerangan cukup, tidak licin, memiliki pegangan di dinding toilet dan dapat dikunci dari dalam;
5. Melibatkan lembaga/organisasi pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak di pengungsian untuk mencegah dan menangani kekerasan pada lansia;
6. Memberikan informasi kepada para lansia dan pendamping lansia tentang risiko tindakan kekerasan melalui brosur, selebaran, radio dan media lainnya tentang pelayanan bagi penyintas kekerasan, pelecehan, perkosaan dengan nomor telepon yang dapat dihubungi 24 jam;
7. Memastikan tersedianya petugas yang kompeten dalam menangani kasus kekerasan dan melibatkan tokoh/kader sebagai perantara penyintas dan petugas kesehatan;
8. Memastikan tersedianya pelayanan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial;
9. Mendorong partisipasi dan kesadaran berbagai pihak terkait termasuk masyarakat terhadap tindak kekerasan bagi lansia;
10. Mencegah penularan HIV pada lansia aktif.

H. Mencegah dan Menangani Kekerasan Seksual

Pada situasi bencana di mana keadaan tidak stabil, potensi terjadinya kekerasan seksual dapat meningkat terutama saat situasi mulai mengarah pada terjadinya konflik sosial.



Pencegahan dan penanganan kasus kekerasan seksual menjadi salah satu prioritas dalam PPAM untuk meyakinkan tanggap darurat yang mengatasi kerentanan perempuan sejak awal krisis dan upaya perlindungan yang memadai bilamana kekerasan terjadi. Kekerasan seksual mempunyai dampak fisik dan psikologis jangka panjang dan dapat mengancam jiwa bila tidak ditangani dengan baik. Kekerasan seksual berpotensi terjadi di berbagai tempat, misalnya di pengungsian pada saat mengakses toilet umum dan kebutuhan air bersih untuk keperluan domestik.

Kelompok yang berisiko mengalami kekerasan seksual pada krisis kesehatan adalah:

1. Perempuan yang kehilangan anggota keluarga;
2. Perempuan sebagai kepala keluarga;
3. Anak laki-laki/perempuan yang kehilangan anggota keluarga;
4. Laki-laki perempuan yang berkebutuhan khusus (penyandang disabilitas) dll.

Langkah-langkah yang harus dilakukan pada pencegahan dan penanganan kekerasan seksual adalah:

1. Melakukan advokasi kepada BPBD dan dinas sosial melalui koordinator klaster kesehatan untuk dukungan mencegah terjadinya kekerasan seksual melalui manajemen tenda atau penampungan sementara yang aman;
2. Melibatkan perempuan di pengungsian dan lembaga/organisasi yang bergerak di bidang pemberdayaan perempuan dalam pencegahan dan penanganan kekerasan seksual;
3. Berkoordinasi dengan BPPD dan dinas sosial untuk penyediaan fasilitas untuk melanjutkan kehidupan seksual yang sehat di lokasi pengungsian bagi pasangan suami istri yang sah, yang sesuai dengan budaya setempat atau kearifan lokal dan melindungi privasi;
4. Memastikan tersedianya pelayanan kesehatan dan petugas yang kompeten untuk penanganan kasus kekerasan seksual;



5. Menginformasikan adanya pelayanan bagi penyintas perkosaan dengan nomor telepon yang bisa dihubungi 24 jam. Informasi dapat diberikan melalui media yang bermanfaat seperti poster, spanduk, dll.;
6. Berkoordinasi dengan lintas sektor terkait untuk memastikan adanya mekanisme rujukan untuk dukungan psikososial, bantuan hukum, perlindungan penyintas dan layanan lainnya.



BAB 18

PELAYANAN KIA PADA KAUM DISABILITAS

Masalah kesehatan ibu dan anak (KIA) masih menjadi masalah kesehatan di Indonesia. Hal ini dikarenakan masih tingginya angka kematian ibu dan angka kematian bayi yang ada di Indonesia. Definisi kesehatan berdasarkan UU RI No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan pasal 1 kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis (Wahid et al., n.d.).

Untuk fasilitas sarana/prasarana pelayanan KIA di Puskesmas Tuminting belum memadai dikarenakan alat-alat medis yang sudah rusak dan sudah tua, di Puskesmas Tuminting masih terdapat kendala dalam pelayanan KIA di mana masih banyak ibu yang membawa anaknya imunisasi ke puskesmas padahal sudah ada petugas-petugas kesehatan di masing-masing kelurahan sehingga membuat petugas di puskesmas kewalahan, kurangnya kesadaran ibu yang memeriksakan kehamilan dengan tepat waktu dan tenaga kesehatan (bidan) yang masih kurang. Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa dalam pelayanan



kesehatan ibu dan anak di Puskesmas Tuminting sudah berjalan dengan baik.

Menurut WHO (2014) disabilitas dianggap sebagai kondisi yang menyebabkan gangguan pada hubungan seseorang dengan lingkungan, penyandang disabilitas merupakan kelompok minoritas terbesar di dunia, di mana 80 % dari penyandang disabilitas berada di kalangan negara-negara berkembang. Sementara Survei Ekonomi Nasional (Susenas) 2020 mencatat ada 28,05 juta penyandang disabilitas. Adapun Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyebut persentase difabel di Indonesia 10 persen dari total penduduk atau sekitar 27,3 juta orang.

Disabilitas merupakan suatu konsep yang terus berkembang dan disabilitas merupakan hasil dari interaksi antara orang-orang dengan keterbatasan kemampuan dan sikap serta lingkungan yang menghambat partisipasi penuh dan efektif mereka di dalam masyarakat berdasarkan kesetaraan dengan yang lainnya (Lampiran UU 19 Tahun 2011 tentang Pengesahan CRPD Negara Republik Indonesia yang berdasarkan Pancasila dan Undang-undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 menghormati dan menjunjung tinggi harkat dan martabat manusia.

Hak asasi manusia sebagai hak dasar yang secara kodrati melekat pada diri manusia bersifat universal, perlu dilindungi, dihormati, dan dipertahankan, sehingga perlindungan dan hak asasi manusia terhadap kelompok rentan, khususnya penyandang disabilitas.

Penghormatan, perlindungan, dan pemenuhan hak penyandang disabilitas merupakan kewajiban negara. Hal ini juga ditegaskan dalam Undang-undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia, sehingga masyarakat mempunyai tanggung jawab untuk menghormati hak penyandang disabilitas. Penyandang disabilitas selama ini mengalami banyak diskriminasi yang berakibat belum terpenuhinya pelaksanaan hak penyandang disabilitas (Raidanti, 2020).



A. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak pada Kaum Disabilitas



Sesuai dengan amanat Undang-undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang penyandang disabilitas salah satu hak bagi penyandang disabilitas adalah memiliki hak atas kesehatan reproduksi. Pada materi ini bagian dari kesehatan reproduksi yang akan dibahas adalah pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA). Secara umum pelayanan KIA yang diberikan bagi penyandang disabilitas tidak berbeda dengan non disabilitas.

Penyandang Disabilitas adalah setiap orang yang mengalami keterbatasan fisik, intelektual, mental, dan/atau sensorik dalam jangka waktu lama yang dalam berinteraksi dengan lingkungan dapat mengalami hambatan dan kesulitan untuk berpartisipasi secara penuh dan efektif dengan warga negara lainnya berdasarkan kesamaan hak. Kesamaan kesempatan adalah keadaan yang memberikan peluang dan/atau menyediakan akses kepada penyandang disabilitas untuk menyalurkan potensi dalam segala aspek penyelenggaraan negara dan masyarakat.



B. Pelayanan Kesehatan pada Ibu Hamil pada Kaum Disabilitas



1. Pelayanan Antenatal Terpadu

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

a. Promotif

- 1) Peningkatan pemahaman bagi penyandang disabilitas maupun keluarga/pendamping tentang kehamilan (tanda bahaya kehamilan), persalinan, Keluarga Berencana Pasca Persalinan (KBPP), dan manajemen laktasi.
- 2) Perlunya ditekankan dukungan dan pendampingan dari keluarga atau masyarakat bagi ibu hamil penyandang disabilitas sehingga dapat menjalani kehamilannya dengan selamat.
- 3) Pengenalan dan pemanfaatan buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).
- 4) Pelaksanaan kelas ibu hamil melakukan stimulasi janin dalam kehamilan.



- 5) Skrining kelainan kongenital.
- b. Preventif
 - 1) Pemberian PMT bagi ibu hamil KEK;
 - 2) Konseling kesehatan ibu dan anak.
 - c. Tatalaksana
 - 1) Setiap ibu hamil mendapatkan pelayanan ANC sesuai standar. Pelayanan ANC sesuai standar adalah pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil minimal 4 kali selama kehamilan dengan jadwal satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua dan dua kali pada trimester ketiga yang dilakukan oleh bidan dan/atau dokter dan atau dokter spesialis kebidanan, baik yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta yang memiliki Surat Tanda Registrasi (STR).
 - 2) Pemeriksaan dalam ANC meliputi berbagai jenis pemeriksaan termasuk menilai keadaan umum (fisik) dan psikologis penyandang disabilitas hamil Standar pelayanan ANC adalah pelayanan yang dilakukan kepada ibu hamil dengan memenuhi kriteria 10 T yaitu:
 - a) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan;
 - b) Ukur tekanan darah;
 - c) Nilai status gizi (ukur lingkaran lengan atas/LILA);
 - d) Ukur tinggi puncak rahim (fundus uteri);
 - e) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ);
 - f) Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi Tetanus difteri (Td) bila diperlukan;
 - g) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan;
 - h) Tes laboratorium: tes kehamilan, pemeriksaan hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya), pemeriksaan protein urine (bila ada indikasi); yang



pemberian pelayanannya disesuaikan dengan trimester kehamilan. Ibu hamil wajib diperiksa HIV, sifilis dan hepatitis;

- i) Tatalaksana/penanganan kasus sesuai kewenangan;
- j) Temu wicara (konseling) pemberian pelayanan antenatal bagi disabilitas memiliki tantangan tersendiri, seperti pemeriksaan antropometri dan tekanan darah pada disabilitas fisik yang tidak memiliki ekstremitas atau pemberian temu wicara/konseling pada disabilitas intelektual dan disabilitas rungu-wicara yang membutuhkan pendampingan saat pelaksanaan konseling. Bagi tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan antenatal penting untuk selalu menjelaskan tahap pemeriksaan secara rinci agar penyandang disabilitas memahami langkah-langkah pemeriksaan yang akan diberikan (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Link Youtube: <https://www.youtube.com>
<https://www.youtube.com>



BAB 19

KRISIS KESEHATAN: TANTANGAN DAN SOLUSI UNTUK PELAYANAN IBU DAN ANAK

Indonesia adalah negara yang rentan terhadap bencana. Indonesia kerap disebut sebagai "laboratorium bencana". Hal ini dikarenakan kondisi geografis, geologis, hidrologi maupun demografisnya. Karena terletak dalam *Pacific Ring of Fire*, Indonesia sering terpapar bencana, termasuk gempa, tsunami, erupsi gunung berapi, banjir, longsor maupun kebakaran hutan yang dapat mengakibatkan kerusakan lingkungan, kerugian harta benda bahkan korban jiwa.

Bencana juga dapat menimbulkan krisis kesehatan yang menyebabkan korban luka, dampak psikologis, korban meninggal, masalah gizi, masalah ketersediaan air bersih, masalah sanitasi lingkungan, penyakit menular, gangguan kejiwaan dan masalah lainnya. Jika terjadi bencana berskala sangat besar, dapat menyebabkan terganggunya pelayanan kesehatan termasuk pelayanan kesehatan ibu dan anak serta reproduksi bahkan dapat menimbulkan lumpuhnya sistem kesehatan di tempat yang terkena dampak bencana.



Dalam situasi darurat bencana, kebutuhan akan kesehatan ibu dan anak sering kali terabaikan. Risiko komplikasi pada perempuan ketika hamil maupun bersalin karena terpaksa harus melahirkan tanpa bantuan tenaga kesehatan terlatih. Risiko terhadap kehamilan yang tidak diinginkan, kekerasan seksual dan gangguan psikologis dapat juga terjadi dalam situasi bencana. Ketersediaan layanan kesehatan ibu dan anak pada situasi bencana akan menyelamatkan jiwa.

Krisis gempa dan tsunami dengan kekuatan 7,4 skala Richter yang terjadi di Donggala Sigi Palu Moutong, Sulawesi Tengah yang terjadi pada tanggal 28 September 2018 menyebabkan 2.113 orang meninggal, 4.612 mengalami luka berat, 113 korban hilang dan 152 orang tertimbun. Jumlah pengungsi mencapai 70.821 jiwa yang tersebar dalam 24 titik pengungsian. Hal ini menyebabkan permasalahan kesehatan yang cukup kompleks. Terutama kesehatan ibu dan anak yang meliputi fisik maupun psikologis. Rusaknya fasilitas kesehatan, jarak yang cukup jauh dengan pusat kesehatan sementara dan tidak adanya tenaga kesehatan yang berada 24 jam di pengungsian membuat kesehatan penyintas tidak terpantau secara baik. Hal ini diperburuk dengan sanitasi yang kurang baik dan air bersih yang terbatas.

Kesehatan ibu dan anak pasca bencana merupakan hal yang kritis terutama ibu dan anak dalam pengungsian. Wanita, anak-anak, orang yang berusia lanjut, ataupun orang cacat adalah kelompok yang harus diperhatikan secara khusus dalam masa pengungsian. Hal ini karena rawannya pelanggaran terhadap hak asasi mereka selama tinggal di pengungsian, misalnya, kesehatan, pelecehan seksual, diskriminasi, dan pembatasan akses. Dengan demikian, sangat penting pemerintah menjamin perlindungan atas diri mereka dan memberi kesempatan bagi mereka untuk berpartisipasi dalam mengelola tempat dan sarana pengungsian sehingga mampu memenuhi dan melindungi hak asasi mereka. Hal ini termaktub dalam Undang-undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia Pasal 41 ayat 2: "Setiap penyandang



cacat, orang yang berusia lanjut, wanita hamil, dan anak-anak berhak memperoleh kemudahan dan perlakuan khusus".

Dalam pedoman penanggulangan kesehatan reproduksi masa bencana disebutkan juga terdapat kelompok rentan kesehatan reproduksi. Kelompok rentan tersebut yaitu bayi baru lahir, ibu hamil, ibu bersalin, ibu pasca persalinan, ibu menyusui, anak perempuan, remaja dan wanita usia subur. Pelayanan kesehatan ibu pasca bencana mulai dari pelayanan kehamilan (*Antenatal Care*), persalinan (*Intranatal Care*), nifas (*Postnatal Care*), Keluarga Berencana (KB), gangguan reproduksi maupun kegawatdaruratan medis. Pelayanan keluarga berencana yang sering menjadi kendala. Keterbatasan akses kontrasepsi dalam situasi bencana dapat meningkatkan angka kehamilan yang tidak diinginkan, serta peningkatan insiden IMS dan HIV.

Pelayanan kesehatan anak pasca bencana mulai dari pelayanan bayi baru lahir, bayi, balita dan anak. Perlindungan penyintas tidak hanya terkait dengan penyembuhan fisik, tetapi yang tidak kalah penting adalah penanganan luka trauma akibat bencana. Bencana alam merupakan salah satu kejadian yang diikuti dengan trauma psikologis.

Secara umum pengertian trauma berkaitan dengan cedera fisik, kerusakan jaringan, luka atau *shock*. Sedangkan trauma secara psikologis diartikan sebagai kecemasan hebat dan mendadak akibat peristiwa di lingkungan seseorang yang melampaui batas kemampuannya untuk bertahan, mengatasi atau menghindari. Kondisi kesehatan mental korban yang mengalami bencana alam ini sebenarnya dapat bervariasi. Kondisi kesehatan mental yang buruk dan berkepanjangan tidak lepas kaitannya dengan cedera fisik, menyaksikan kematian atau cedera individu lain, dan ancaman terhadap hidup. Gejala-gejala psikopatologi seperti *post traumatic stress disorder* dapat muncul pada korban bencana alam yang mengalami trauma, namun hal ini juga bergantung pada besarnya paparan (*exposure*) korban terhadap bencana alam tersebut. Karena pada umumnya anak-anak lebih rentan mendapat trauma yang berkepanjangan dibandingkan orang dewasa, sehingga terjadi



penurunan kualitas mental yang berimbas pada penurunan kualitas hidup. *Trauma healing* pada anak-anak dapat berupa membangun kelompok bermain, atau kegiatan-kegiatan bermain, belajar, membaca buku, kegiatan kesenian seperti tari, musik, dan melukis bahkan kegiatan beragama. *Trauma healing* yang diberikan pada anak-anak bertujuan agar mereka mampu melupakan kejadian-kejadian yang terjadi pada masa lampau, sehingga membuat mereka lebih siap apabila bencana datang kembali.

Trauma healing anak digunakan permainan dan *game* agar menarik, menjalin hubungan dan untuk menemukan petunjuk tentang diri anak yang sebenarnya, melibatkan anak-anak dalam berbagai kegiatan yang memungkinkan anak dapat mengemukakan kondisi psikologis yang dialaminya, seperti bermain bersama, bermain peran, atau memberikan kebebasan kepada anak untuk memainkan apa saja yang ia kehendaki. Axline (1947) juga menjelaskan bahwa penggunaan *play therapy* dilakukan dengan alasan bahwa bermain adalah media yang alami yang dapat digunakan anak untuk mengungkapkan diri. Selanjutnya dijelaskan pula bahwa bermain sebagai bahasa simbolik anak yang bersifat alami untuk menyatakan emosi dan pengalaman-pengalaman sehari-hari, bahkan bermain adalah proses penyembuhan diri anak.

Pelayanan kesehatan ibu dan anak di Huntara Balaro sangat dibutuhkan karena pos kesehatan jauh dari Huntara dan tidak ada tenaga kesehatan yang siap sedia di Huntara. Pelayanan yang dilakukan antara lain 2 *antenatal care*, 1 *post natal care*, 1 *neonatal care*, 2 konsultasi keluarga berencana seta *trauma healing* pada anak-anak.



DAFTAR PUSTAKA

- Aistikhorotul Mashdariyah. (2018). *Hubungan Pengetahuan Mahasiswa Tentang Manajemen Pra Bencana dengan Sikap Kesiapsiagaan pada Kegiatan Simulasi Bencana Banjir di Akademi*
- Aldina Ayunda & Ayu Nurdiyan (2016). *Berpikir Kritis Dasar Bidan dalam Melakukan Asuhan Kebidanan*
- Padang Astin Nur Hanifah (2016). *Peran Bidan dalam Menghadapi Ibu Nifas*
- Kupang Ihsan Dacholfany (2011). *Dampak LGBT dan Dampaknya Di Masyarakat*
- Annborn, A., & Finnbogadóttir, H. R. (2022). *Obstetric Violence a Qualitative Interview Study. Midwifery, 105.* <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103212>
- Baskoro, A. (2021). *Situasi Anak di Berbagai Kondisi Krisis Kesehatan.*
- Bencana Banjir Terhadap Kesiapsiagaan Remaja Usia 15-18 Tahun Dalam Menghadapi Bencana Banjir di Kelurahan Pedurungan Kidul Kota Semarang. *Jurnal Geografi, 12(2), 215-221.*
- Carauleanu, A., Tanasa, I., Nemescu, D., & Socolov, D. (2021). Risk management of vaginal birth after cesarean section (Review). *Experimental and Therapeutic Medicine, 22(4), 1-6.* <https://doi.org/10.3892/etm.2021.10545>



- Dan, E., Hamil, S., Ibu, P., Hamil, I., & Hamil, S. (2021). *Social Humaniora Inovasi Layanan Persiapan Persalinan Social Humaniora*. 5(2), 31–36.
- dr. Erna Mulati, MSc.,CMFM (2021). *Pedoman Pelaksanaan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi Pada Krisis Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- dr.eni gustina, M. (2017). *Pedoman Pelaksanaan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi Pada Krisis Kesehatan*. Jakarta: kementerian kesehatan RI.
- Effendi, L., Darwis, R. S., & Apsari, N. C. (2020). Kelompok Rentan dan Kebutuhannya (Sebuah Kajian Hasil Pemetaan Sosial CSR PT Indonesia Power UPJP Kamojang). *Share: Social Work Journal*, 10(1), 51. <https://doi.org/10.24198/share.v10i1.26896>
- Ema Pradini, A., Septian, B. V, Shamara, D., Reyhan, E. R., Anggraini, P., & Negeri Malang, U. (2023). Dukungan Sosial Masyarakat Terhadap Kesejahteraan Kelompok Lansia Di Desa Gadingkulon, Kecamatan Dau, Kota Malang Wijdan Daffa H. In Lindayaso: *Jurnal Ilmiah Perlindungan dan Pemberdayaan Sosial* (Vol. 5, Issue 1).
- Faldi Biaggy1, Padmono Wibowo2. *Upaya Pemenuhan Hak Pelayanan Kesehatan kepada Narapidana di Lembaga Pemasyarakatan*. Volume 3, Nomor 2, Desember 2020
- Hairunisa, Gilang Nurul. 2021. Pengaruh Kehadiran Anak dan Jumlah Anak Terhadap Kebahagiaan Orang Tua. *Martabat: Jurnal Perempuan dan Anak* 5(1):127–52. doi: 10.21274/martabat.2021.5.1.127-152.
- Handayani, F. (2017). Penguatan Peran Bidan Dalam Pemberdayaan Perempuan untuk Mendukung Program Sustainable Development Goal's. *Jurnal Ilmiah Bidan*, II(2).
- Hiswara, E. (2023). *Buku Pintar Proteksi dan Keselamatan Radiasi_ebook.pdf*. BRIN.
- Humaedi, S., Wibowo, B., & Raharjo, S. (2020). *Kelompok Rentan dan Kebutuhannya (Sebuah Kajian Hasil Pemetaan Social CSR PT Indonesia Power UPJP Kamojang)*.



- Irda, E. (2021). *Perlindungan Terhadap Kelompok Rentan (Wanita, Anak, Minoritas, Suku Terasing, dll.) dalam Perspektif Hak Asasi Manusia*.
- Joko Sri Haryono, T., Endah Kinasih, S., & Mas, S. (n.d.). *Access and information for disable women in reproduction and sexuality well-being services* (Vol. 26, Issue 2).
- Kebidanan Mandiri Gresik Tahun 2017. *Jurnal Kebidanan Universitas Islam Lamongan*, 10(2). <http://dx.doi.org/10.1186/s13662-017-1121-6><https://doi.org/10.1007/s41980-018-0101-2><https://doi.org/10.1016/j.cnsns.2018.04.019><https://doi.org/10.1016/j.cam.2017.10.014><http://dx.doi.org/10.1016/j.apm.2011.07.041><http://arxiv.org/abs/1502.020>
- Kementerian Kesehatan RI. (2017). *Pedoman Pelaksanaan Kesehatan Reproduksi bagi Penyandang Disabilitas Usia Dewasa*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. (2017). *Pedoman Pelaksanaan PPAM Kespro pada Krisis Kesehatan*.
- Kementerian Pemberdayaan Perempuan (KPP). *Bunga Rampai: Panduan dan Bahan Pembelajaran Pelatihan Pengarusutamaan Gender dalam Pembangunan Nasional*.” (Kerjasama Kementerian Pemberdayaan Perempuan RI, BKKBN, dan UNFPA, 2004
- Khairunisa Maghfirani FH Unsyiah. Pemenuhan Hak Pelayanan Kesehatan bagi Narapidana di
- Khusus, A. B. (2018). *Karakteristik dan kebutuhan anak berkebutuhan khusus*. 02(1), 33–40.
- Kresnadari Aggreini. *Pelaksanaan Pemenuhan Hak Atas Pelayanan Kesehatan Bagi Perempuan Narapidana Dalam Keadaan Hamil*.
- Laporan khusus Proteksi Radiasi Instalasi Radiodiagnostik Sud. Dr. Moewardi Surakarta *Jurnal Proteksi Radiasi Pada Pasien, Pekerja Dan Lingkungan Di Dalam Instalasi Radiologi- (Ayu)*



- Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Kelas IIB Sigli Rights Fulfillment Health Services For Prisoners In Class IIB Sigli Women's Corporate Institution" Vol. 6 (3) Agustus 2022,
- Lubis, N. L. (2018). Psikologi Kespro: *Wanita Dan Perkembangan Reproduksi*. Kencana.
- Mahkamah Agung Republik. 2018. *Pedoman Mengadili Perkara Perempuan yang Berhadapan dengan Hukum*. 2 (Aipj 2):1-90.
- Maratusolikhah Nurtyas. Maret 2019. *Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak Pasca Bencana*. Palu.
- McLanahan, S., & Sandefur, G. D. (2009). *Growing up with a single parent: What hurts, what helps*. Harvard University Press.
- Menteri Kesehatan, P. (2019). PERMENKES No 75 Tahun 2019. 1-137. http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84865607390&partnerID=tZOtx3y1%0Ahttp://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=2LIMMD9FVXkC&oi=fnd&pg=PR5&q=Principles+of+Digital+Image+Processing+fundamental+techniques&ots=HjrHeuS_
- Nurhasanah, S. Pidana Penjara bagi Wanita Hamil dalam Perspektif Hukum Positif dan Hukum Islam (*Bachelor's thesis*, Fakultas Syariah dan Hukum UIN Syarif Hidayatullah Jakarta).
- Nurillah, S. L., & Yasin, A. (2021). *Analisis Peran Baznas dalam Melindungi Kelompok Rentan dan Mengurangi Kesenjangan*. (Studi Kasus Baznas Kabupaten Mojokerto).
- Perera, E., Chou, S., Cousins, N., Mota, N., & Reynolds, K. (2023). Women's experiences of trauma, the psychosocial impact and health service needs during the perinatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05509-5>
- Perwita, Dyah. 2021. "Telaah Digital Entrepreneurship: Suatu Implikasi Dalam Mengatasi Permasalahan Ekonomi." *Promosi (Jurnal Pendidikan Ekonomi)* 9(2):40-51. doi: 10.24127/pro.v9i2.4511.



- Proteksi, M., Keselamatan, D., Dalam, R., Pesawat, P., Di, A., Bedah, K., Sakit, R., & Haji, U. (2022). *Jurnal Imejing Diagnostik*. 8, 29–34.
- Purwoko, A., Sunarko, & Putro, S. (2015). *Pengaruh Pengetahuan dan Sikap Tentang Resiko*
- Putra, A., Juwita, R., Risna, Alfiandi, R., Arnita, Y., Iqbal, M., & Ervina. (2015). Peran dan Kepemimpinan Perawat dalam Manajemen Bencana pada Fase Tanggap Darurat. *Idea Nursing Journal*, 6(1), 25–31.
- Rahakbauw, N., & Marthen Salakory, D. (2018). Perlindungan Sosial Bagi Perempuan Disabilitas (Studi di Himpunan Wanita Disabilitas Indonesia (HWDI) Maluku). *Sosial Politik Humaniora*, 6(1), 145–163. <http://journal.umpo.ac.id/index.php/aristo/aristo@umpo.ac.id>
- Raidanti, D. (2020). Modul Asuhan Kebidanan Pada Anak Dan Perempuan Berkebutuhan Khusus. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 1–185.
- Raidanti, Di. (2020). Modul Asuhan Kebidanan pada Anak dan Perempuan Berkebutuhan Khusus Semester IV. *Modul*.
- Raidanti, Dina. 2020. “Modul Asuhan Kebidanan pada Anak dan Perempuan Berkebutuhan Khusus.” *Journal of Chemical Information and Modeling* 1–185.
- Rohmania Anis Zuni. *Evaluasi Pelayanan Kesehatan Anak di Lembaga Pemasyarakatan Anak Klas II A Blitar Tahun 2014*.
- Santoso, A.B.(2022). Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) Terhadap Perempuan: Perspektif Pekerjaan Sosial. *Komunitas Jurnal Pengembangan Masyarakat Islam*, 10(1).
- Saputri, A. E., Raharjo, S. T., & Apsari, N. C. (2019). Dukungan Sosial Keluarga bagi Orang dengan Disabilitas Sensorik. <http://data.bandung.go.id>.
- Share : *Social Work Journal*, 10(1), 61–72. <https://doi.org/10.24198/share.v10i1.26896>



- Siti Mardiyah WD & Catur Esty (2019). Pencegahan Kehamilan Tidak di Inginkan pada Remaja Puteri yang Aktif Berhubungan Seksual, Mataram
- Susanti, A., Alyensi, F., Aryani, Y., Laila, A., Metha, N. J., Nyi Wiji Adisoro, J., & Kotagede Yogyakarta, P. (2018). *Konsep Kesinambungan Asuhan Kebidanan*
- Susilowati, E., Aisyaroh, N., & Wahyuni, S. (2019). Analysis Factors The Fulfillment of Health Rights in Children with Disability. *Jurnal Kebidanan*, 9(2), 114. <https://doi.org/10.31983/jkb.v9i2.4092>
- Taftazani, B. M. (2017). Masalah Sosial dan Wirausaha Sosial. *Social Work Journal*, 7(1), 90-101.
- Tenaw, L. A., Aragie, M. W., Ayele, A. D., Kokeb, T., & Yimer, N. B. (2022). Medical And Psychological Consequences Of Rape Among Survivors During Armed Conflicts In Northeast Ethiopia. *Plos ONE*, 17(12) December). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278859>
- Tiara, S., & Pratiwi, R. (2018). Proses Pendampingan Melalui Komunikasi Teurapetik Sebagai Upaya Pemulihan Psikologis Korban Perkosaan. *Jurnal An-Nida*, 10(2).
- Utami, F. S. R. I. (2023). *Pengaruh pemberian kie tentang vaginal birth after caesarean (vbac) terhadap persepsi dan sikap ibu hamil riwayat sc di rsud waikabubak*.
- Wahid, C. M. A., Engkeng, S., Lampus, B. S., Kesehatan, F., Universitas, M., & Ratulangi, S. (n.d.). Indonesia. Upaya-upaya kesehatan adalah wajib tersebut adalah upaya promosi kesehatan, upaya kesehatan Pembagunan kesehatan penyelenggaraan upaya kesehatan oleh bangsa Indonesia, untuk lingkungan, upaya kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana.
- Wardhani, W.D.L. 2017. "Constructing Gender Identity In Early Children (A Survey Kabupaten Jember)". *Prosiding Strengthening Local Communities Facing The Global Era*, No 1 (2017).



- Widiarty, Wiwik Sri. 2018. "Perlindungan Hukum Persamaan Hak Asasi Perempuan Dalam Meningkatkan Perekonomian Indonesia." *To-Ra* 3(3):639. doi: 10.33541/tora.v3i3.1162.
- Winarsih, S. dkk. (2013). *Panduan Penanganan Anak Berkebutuhan Khusus bagi Pendamping (Orang Tua, Keluarga, dan Masyarakat)*.
- Yulizawati, Detty Iryani, Fitrayeni, Lusiana (2016), Peran Bidan Dalam Upaya Peningkatan Jamkesmas, Padang Utari, Ida. 2015. Study of Developing the Myths of Pregnancy, <https://publikasiilmiah.ums.ac.id/bitstream/handle/11617/5178/7/Ida%20Utari.pdf?sequence=1> diakses Akses 27 januari 2016 (online)





PROFIL PENULIS



Dina Raidanti, S.Si.T., M.Kes.

Menyelesaikan Pendidikan Diploma III Kebidanan AKBID RSPAD Gatot Soebroto Jakarta, Sarjana D-IV Kebidanan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju Jakarta, Magister Kesehatan Reproduksi di URINDO Jakarta Saat ini aktif bekerja dan mendedikasikan keilmuannya di STIKes RSPAD

Gatot Soebroto Jakarta.



Dr. Bd. Ella Nurlelawati, S.Keb., S.K.M., M.Kes.

Menyelesaikan pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Universitas Indonesia, Sarjana Terapan Kebidanan di Politeknik Karya Husada, S-2 Kesehatan Masyarakat di Universitas Respati Indonesia, S-3 Manajemen

Pendidikan di Universitas Islam Nusantara Bandung, S-1 Kebidanan dan Profesi Bidan di STIKes Bhakti Pertiwi Indonesia. Saat ini mendedikasikan ilmu di STIKes Bhakti Pertiwi Indonesia.





Dr. Bd. Rosmiati, S.Keb., S.K.M., M.Kes.

Menyelesaikan pendidikan D-I Kebidanan di Poltekes Jakarta III Cipto Mangun Kusumo, D-II Keperawatan di Wijaya Kusuma, D-III Kebidanan di Kebidanan di POLTEKES Jakarta III Cipto Mangun Kusumo, D-IV Kebidanan di Politeknik Karya Husada Jakarta, S-I Kesehatan Masyarakat di FKM UI, S-2 Kesehatan Reproduksi di URINDO, S-3 Manajemen Pendidikan di Universitas Andalas Padang, Sarjana Kebidanan dan Profesi Bidan di STIKes Bhakti Pertiwi Indonesia. Saat ini mendedikasikan ilmu di STIKes Bhakti Pertiwi Indonesia.



Bdn. Kursih Sulastriningsih, S.Si.T., M.Kes.

Menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan di STIKes Bhakti Pertiwi Indonesia, Sarjana Terapan Kebidanan di STIKes Mitra Ria Huasada Jakarta, S-2 Kesehatan Masyarakat di STIKIM Jakarta, dan Profesi Bidan di STIKes Bhakti Pertiwi Indonesia. Saat ini mendedikasikan ilmu di STIKes Bhakti Pertiwi Indonesia.



Buku *Asuhan Kebidanan pada Anak dan Perempuan dalam Kondisi Rentan* ini dirancang sebagai panduan komprehensif untuk para bidan dan tenaga kesehatan yang bekerja dengan kelompok rentan. Buku ini membahas berbagai aspek asuhan kebidanan, menawarkan wawasan mendalam dan solusi praktis untuk tantangan yang dihadapi dalam perawatan kesehatan ibu dan anak. Dengan menguraikan kelompok rentan, kebutuhan khusus pada permasalahan perbedaan ras, usia anak <21 tahun, kebutuhan psikologis akibat kehamilan pemerkosaan, KDRT, dan trauma persalinan sebelumnya, kebutuhan khusus masalah geografi, kebutuhan khusus masalah radiasi terhadap tenaga kesehatan, kebutuhan khusus karena masalah ekonomi, kemiskinan, dan banyak anak, kebutuhan pada masalah sosial, kehamilan dalam penjara, singgel, PSK - LGBT - ibu pengganti, kebutuhan khusus pada masalah budaya pemilihan jenis kelamin anak, kebutuhan khusus pada masalah VBAC, persiapan persalinan, dan perawatan anak yang berkebutuhan khusus, promosi kenormalan pada ibu dengan kebutuhan khusus, asuhan perempuan pada kebutuhan khusus dan rentan, pelayanan kesehatan pada ibu dan anak di lapas, penuh nutrisi warga binaan ibu hamil dan anak titipan, pelayanan KIA di daerah bencana, pelayanan KIA prabencana, pelayanan KIA saat bencana, pelayanan KIA pada kaum distabilitas, krisis kesehatan: tantangan dan solusi untuk pelayanan ibu dan anak serta mengeksplorasi tantangan krisis kesehatan dan solusi untuk pelayanan ibu dan anak.



Fenerbit Mitra Cerdika Media

Jl. Pengalengan 11, Lendaya

T. Ponsel: 0812-251-40733

Website: www.mitracerdikamedia.com



IKAPI
IKATAN KEBIDANAN INDONESIA

KESEHATAN

16803-93400-9



9 786231 764843