

Editor: Hairil Akbar

KESEHATAN REPRODUKSI DI WILAYAH AGRARIS

Risza Choirunissa | Besse Rismayani
Mariene Wiwin Dolang | Ani Retni | Siska N. Sibua
Eva Inayatul Faiza | Analia Kunang | Desi Soraya
Nira Nuryusriani Ahmad | Fika Daulian
Cut Mutiya Bunsal | Mahindria Vici Virahaju
Baktianita Ratna Etnis | Henny Kaseger



BUNGA RAMPAI

**KESEHATAN REPRODUKSI
DI WILAYAH AGRARIS**

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).

KESEHATAN REPRODUKSI DI WILAYAH AGRARIS

Risza Choirunissa | Besse Rismayani
Mariene Wiwin Dolang
Ani Retni | Siska Sibua
Eva Inayatul Faiza
Analia Kunang | Desi Soraya
Nira Nuryusriani Ahmad
Fika Daulian | Cut Mutiya Bunsal
Mahindria Vici Virahaju
Baktianita Ratna Etnis | Henny Kaseger

Editor:
Hairil Akbar

Penerbit



CV. MEDIA SAINS INDONESIA
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.medsan.co.id

Anggota IKAPI
No. 370/JBA/2020

KESEHATAN REPRODUKSI DI WILAYAH AGRARIS

Risza Choirunissa | Besse Rismayani
Mariene Wiwin Dolang
Ani Retni | Siska Sibua
Eva Inayatul Faiza
Analia Kunang | Desi Soraya
Nira Nuryusriani Ahmad
Fika Daulian | Cut Mutiya Bunsal
Mahindria Vici Virahaju
Baktianita Ratna Etnis | Henny Kaseger

Editor:
Hairil Akbar

Tata Letak:
Enjel

Desain Cover:
Qonita Azizah

Ukuran:
A5 Unesco: 15,5 x 23 cm

Halaman:
viii, 238

ISBN:
978-623-512-708-8

Terbit Pada:
Oktober 2025

Hak Cipta 2025 @ Media Sains Indonesia dan Penulis

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

PENERBIT MEDIA SAINS INDONESIA

(CV. MEDIA SAINS INDONESIA)
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.medsan.co.id

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga buku kolaborasi dalam bentuk buku dapat dipublikasikan dan dapat sampai di hadapan pembaca. Buku ini disusun oleh sejumlah dosen dan praktisi sesuai dengan kepakarannya masing-masing. Buku ini diharapkan dapat hadir dan memberi kontribusi positif dalam ilmu pengetahuan khususnya terkait dengan “Kesehatan Reproduksi di Wilayah Agraris” buku ini memberikan nuansa berbeda yang saling menyempurnakan dari setiap pembahasannya, bukan hanya dari segi konsep yang tertuang dengan detail, melainkan contoh yang sesuai dan mudah dipahami terkait Kesehatan Reproduksi di Wilayah Agraris.

Sistematika buku ini dengan judul “Kesehatan Reproduksi di Wilayah Agraris” mengacu pada konsep dan pembahasan hal yang terkait. Buku ini terdiri atas 14 bab yang dijelaskan secara rinci dalam pembahasan antara lain mengenai Konsep Dasar Kesehatan Reproduksi; Karakteristik Wilayah Agraris dan Dampaknya pada Kesehatan Reproduksi; Faktor Sosial dan Budaya dalam Kesehatan Reproduksi; Penyakit Reproduksi di Komunitas Agraris; Kehamilan dan Persalinan di Wilayah Agraris; Gizi dan Kesehatan Ibu Hamil di Pedesaan; Pola KB dan Tantangannya di Masyarakat; Kesehatan Reproduksi Remaja di Wilayah Agraris; Peran Bidan dan Tenaga Kesehatan di Wilayah Agraris; Penyakit Menular Seksual di Komunitas Agraris; Dampak Ekonomi dan Akses Layanan Kesehatan Reproduksi; Strategi Peningkatan Kesehatan Reproduksi di Pedesaan; Peran Teknologi dalam Layanan Kesehatan Reproduksi; serta Studi Kasus Kesehatan Reproduksi di Wilayah Agraris.

Buku ini memberikan nuansa yang berbeda dengan buku lainnya, karena membahas berbagai Kesehatan Reproduksi di Wilayah Agraris sesuai dengan update keilmuan. Akhirnya kami mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang telah mendukung dalam proses penyusunan dan penerbitan buku ini, secara khusus kepada Penerbit Media Sains Indonesia sebagai inisiator buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca sekalian.

Bandung, September 2025
Editor

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
1 KONSEP DASAR KESEHATAN REPRODUKSI	1
Risza Choirunissa, S,SiT, MKM.....	1
Pengertian Kesehatan Reproduksi.....	1
Komponen Kesehatan Reproduksi	2
Prinsip- Prinsip Kesehatan Reproduksi.....	5
2 KARAKTERISTIK WILAYAH AGRARIS DAN DAMPAKNYA PADA KESEHATAN REPRODUKSI..	15
Besse Rismayani, S.KM., M.Kes	15
Karakteristik Wilayah Agraris	15
Dampak Kesehatan Reproduksi di Wilayah Agraris.....	16
Peran Pendidikan dalam Meningkatkan Kesehatan Reproduksi.....	20
Kebijakan dan Intervensi untuk Meningkatkan Kesehatan Reproduksi.....	21
Kesimpulan dan Rekomendasi.....	23
3 FAKTOR SOSIAL BUDAYA DALAM KESEHATAN REPRODUKSI	27
Mariene Wiwin Dolang, S.KM., M.Kes.	27
Pengertian Sosial Budaya	27
Faktor Sosial Budaya dalam Kesehatan Reproduksi	28
Peran Kepercayaan dan Nilai Tradisional dalam Kesehatan Reproduksi	29

	Hubungan Sosial Budaya dengan Kesehatan Reproduksi	30
4	PENYAKIT REPRODUKSI DI KOMUNITAS AGRARIS	45
	Ns. Ani Retni., M.Kep.....	45
	Konsep Komunitas.....	45
	Karakteristik Komunitas Agraris.....	45
	Demografi dan Sosial Ekonomi	46
	Pola Hidup dan Kebiasaan Sehari-hari	46
	Akses Layanan Kesehatan Reproduksi.....	49
	Penyakit Reproduksi di Komunitas Agraris	50
	Prevalensi Penyakit Reproduksi	50
	Faktor Risiko Penyakit Reproduksi	51
	Jenis-Jenis Penyakit Reproduksi	51
	Faktor-Faktor Risiko di Masyarakat Agraris.....	53
	Pencegahan dan Pengobatan	55
	Dampak Sosial.....	57
	Dampak Ekonomi	58
	Peran Komunitas dan Pemerintah.....	59
5	KEHAMILAN DAN PERSALINAN DI WILAYAH AGRARIS	63
	Ns. Siska Sibua, S.Kep., M.Kes.	63
	Pendahuluan	63
	Kehamilan dan Persalinan di Wilayah Agraris.....	64
6	GIZI DAN KESEHATAN IBU HAMIL DI PEDESAAN.....	81
	Eva Inayatul Faiza, AMd.Keb.,SKM.,M.Kes.	81
	Pendahuluan	81

	Pemeriksaan Kehamilan di Polindes.....	82
	Kebutuhan Gizi Ibu Hamil	83
	Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kekurangan Asupan Gizi pada Ibu Hamil	89
	Gizi Ibu Hamil di Pedesaan	90
	Pesan-pesan Penting untuk Ibu Hamil.....	92
7	POLA KB DAN TANTANGANNYA DI MASYARAKAT AGRARIS.....	97
	Analia Kunang, S.ST., Bdn., M.Kes	97
	Pendahuluan	97
	Pola KB di Masyarakat Agraris.....	99
	Faktor-Faktor yang Memengaruhi Pola KB di Masyarakat Agraris.....	100
	Peran Tenaga Kesehatan dalam Penyuluhan KB	106
	Strategi pemberdayaan Perempuan dalam Program KB di Masyarakat Agraris	110
8	KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DI WILAYAH AGRARIS	117
	Desi Soraya, S.Tr.Keb., M.Keb	117
	Pendahuluan	117
	Konteks Sosial Budaya dan Karakteristik Remaja di Wilayah Agraris	118
	Tantangan Kesehatan Reproduksi Remaja di Wilayah Agraris.....	123
	Aksesibilitas dan Peran Layanan Kesehatan Reproduksi	127
	Strategi Intervensi dan Rekomendasi Peningkatan Kesehatan Reproduksi Remaja	129
	Kesimpulan.....	131

9	PERAN BIDAN DAN TENAGA KESEHATAN DI WILAYAH AGRARIS	137
	Nira Nuryusriani Ahmad, STr. Keb., Bdn	137
	Latar Belakang Wilayah Agraris dan Urgensi Peran Tenaga Kesehatan.....	137
	Kondisi Kesehatan Masyarakat di Wilayah Agraris.....	138
	Peran Strategis Bidan di Wilayah Agraris	140
	Peran Tenaga Kesehatan Lainnya di Wilayah Agraris.....	144
	Kolaborasi dan Pendekatan Komunitas di Wilayah Agraris.....	146
	Tantangan dan Rekomendasi Masa Depan Kesehatan di Wilayah Agraris	149
10	PENYAKIT MENULAR SEKSUAL DI KOMUNITAS AGRARIS	155
	Fika Daulian, S.K.M., M.P.H	155
	Pendahuluan	155
	Situasi dan Urgensi Penyakit Menular Seksual di Komunitas Agraris	156
	Konsep Dasar dan Implikasi Kesehatan.....	156
	Determinan IMS di Komunitas Agraris.....	161
	Studi Kasus dan Data Lapangan.....	166
	Strategi Intervensi Pencegahan dan Penanggulangan	169
	Kesimpulan.....	171
11	DAMPAK EKONOMI DAN AKSES LAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI	177
	Ns. Cut Mutiya Bunsal, S.Kep., M.Kep.....	177
	Latar Belakang	177

	Kondisi Wilayah Agraris dan Dampak Ekonomi .	179
	Dampak Ekonomi terhadap Masyarakat	181
	Akses Kesehatan Reproduksi	182
12	STRATEGI PENINGKATAN KESEHATAN REPRODUKSI DI PEDESAAN	195
	dr. Mahindria Vici Virahaju, Sp. OG	195
	Pendahuluan	195
	Tujuan dan Sasaran	196
	Masalah Kesehatan Reproduksi di Pedesaan	196
	Potensi Sumber Daya di Pedesaan	199
	Strategi Peningkatan Kesehatan Reproduksi di Pedesaan	204
	Rangkuman	208
13	PERAN TEKNOLOGI DALAM LAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI	215
	Baktianita Ratna Etnis, SST., M.Kes.	215
	Teknologi Reproduksi Berbantu (<i>Assisted Reproductive Technology/ART</i>)	216
	Telemedisin dan Konsultasi Jarak Jauh	216
	Aplikasi <i>Mobile</i> dan <i>Wearable Devices</i>	218
	<i>Wearable Devices</i> dalam Monitoring Kesehatan .	218
	Kecerdasan Buatan dan Big Data	219
	Edukasi dan Penyuluhan Digital	220
	Tantangan Etis dan Regulasi	222

14	STUDI KASUS KESEHATAN REPRODUKSI DI WILAYAH AGRARIS	229
	Dr. Henny Kaseger, S.Kep., Ns., M.Kes., M.H.....	229
	Latar Belakang Kesehatan Reproduksi di Wilayah Agraris.....	229
	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi di Wilayah Agraris	231
	Dampak Kesehatan Reproduksi yang Buruk terhadap Komunitas Agraris	232
	Upaya Peningkatan Kesehatan Reproduksi di Wilayah Agraris.....	234
	Kesimpulan dan Rekomendasi.....	235

KONSEP DASAR KESEHATAN REPRODUKSI

Risza Choirunissa, S,SiT, MKM
Universitas Nasional

Pengertian Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi merupakan konsep yang luas dan komprehensif, mencakup kesejahteraan fisik, mental, dan sosial berkaitan dengan sistem reproduksi dan proses reproduksi. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), kesehatan reproduksi dapat diartikan sebagai kondisi sehat dalam semua aspek yang berhubungan dengan sistem reproduksi, termasuk fungsinya dan kemampuan untuk menikmati aktivitas seksual secara aman dan produktif sepanjang hidup (Herawati, 2024). Cakupan kesehatan reproduksi meliputi dimensi biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Dimensi biologis mencakup fungsi sistem reproduksi dan kesehatan organ-organ reproduksi, sedangkan dimensi psikologis berfokus pada aspek mental yang berkaitan dengan kesehatan seksual dan reproduksi (Tambunan & Ningsih, 2023). Dimensi sosial mengaitkan kesehatan reproduksi dengan konteks budaya dan norma masyarakat yang mempengaruhi kehidupan individu, sementara dimensi spiritual dapat memberikan makna lebih dalam terhadap pengalaman reproduksi (Natalia et al., 2023). Dalam konteks ini, penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan yang baik tentang kesehatan reproduksi di kalangan remaja sangat penting untuk mengurangi risiko terkait

isu-isu seksual dan kesehatan reproduksi, seperti infeksi menular seksual (IMS) dan kehamilan tidak diinginkan (Nurlaeli & Rakhmawati, 2022)Myraldi et al., 2023).

Lebih jauh lagi, dimensi kesehatan reproduksi dapat dipengaruhi oleh banyak faktor, termasuk pendidikan orang tua dan dukungan sosial dari masyarakat. Misalnya, keterlibatan keluarga dalam komunikasi tentang kesehatan reproduksi sangat penting untuk meningkatkan pengetahuan remaja tentang isu-isu ini (Raihannabil et al., 2024). Penelitian juga menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan reproduksi yang efektif dapat membentuk sikap positif terhadap perilaku seksual yang aman dan bertanggung jawab (Ratna et al., 2024; Arifah & Aninda, 2022). Dengan pendekatan yang tepat, seperti promosi kesehatan berbasis budaya, masyarakat dapat memperkuat pemahaman dan apresiasi terhadap kesehatan reproduksi (Widayati, 2021).

Dalam rangka mencapai kesejahteraan yang holistik dalam kesehatan reproduksi, penting untuk melakukan upaya berkelanjutan dalam meningkatkan pengetahuan, pemahaman, dan akses terhadap layanan kesehatan reproduksi. Sebuah studi menemukan bahwa pemahaman yang kurang tentang masa subur dan risiko kehamilan di kalangan remaja menunjukkan perlunya program pendidikan yang lebih baik untuk mengedukasi mereka (Nurlaeli & Rakhmawati, 2022). Pendekatan multidimensional yang mencakup aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual sangat relevan untuk mencapai tujuan tersebut, sehingga dapat menghasilkan generasi yang lebih sehat dan berpengetahuan luas (Pujhana et al., 2022).

Komponen Kesehatan Reproduksi

Komponen kesehatan reproduksi mencakup berbagai aspek yang saling berkaitan, termasuk kesehatan seksual,

kesehatan ibu, kesehatan bayi baru lahir, kesehatan reproduksi remaja, dan pencegahan serta penanganan infeksi menular seksual (IMS) termasuk HIV/AIDS. Setiap komponen ini berperan penting dalam memastikan kesejahteraan individu dan masyarakat secara keseluruhan.

1. Kesehatan Seksual

Kesehatan seksual adalah landasan utama dalam kesehatan reproduksi. Ini mencakup tidak hanya bebas dari penyakit, tetapi juga kondisi kesejahteraan fisik, mental, dan sosial dalam konteks seksual (Lubis et al., 2024; . Pendidikan kesehatan seksual sangat penting, terutama bagi remaja, untuk meningkatkan pemahaman tentang perilaku seksual yang sehat dan risiko IMS (Tambunan & Ningsih, 2023; . Remaja dengan pengetahuan yang tepat tentang IMS memiliki perilaku seksual yang lebih aman (Lubis et al., 2024; Hidayah, 2022).

2. Kesehatan Ibu dan Kesehatan Bayi Baru Lahir

Kesehatan ibu mencakup perawatan selama masa kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Penanganan yang baik selama periode ini sangat penting untuk mengurangi risiko komplikasi, yang dapat berakibat fatal baik bagi ibu maupun bayi (Rohaeni et al., 2023; . Kesehatan bayi baru lahir juga merupakan bagian integral dari kesehatan reproduksi, di mana perawatan yang baik dapat menurunkan angka kematian bayi dan memastikan perkembangan yang sehat (Rohaeni et al., 2023; Simbolon & Budiarti, 2020).

3. Kesehatan Reproduksi Remaja

Bagi remaja, kesehatan reproduksi melibatkan pemahaman tentang fungsi dan perlindungan sistem

reproduksi, serta dampak dari keputusan yang diambil mengenai aktivitas seksual (Tambunan & Ningsih, 2023; Hidayah, 2022). Penelitian menunjukkan bahwa pendidikan yang memadai dapat mengurangi kehamilan tidak diinginkan dan risiko infeksi seksual (Tambunan & Ningsih, 2023; Simbolon & Budiarti, 2020). Remaja sering kali tidak memiliki informasi yang cukup mengenai kesehatan reproduksi, yang dapat meningkatkan risiko perilaku berisiko (Kartikasari et al., 2019; Kasim et al., 2022).

4. Pencegahan dan Penanganan IMS

Pencegahan IMS, termasuk HIV/AIDS, adalah komponen krusial dari kesehatan reproduksi. Penggunaan kondom dan praktik seksual yang aman adalah strategi utama untuk menghindari infeksi (Rohaeni et al., 2023; . Program edukasi yang menekankan pentingnya pencegahan IMS terbukti efektif dalam meningkatkan kesadaran di kalangan populasi berisiko (Kurniawan et al., 2022; Romlah et al., 2021). Kegiatan pencegahan ini perlu diperluas untuk mencakup semua kelompok, terutama mereka yang berisiko tinggi seperti pekerja seks komersial (Nurdianto et al., 2023).

5. Keluarga Berencana dan Kontrasepsi

Keluarga berencana memainkan peran sentral dalam kesehatan reproduksi dengan memberikan pilihan untuk mengatur kehamilan. Akses terhadap informasi dan layanan kontrasepsi sangat penting dalam mencegah kehamilan yang tidak direncanakan dan mengatur jarak kelahiran (Lubis et al., 2024; Dida et al., 2019).

6. Kesehatan Reproduksi Lansia dan Pencegahan Kekerasan Seksual

Kesehatan reproduksi tidak berhenti pada usia tertentu; penting untuk memfokuskan perhatian pada kesehatan reproduksi lansia yang sering diabaikan. Selain itu, pencegahan kekerasan seksual dan gender juga merupakan komponen vital yang harus diintegrasikan dalam kebijakan kesehatan reproduksi untuk melindungi semua individu dari dampak negatif (Rohaeni et al., 2023; Simbolon & Budiarti, 2020).

Secara keseluruhan, pendekatan komprehensif terhadap kesehatan reproduksi yang mencakup keenam komponen ini penting untuk menciptakan generasi yang sehat dan terlindungi dari risiko kesehatan yang dapat dicegah. Penekanan pada pendidikan dan akses terhadap layanan kesehatan sangat diperlukan untuk mencapai tujuan tersebut.

Prinsip- Prinsip Kesehatan Reproduksi

Dalam konteks kesehatan reproduksi, terdapat beberapa prinsip penting yang harus dipenuhi untuk memastikan bahwa layanan dan intervensi yang diberikan sesuai dengan kebutuhan individu serta hak asasi manusia. Prinsip-prinsip ini mencakup hak-hak reproduksi, informed choice dan informed consent, kesetaraan gender dan akses layanan, kerahasiaan dan non-diskriminasi, serta pendekatan siklus kehidupan dari anak hingga lansia.

1. Hak-hak Reproduksi

Hak-hak reproduksi mengacu pada hak semua individu untuk membuat keputusan yang berkaitan dengan kehidupan reproduksi mereka tanpa mengalami diskriminasi, paksaan, atau kekerasan.

Prinsip ini menjadi dasar untuk kebijakan dan program kesehatan reproduksi yang adil dan inklusif. Pengakuan terhadap hak-hak reproduksi memiliki dampak signifikan terhadap kesehatan perempuan dan hasil kesehatan masyarakat secara keseluruhan, terutama dalam konteks negara-negara berkembang, seperti yang dijelaskan dalam literatur yang relevan (Pillai & Gupta, 2011; (Mazza & Botfield, 2023).

2. ***Informed Choice dan Informed Consent***

Prinsip *informed choice* dan *informed consent* menekankan pentingnya kemitraan antara penyedia layanan kesehatan dan individu pengguna layanan. *Informed consent* memastikan bahwa individu diberikan informasi yang cukup untuk membuat keputusan yang tepat mengenai perawatan kesehatan mereka, termasuk opsi-opsi yang tersedia. Komunikasi yang efektif, terutama dalam konteks budaya yang beragam, sangat penting untuk menghindari kesalahpahaman dan memastikan bahwa individu dapat memberikan persetujuan yang benar (Power et al., 2022; Tarasoff, 2021). Proses ini tidak hanya melibatkan penyampaian informasi, tetapi juga pertukaran dialog yang memungkinkan pertanyaan dan klarifikasi (Schultz-Swarthfigure et al., 2022).

3. **Kesetaraan Gender dan Akses Layanan**

Kesetaraan gender sangat integral dalam konteks kesehatan reproduksi, di mana perempuan sering kali menghadapi lebih banyak hambatan dalam mengakses layanan kesehatan. Penelitian menunjukkan bahwa peningkatan kesetaraan gender di bidang kesehatan dapat menghasilkan akses yang lebih baik terhadap layanan kesehatan reproduksi, yang pada gilirannya berdampak positif pada

kesehatan masyarakat (Pillai & Gupta, 2011; Parvin et al., 2022). Kesetaraan akses layanan sangat penting di daerah terpencil atau kurang terlayani, di mana perempuan mungkin memiliki akses terbatas terhadap sumber daya kesehatan yang mendasar (Mazza & Botfield, 2023). Program-program yang mendukung kesetaraan gender dapat membantu mengatasi disparitas dan menumbuhkan partisipasi aktif perempuan dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan mereka.

4. **Kerahasiaan dan Non-Diskriminasi**

Kerahasiaan adalah aspek krusial dalam layanan kesehatan reproduksi, yang melindungi privasi pasien dan membangun kepercayaan antara pasien dan penyedia layanan. Perlindungan terhadap kerahasiaan dapat mengurangi stigmatisasi dan mempromosikan penggunaan layanan kesehatan secara lebih luas, terutama dalam konteks pemeriksaan HIV dan IMS (Furyk et al., 2018; Schultz-Swarthfigure & Kelly, 2021). Non-diskriminasi mencakup penghindaran diskriminasi berdasarkan gender, orientasi seksual, status sosial ekonomi, atau kondisi kesehatan. Kebijakan yang jelas dan efektif harus diterapkan untuk memastikan bahwa semua individu memiliki hak yang sama dalam mengakses layanan kesehatan.

5. **Pendekatan Siklus Kehidupan**

Pendekatan siklus kehidupan mencakup perhatian terhadap kesehatan reproduksi dari masa kanak-kanak hingga lanjut usia. Hal ini menekankan bahwa pendidikan dan layanan kesehatan harus disesuaikan dengan tahap perkembangan individu. Pendidikan kesehatan reproduksi harus dimulai sejak usia dini untuk membekali anak-anak dan remaja dengan

pengetahuan yang tepat tentang kesehatan seksual dan reproduksi (Mishra et al., 2010). Program yang berfokus pada siklus kehidupan dapat membantu mengidentifikasi kebutuhan kesehatan di berbagai tahap hidup dan memastikan bahwa semua individu mendapatkan dukungan yang sesuai, dari pendidikan dan konseling sebelum menikah hingga perawatan kesehatan yang relevan bagi lansia.

Secara keseluruhan, prinsip-prinsip ini memberikan kerangka kerja esensial untuk pengembangan dan implementasi kebijakan serta program kesehatan reproduksi yang efektif dan responsif terhadap kebutuhan individu dan komunitas.

Daftar Pustaka

- Arifah, I. and Aninda, Y. (2022). Studi deskriptif persepsi kebutuhan informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi pada siswa. *Quality Jurnal Kesehatan*, 16(2), 144-154. <https://doi.org/10.36082/qjk.v16i2.560>
- Dida, S., Lukman, S., Sono, S., Herison, F., Priyatna, C., Zaidan, A., ... & Prihyugiarto, T. (2019). Pemetaan perilaku penggunaan media informasi dalam mengakses informasi kesehatan reproduksi di kalangan pelajar di jawa barat. *Jurnal Keluarga Berencana*, 4(2), 32-46. <https://doi.org/10.37306/kkb.v4i2.25>
- Furyk, J., Franklin, R., Watt, K., Emeto, T., Dalziel, S., McBain-Rigg, K., ... & Babl, F. (2018). Community attitudes to emergency research without prospective informed consent: a survey of the general population. *Emergency Medicine Australasia*, 30(4), 547-555. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12958>
- Herawati, A. (2024). Review: peningkatan pengetahuan kesehatan reproduksi pada remaja. *HRJI*, 2(4), 250-257. <https://doi.org/10.63004/hrji.v2i4.382>
- Hidayah, M. (2022). Pengaruh pengetahuan remaja di yogyakarta setelah diberikan pendidikan kesehatan reproduksi. *J Abdimas Community Health*, 3(1), 19-24. <https://doi.org/10.30590/jach.v3n1.456>
- Kartikasari, D., Ariwinanti, D., & Hapsari, A. (2019). Gambaran pengetahuan kesehatan reproduksi siswa smk wisnuwardhana kota malang. *Preventia the Indonesian Journal of Public Health*, 4(1), 36. <https://doi.org/10.17977/um044v4i1p36-41>
- Kasim, J. and Kadrianti, E. (2022). Edukasi pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi di desa taraweang kabupaten pangkep. *J-Abdi Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 1(10), 2771-2776. <https://doi.org/10.53625/jabdi.v1i10.1628>

- Kurniawan, A., Sistiarani, C., & Gamelia, E. (2022). Pencegahan kejadian infeksi menular seksual (ims) remaja perdesaan di puskesmas ii kembaran kabupaten banyumas. *Aksiologi Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 6(1), 59. <https://doi.org/10.30651/aks.v6i1.4367>
- Lubis, E., Novi, N., Sutandi, A., Setiyadi, A., & Manurung, S. (2024). Hubungan tingkat pengetahuan remaja tentang infeksi menular seksual dengan perilaku seksual pranikah remaja. *Binawan Student Journal*, 6(2), 174-182. <https://doi.org/10.54771/aenejr76>
- Mazza, D. and Botfield, J. (2023). The role of primary care in optimising women's sexual and reproductive health. *Australian Journal of Primary Health*, 29(3), i-iii. <https://doi.org/10.1071/py23116>
- Mishra, G., Cooper, R., & Kuh, D. (2010). A life course approach to reproductive health: theory and methods. *Maturitas*, 65(2), 92-97. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2009.12.009>
- Myraldi, I., Fadilah, M., Helendra, H., & Yuniarti, E. (2023). Kontribusi persepsi kesehatan reproduksi dan penguasaan materi sistem reproduksi terhadap literasi stunting siswa sma 1 tilatangkamang. *Biodik*, 9(3), 190-196. <https://doi.org/10.22437/biodik.v9i3.28982>
- Natalia, L., Yuwansyah, Y., & Fitriyani, A. (2023). Pengaruh pendidikan kesehatan reproduksi terhadap sikap seks pra nikah pada remaja. *Jurnal Kesehatan*, 14(1), 10-20. <https://doi.org/10.38165/jk.v14i1.357>
- Nurdianto, A., Anwari, F., Octifani, A., Setiawan, F., Rohmah, M., & Febiyanti, D. (2023). Screening hbsag dan hiv pada wanita pekerja seksual di pasar porong sidoarjo. *Jurnal Abdi Masyarakat Indonesia*, 3(5), 1555-1560. <https://doi.org/10.54082/jamsi.958>
- Nurlaeli, F. and Rakhmawati, D. (2022). Hubungan antara pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi dengan sikap terhadap perilaku seksual pada siswa kelas xii. *Dharmas Education Journal (De_journal)*,

- 3(1), 61-70.
<https://doi.org/10.56667/dejournal.v3i1.620>
- Parvin, N., Rahman, M., Islam, M., Haque, S., Sarkar, P., & Mondal, M. (2022). Socioeconomic inequalities in the continuum of care across women's reproductive life cycle in bangladesh. *Scientific Reports*, 12(1).
<https://doi.org/10.1038/s41598-022-19888-w>
- Pillai, V. and Gupta, R. (2011). Reproductive rights approach to reproductive health in developing countries. *Global Health Action*, 4(1), 8423.
<https://doi.org/10.3402/gha.v4i0.8423>
- Power, A., Tuteja, A., Mascarenhas, L., & Temple-Smith, M. (2022). A qualitative exploration of obtaining informed consent in medical consultations with burma-born women. *Australian Journal of Primary Health*, 29(3), 284-291.
<https://doi.org/10.1071/py22138>
- Pujhana, I., Tobing, D., & Lestari, M. (2022). Intimasi pada perempuan pekerja seks (pps): uang, perasaan, dan komitmen. *Jurnal Psikologi Ulayat*.
<https://doi.org/10.24854/jpu542>
- Raihannabil, S., Ilyas, H., Shafira, H., Riani, M., Hastin, N., & Siregar, T. (2024). Perbandingan agglomerative nesting dan k-means untuk klasterisasi ketimpangan gender berdasarkan dimensi kesehatan reproduksi. *Seminar Nasional Official Statistics*, 2024(1), 459-470.
<https://doi.org/10.34123/semnasoffstat.v2024i1.1977>
- Ratna, A., Wibisono, T., Auliarahma, Z., Iftihurozza, H., Hasanah, Z., & Andyastanti, T. (2024). Perubahan tingkat pengetahuan dan sikap santri husada sebagai peer educator promosi kesehatan reproduksi. *Comserva Jurnal Penelitian Dan Pengabdian Masyarakat*, 4(7), 2193-2202.
<https://doi.org/10.59141/comserva.v4i7.2608>
- Rohaeni, E., Iis, I., Khasanah, Y., & Karlina, T. (2023). Penyuluhan pentingnya mengenal infeksi menular seksual (ims) pada wanita usia subur (wus) di

- posyandu dahlia desa kertawinangun kabupaten cirebon. *Jurnal Locus Penelitian Dan Pengabdian*, 2(1), 60-65. <https://doi.org/10.58344/locus.v2i1.852>
- Romlah, S., Andriati, R., & Utama, M. (2021). Studi kualitatif persepsi dan perilaku pekerja seks komersial dalam upaya pencegahan infeksi menular seksual dan hiv/aids di bogor. *Edu Dharma Journal Jurnal Penelitian Dan Pengabdian Masyarakat*, 5(1), 23. <https://doi.org/10.52031/edj.v5i1.92>
- Schultz-Swarthfigure, C. and Kelly, A. (2021). Is waiver of consent for the use of health information for research acceptable to emergency department patients?. *Emergency Medicine Australasia*, 33(2), 379-384. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13728>
- Schultz-Swarthfigure, C., Kelly, A., & Zion, D. (2022). Emergency department patients' attitudes towards the use of data in their clinical record for research without their consent. *Journal of Medical Ethics*, 49(1), 75-78. <https://doi.org/10.1136/medethics-2021-108026>
- Simbolon, W. and Budiarti, W. (2020). Kejadian infeksi menular seksual pada wanita kawin di indonesia dan variabel-variabel yang memengaruhinya. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 7(2), 81. <https://doi.org/10.22146/jkr.49847>
- Tambunan, L. and Ningsih, . (2023). Health promotion effective via booklet to increased teen knowledge of the dangers of sexually transmitted infections in sman 3 palangka raya city barriers in 2022. *JKB*, 7(01), 14-22. <https://doi.org/10.31964/jkb.v7i01.105>
- Tarasoff, L. (2021). A call for comprehensive, disability- and lgbtq-inclusive sexual and reproductive health education. *Journal of Adolescent Health*, 69(2), 185-186. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.05.013>
- Widayati, R. (2021). Edukasi kesehatan reproduksi berbasis thibun nabawi menuju kampung kb berkemandirian jasmani dan rohani. *Jurnal Empati*

(Edukasi
Masyarakat Pengabdian Dan Bakti), 2(2),119.<https://doi.org/10.26753/empati.v2i2.607>

Profil Penulis



Risza Choirunissa, S,SiT, MKM

Ketertarikan penulis terhadap ilmu kesehatan dimulai pada tahun 2007 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih studi untuk masuk ke D3 Kebidanan, dilanjutkan dengan Sarjana Kebidanan, dan Berhasil menyelesaikan Magister Kesehatan Masyarakat di tahun 2014, saat ini penulis sedang melanjutkan studi Doktor di Doktor Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang Jawa Tengah, penulis juga sebagai dosen tetap di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Nasional Jakarta. Penulis memiliki kepakaran dibidang Kesehatan masyarakat, Promosi kesehatan Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis jurnal dan buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

Email Penulis: riszaakrama@gmail.com

KARAKTERISTIK WILAYAH AGRARIS DAN DAMPAKNYA PADA KESEHATAN REPRODUKSI

Besse Rismayani, S.KM., M.Kes

Institut Kesehatan dan Teknologi Graha Medika

Karakteristik Wilayah Agraris

Wilayah agraris memiliki karakteristik yang sangat khas, yang membedakannya dari wilayah perkotaan. Dalam konteks Indonesia, wilayah agraris sering kali ditandai dengan adanya lahan pertanian yang luas, pola kehidupan masyarakat yang bergantung pada hasil pertanian, serta ketersediaan sumber daya alam yang melimpah. Menurut Badan Pusat Statistik (BPS, 2021), sekitar 30% dari total penduduk Indonesia masih menggantungkan hidupnya pada sektor pertanian, yang menunjukkan betapa pentingnya sektor ini bagi kehidupan masyarakat.

Salah satu karakteristik utama wilayah agraris adalah pola penggunaan lahan yang didominasi oleh pertanian, baik itu tanaman pangan, hortikultura, maupun perkebunan. Data dari Kementerian Pertanian (2020) menunjukkan bahwa luas lahan pertanian di Indonesia mencapai 7,9 juta hektar, dengan komoditas utama seperti padi, jagung, dan kedelai. Penggunaan lahan ini tidak hanya berdampak pada ekonomi lokal, tetapi juga mempengaruhi struktur sosial dan budaya masyarakat yang tinggal di wilayah tersebut.

Selain itu, wilayah agraris sering kali ditandai dengan akses yang terbatas terhadap fasilitas kesehatan dan pendidikan. Penelitian oleh World Bank (2019) menunjukkan bahwa masyarakat di daerah pedesaan cenderung memiliki akses yang lebih rendah terhadap layanan kesehatan dibandingkan dengan masyarakat di daerah perkotaan. Hal ini berpotensi menimbulkan masalah kesehatan, termasuk kesehatan reproduksi, yang sering kali terabaikan di wilayah tersebut.

Kondisi lingkungan juga menjadi faktor penting dalam karakteristik wilayah agraris. Kualitas tanah, ketersediaan air, dan iklim merupakan elemen yang sangat mempengaruhi produktivitas pertanian. Menurut penelitian oleh FAO (2021), perubahan iklim dapat mempengaruhi hasil pertanian dan, pada gilirannya, dapat berdampak pada ketahanan pangan dan kesehatan masyarakat. Dalam konteks kesehatan reproduksi, kondisi lingkungan yang buruk dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan anak, serta meningkatkan risiko komplikasi selama kehamilan.

Terakhir, budaya dan tradisi lokal di wilayah agraris juga memainkan peran penting dalam menentukan pola perilaku kesehatan masyarakat. Banyak nilai dan norma yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi, seperti praktik pernikahan dini, penggunaan kontrasepsi, dan perawatan prenatal, dipengaruhi oleh budaya setempat. Penelitian oleh (Nurhayati, 2023) menunjukkan bahwa pemahaman masyarakat tentang kesehatan reproduksi sering kali dipengaruhi oleh faktor budaya, yang dapat mempengaruhi keputusan mereka dalam mengakses layanan kesehatan.

Dampak Kesehatan Reproduksi di Wilayah Agraris

Dampak kesehatan reproduksi di wilayah agraris sangat kompleks dan dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk

akses terhadap layanan kesehatan, pendidikan, dan kondisi sosial ekonomi. Salah satu dampak paling signifikan yaitu:

1. Tingginya angka kematian ibu dan bayi

Menurut data dari Kementerian Kesehatan (2021), angka kematian ibu di daerah pedesaan mencapai 305 per 100.000 kelahiran hidup, jauh lebih tinggi dibandingkan dengan angka di perkotaan yang hanya 126 per 100.000 kelahiran hidup. Hal ini menunjukkan bahwa akses terhadap perawatan prenatal dan pasca persalinan di wilayah agraris masih sangat rendah.

2. Indonesia merupakan negara agraris dengan sebagian besar penduduknya menekuni profesi sebagai petani

Sektor pertanian menjadi pusat perhatian pemerintah karena sektor ini memiliki peran yang sangat penting dalam pembangunan nasional terutama dalam hal pemanfaatan hasil-hasil pertanian yang menyangkut komoditas pangan. Namun seringkali petani dihadapkan dengan permasalahan seperti hama dan gulma yang mengganggu. Hal tersebut tentu saja dapat mempengaruhi hasil produksi pertanian. Upaya petani untuk meningkatkan mutu hasil produksi pertanian dan mengurangi serangan hama yang mengganggu membuat petani memilih menggunakan pestisida (Jaroji et al., 2019).

Penggunaan pestisida merupakan salah satu upaya yang banyak ditempuh petani untuk mengendalikan hama tanaman. Para petani cenderung menggunakan pestisida secara terus menerus dan kurang memperhatikan pemakaiannya. Perempuan yang terlibat dalam pertanian memiliki risiko terhadap

dampak paparan pestisida jangka panjang yaitu dapat mengganggu hormon reproduksi pada Perempuan (Farida et al., 2017).

Paparan pestisida pada perempuan dapat menyebabkan infertilitas permanen dan kegagalan ovarium prematur (menopause yang lebih awal pada perempuan). Studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di Desa Girirejo didapatkan hasil bahwa 6 dari 20 perempuan petani atau sekitar 30% mengalami menopause dini.

Pestisida tidak hanya digunakan oleh petani pria, melainkan petani wanita juga sehingga berpotensi mengganggu kesehatan wanita salah satunya gangguan pada sistem reproduksi. Sebagai istri petani, wanita ikut terlibat dalam aktivitas pertanian seperti mencabut rumput, mencari hama, menyiram tanaman, menanam dan memanen serta mencuci pakaian yang dipakai bertani. Kegiatan pertanian yang berlangsung lama disertai penggunaan pestisida dengan dosis tinggi membuat wanita mudah terpapar pestisida sehingga menimbulkan gangguan pada sistem reproduksi (Widyawati et al., 2020).

3. Keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan

Hal ini juga berkontribusi pada masalah kesehatan reproduksi lainnya, seperti infeksi menular seksual (IMS) dan komplikasi kehamilan. Data dari WHO (2020) menunjukkan bahwa prevalensi IMS di daerah pedesaan Indonesia mencapai 15%, yang jauh lebih tinggi dibandingkan dengan daerah perkotaan. Hal ini disebabkan oleh kurangnya pengetahuan tentang kesehatan reproduksi dan kurangnya fasilitas kesehatan yang memadai untuk menangani masalah tersebut.

4. Pendidikan yang rendah

Faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi di wilayah agraris. Menurut penelitian oleh UNICEF (2021), perempuan di daerah pedesaan cenderung memiliki tingkat pendidikan yang lebih rendah dibandingkan dengan laki-laki, yang berdampak pada pemahaman mereka tentang kesehatan reproduksi. Rendahnya pendidikan ini sering kali berujung pada kurangnya pengetahuan tentang kontrasepsi dan perencanaan keluarga, yang dapat meningkatkan risiko kehamilan yang tidak diinginkan.

5. Kondisi sosial ekonomi yang sulit

Di wilayah agraris juga berkontribusi pada masalah kesehatan reproduksi. Banyak perempuan di daerah pedesaan yang terpaksa bekerja di ladang atau melakukan pekerjaan informal untuk membantu ekonomi keluarga, yang dapat mengurangi waktu dan energi mereka untuk merawat kesehatan reproduksi. Penelitian oleh Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (2022) menunjukkan bahwa perempuan yang bekerja di sektor pertanian cenderung memiliki akses yang lebih rendah terhadap layanan kesehatan dibandingkan dengan perempuan yang tidak bekerja.

Akhirnya, stigma dan norma sosial yang mengelilingi kesehatan reproduksi di wilayah agraris dapat menghambat akses perempuan terhadap layanan kesehatan. Banyak perempuan merasa malu atau takut untuk mencari bantuan medis terkait masalah kesehatan reproduksi mereka, yang dapat menyebabkan komplikasi serius. Penelitian oleh Rahmawati (2021) menunjukkan bahwa peningkatan kesadaran dan pendidikan tentang kesehatan reproduksi sangat penting untuk mengatasi

stigma ini dan meningkatkan akses perempuan terhadap layanan kesehatan yang dibutuhkan.

Peran Pendidikan dalam Meningkatkan Kesehatan Reproduksi

Pendidikan memiliki peran yang sangat penting dalam meningkatkan kesehatan reproduksi, terutama di wilayah agraris. Pendidikan yang baik dapat memberikan pengetahuan yang diperlukan untuk memahami isu-isu kesehatan reproduksi dan mempromosikan perilaku sehat. Menurut data dari Badan Pusat Statistik (2021), perempuan yang memiliki pendidikan tinggi cenderung lebih memahami pentingnya perawatan prenatal dan penggunaan kontrasepsi, yang berdampak positif pada kesehatan reproduksi mereka.

Program pendidikan kesehatan reproduksi di sekolah-sekolah dapat menjadi langkah awal yang efektif untuk meningkatkan pemahaman masyarakat tentang kesehatan reproduksi. Penelitian oleh Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan (2020) menunjukkan bahwa program pendidikan kesehatan reproduksi di sekolah-sekolah mampu mengurangi angka kehamilan remaja dan meningkatkan pengetahuan siswa tentang kesehatan reproduksi. Program ini juga dapat membantu mengubah sikap dan perilaku siswa terhadap isu-isu kesehatan reproduksi.

Selain pendidikan formal, pendidikan non-formal juga penting untuk meningkatkan kesadaran tentang kesehatan reproduksi di kalangan masyarakat. Banyak organisasi non-pemerintah (NGO) telah meluncurkan program pelatihan dan seminar tentang kesehatan reproduksi di daerah pedesaan, yang bertujuan untuk memberikan informasi yang akurat dan relevan kepada masyarakat. Menurut laporan oleh Yayasan Kesehatan Perempuan (2021), program-program ini telah berhasil

meningkatkan pengetahuan dan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan reproduksi.

Pendidikan juga dapat memberdayakan perempuan untuk mengambil keputusan yang lebih baik terkait kesehatan reproduksi mereka. Dengan pengetahuan yang cukup, perempuan dapat lebih percaya diri dalam mencari layanan kesehatan dan berkomunikasi dengan tenaga medis. Penelitian oleh Sari (2020) menunjukkan bahwa perempuan yang terdidik lebih cenderung untuk menggunakan layanan kesehatan reproduksi secara tepat waktu dan efektif.

Namun, tantangan tetap ada dalam mengimplementasikan program pendidikan kesehatan reproduksi di wilayah agraris. Keterbatasan sumber daya, aksesibilitas, dan resistensi budaya dapat menjadi hambatan dalam penyampaian informasi yang tepat. Oleh karena itu, kolaborasi antara pemerintah, masyarakat, dan organisasi non-pemerintah sangat penting untuk menciptakan program yang efektif dan berkelanjutan dalam meningkatkan kesehatan reproduksi di wilayah agraris.

Kebijakan dan Intervensi untuk Meningkatkan Kesehatan Reproduksi

Kebijakan pemerintah dan intervensi yang tepat sangat diperlukan untuk meningkatkan kesehatan reproduksi di wilayah agraris. Salah satu langkah penting adalah pengembangan kebijakan yang mendukung akses terhadap layanan kesehatan reproduksi bagi perempuan di daerah pedesaan. Menurut Kementerian Kesehatan (2021), perlu adanya peningkatan fasilitas kesehatan di wilayah agraris, termasuk penyediaan tenaga medis yang terlatih dan peralatan medis yang memadai.

Selain itu, program-program yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang kesehatan reproduksi juga sangat penting. Pemerintah dapat bekerja sama dengan organisasi non-pemerintah untuk menyelenggarakan kampanye kesehatan reproduksi yang menasar masyarakat di daerah pedesaan. Penelitian oleh Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (2022) menunjukkan bahwa kampanye yang melibatkan tokoh masyarakat dan pemimpin lokal dapat meningkatkan partisipasi masyarakat dalam program kesehatan reproduksi.

Intervensi berbasis komunitas juga dapat menjadi solusi efektif untuk meningkatkan kesehatan reproduksi di wilayah agraris. Program-program yang melibatkan masyarakat dalam perencanaan dan pelaksanaan kegiatan kesehatan reproduksi dapat meningkatkan rasa memiliki dan keberlanjutan program tersebut. Menurut data dari WHO (2020), intervensi berbasis komunitas telah berhasil meningkatkan akses dan penggunaan layanan kesehatan reproduksi di berbagai daerah.

Keterlibatan sektor swasta dalam mendukung kesehatan reproduksi juga perlu diperhatikan. Perusahaan-perusahaan yang beroperasi di wilayah agraris dapat berkontribusi dengan menyediakan program kesehatan bagi karyawan dan keluarganya. Penelitian oleh Asosiasi Perusahaan Indonesia (2021) menunjukkan bahwa perusahaan yang peduli terhadap kesehatan karyawannya cenderung memiliki produktivitas yang lebih tinggi dan tingkat absensi yang lebih rendah.

Akhirnya, penting untuk melakukan evaluasi dan pemantauan terhadap kebijakan dan program yang telah diterapkan. Hal ini bertujuan untuk memastikan bahwa intervensi yang dilakukan benar-benar efektif dalam meningkatkan kesehatan reproduksi di wilayah agraris. Dengan data dan statistik yang akurat, pemerintah dan

pemangku kepentingan lainnya dapat melakukan perbaikan dan penyesuaian yang diperlukan untuk mencapai tujuan kesehatan reproduksi yang lebih baik.

Kesimpulan dan Rekomendasi

Kesimpulan dari pembahasan ini menunjukkan bahwa karakteristik wilayah agraris memiliki dampak yang signifikan terhadap kesehatan reproduksi masyarakat. Tingginya angka kematian ibu dan bayi, keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan, serta rendahnya pendidikan menjadi tantangan utama yang harus dihadapi. Oleh karena itu, diperlukan kebijakan dan intervensi yang tepat untuk meningkatkan kesehatan reproduksi di wilayah agraris.

Rekomendasi yang dapat diberikan antara lain adalah peningkatan akses terhadap layanan kesehatan reproduksi, pengembangan program pendidikan kesehatan yang lebih efektif, serta keterlibatan masyarakat dalam perencanaan dan pelaksanaan program kesehatan. Selain itu, kolaborasi antara pemerintah, organisasi non-pemerintah, dan sektor swasta sangat penting untuk menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan reproduksi di wilayah agraris.

Dengan langkah-langkah yang tepat, diharapkan kesehatan reproduksi masyarakat di wilayah agraris dapat meningkat, sehingga mengurangi angka kematian ibu dan bayi serta meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan. Penelitian lebih lanjut juga diperlukan untuk memahami lebih dalam tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi di wilayah agraris, sehingga kebijakan yang diambil dapat lebih tepat sasaran dan efektif.

Daftar Pustaka

- Badan Pusat Statistik (BPS). (2021). Statistik Pertanian Indonesia.
- FAO. (2021). The State of Food and Agriculture.
- Farida, Z., Setiani, O., & Dewanti, N. A. Y. (2017). Hubungan Paparan Pestisida Dengan Kejadian Menopause Dini Pada Perempuan Petani Di Desa Girirejo Kecamatan Magelang. 5, 1–23.
- Kementerian Kesehatan. (2021). Data Kesehatan Reproduksi di Indonesia.
- Kementerian Pertanian. (2020). Laporan Tahunan Pertanian.
- Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat. (2022). Laporan Penelitian Kesehatan Reproduksi.
- Nurhayati, E. (2023). Pengaruh Edukasi Terhadap Pengetahuan Remaja Tentang Kesehatan Reproduksi. Indonesian Journal of Nursing Health Science, 8(1), 91–98. <https://doi.org/10.47007/ijnhs.v8i1.6234>
- Rahmawati, D. (2021). Stigma dan Kesehatan Reproduksi di Masyarakat.
- Sari, R. (2020). Peran Pendidikan dalam Kesehatan Reproduksi.
- UNICEF. (2021). Education and Health in Rural Areas.
- World Bank. (2019). Health Systems in Rural Areas.
- Yayasan Kesehatan Perempuan. (2021). Program Kesehatan Reproduksi di Indonesia.

Profil Penulis



Besse Rismayani, S.KM., M.Kes

Penulis di lahirkan di Tosora pada tanggal 14 April 2001 Ketertarikan penulis terhadap ilmu kesehatan dimulai pada tahun 2016 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Sekolah Menengah Kejuruan di SMK Negeri 1 Kotamobagu dengan memilih Jurusan Keperawatan dan berhasil lulus pada tahun 2019. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan studi S1 di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan Institut Kesehatan dan Teknologi Graha Medika pada tahun 2023. Kemudian penulis menyelesaikan studi S2 di Program Studi Kesehatan Masyarakat Program Pasca Sarjana Universitas Muslim Indonesia tahun 2025. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap di Program Studi Kesehatan Masyarakat Institut Kesehatan dan Teknologi Graha Medika. Selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal serta aktif menulis buku ajar dan book chapter.

Email Penulis: besserismayani016@gmail.com

FAKTOR SOSIAL BUDAYA DALAM KESEHATAN REPRODUKSI

Mariene Wiwin Dolang, S.KM., M.Kes.
Universitas Dhyana Pura

Peran sosial budaya merupakan kondisi yang sudah melekat dalam masyarakat tertentu dan merupakan salah satu faktor terbesar penyebab kegagalan program kesehatan yang dicanangkan oleh pemerintah, karena adanya perbedaan cara dan metode yang dilakukan oleh masyarakat dalam upaya peningkatan derajat kesehatan. Faktor budaya dan lingkungan yang mempengaruhi praktek tradisional yang berdampak buruk pada kesehatan reproduksi, seperti kepercayaan banyak anak banyak rejeki, informasi tentang fungsi reproduksi yang membingungkan anak dan remaja karena saling berlawanan satu dengan yang lain, pandangan agama, status perempuan, ketidaksetaraan gender, kondisi lingkungan tempat tinggal, cara bersosialisasi, persepsi masyarakat tentang fungsi, hak dan tanggung jawab reproduksi individu, serta dukungan atau komitmen politik.

Pengertian Sosial Budaya

Kata budaya berasal dari bahasa Sansekerta buddhayah yang merupakan bentuk jamak dari kata budhi yang berarti budi atau akal. Dalam bahasa Inggris, kata budaya berasal dari kata culture, dalam bahasa Belanda di istilahkan dengan kata cultuur, dan dalam bahasa latin berasal dari kata colera.

Sosial budaya atau kebudayaan adalah segala sesuatu atau tata nilai yang berlaku dalam sebuah masyarakat yang menjadi ciri khas dari masyarakat tersebut. Sosial budaya merupakan tata nilai yang berlaku di masyarakat yang mencakup kesenian, adat istiadat, moral, hukum, pengetahuan dan kepercayaan yang menjadi ciri khas masyarakat tersebut. budaya adalah suatu keseluruhan kompleks yang meliputi pengetahuan, kepercayaan, kesenian, moral, keilmuan, hukum, adat istiadat, dan kemampuan yang lain serta kebiasaan yang didapat oleh manusia sebagai anggota masyarakat. Kebudayaan yaitu hasil pikir dan olah daya manusia atas alam. Sistem kebudayaan juga meliputi sistem ide atau gagasan yang bersumber dari manusia. Sehingga, kebudayaan juga dapat bersifat abstrak atau tak terlihat (Mumtazinur, 2019). Istilah sosial budaya merupakan bentuk gabungan dari sosial dan budaya. Sosial dalam arti masyarakat, budaya atau kebudayaan dalam arti sebagai semua hasil karya, rasa, dan cipta masyarakat.

Faktor Sosial Budaya dalam Kesehatan Reproduksi

Peran sosial budaya merupakan kondisi yang sudah melekat dalam masyarakat tertentu dan merupakan salah satu faktor terbesar penyebab kegagalan program kesehatan yang dicanangkan oleh pemerintah, karena adanya perbedaan cara dan metode yang dilakukan oleh masyarakat dalam upaya peningkatan derajat kesehatan. Faktor sosial budaya sangat mempengaruhi perilaku masyarakat yang tentunya berdampak pada perilaku-perilaku yang berkaitan dengan Kesehatan reproduksi. Masih banyak masyarakat yang lebih mengedepankan kepada kepercayaan yang telah melekat di lingkungannya dibandingkan dengan ilmu kesehatan reproduksi. Faktor sosial budaya yang mempengaruhi praktek tradisional berdampak buruk pada kesehatan reproduksi. Kepercayaan banyak anak banyak rejeki, informasi

tentang fungsi reproduksi yang membingungkan anak dan remaja karena saling berlawanan satu dengan yang lain, pandangan agama, status perempuan, ketidaksetaraan gender, lingkungan tempat tinggal dan cara bersosialisasi, persepsi masyarakat tentang fungsi, hak dan tanggung jawab reproduksi individu, serta dukungan.

Beberapa kajian tentang kesehatan reproduksi menunjukkan bahwa pandangan, pemahaman serta kepercayaan masyarakat tentang tubuh, seksualitas dan kesehatan perempuan berkontribusi terhadap wacana tubuh perempuan dalam kesehatan reproduksi. Cara pandang, pemaknaan, kepercayaan dan perilaku yang berhubungan dengan tubuh, seksualitas dan kesehatan perempuan dipengaruhi oleh faktor sosial, budaya, ekonomi dan politik yang bekerja dalam kekuatan simbolik.

Lingkungan sosial budaya menciptakan ekosistem yang kompleks yang secara langsung memengaruhi bagaimana masyarakat Indonesia memahami, mengakses, dan memanfaatkan layanan kesehatan reproduksi. Beragam tabu, mitos dan kepercayaan tradisional tentang tubuh dan kesehatan reproduksi perempuan cenderung untuk diambil dan digunakan serta dimaknai ulang sebagai komoditi baru yang masuk ke dalam sistem layanan kesehatan reproduksi. Perempuan dikomodifikasi sebagai gen, penghasil ovum atau pembawa embrio semata.

Peran Kepercayaan dan Nilai Tradisional dalam Kesehatan Reproduksi

1. Banyak anak banyak rezeki

Banyak anak banyak rezeki merupakan konsep ini masih dipegang teguh di banyak daerah, terutama di

pedesaan Indonesia. Keluarga dengan banyak anak dianggap sebagai simbol kemakmuran dan jaminan di masa tua, yang berpengaruh terhadap keputusan tentang jumlah anak dan penggunaan kontrasepsi.

2. Praktik tradisional berisiko

Praktik tradisional berisiko seperti praktik seperti " pijat peranakan " untuk kesuburan, ramuan tradisional untuk kontrasepsi, dan ritual pasca melahirkan yang tidak berbasis bukti ilmiah dapat membahayakan kesehatan reproduksi perempuan di berbagai daerah.

3. Tabu Mendiskusikan Reproduksi

Di banyak komunitas, pembicaraan tentang seksualitas dan reproduksi masih dianggap tabu, terutama bagi perempuan dan remaja. Hal ini menghambat penyebaran informasi yang akurat dan menciptakan kesenjangan pengetahuan.

Hubungan Sosial Budaya dengan Kesehatan Reproduksi

1. Sosial Budaya Dengan Kesehatan Reproduksi Remaja

Masa remaja merupakan peralihan masa kanak-kanak menjadi dewasa yang melibatkan perubahan berbagai aspek seperti biologis, psikologis, dan sosial-budaya. Kesehatan reproduksi remaja adalah suatu kondisi sehat yang menyangkut sistem, fungsi dan proses reproduksi yang dimiliki oleh remaja. Pengertian sehat disini tidak semata-mata berarti bebas penyakit atau bebas dari kecacatan namun juga sehat secara mental serta sosial kultural.

Pengetahuan dan pemahaman remaja tentang Kesehatan reproduksi dan resiko seksual merupakan hal penting, mengingat meningkatnya penundaan

usia pernikahan di kalangan perempuan, berimplikasi pada lamanya mereka menjalani masa aktif secara seksual sebelum pernikahan. Pada remaja masih terdapat banyaknya mitos-mitos seputar menstruasi seperti tidak boleh memakan nanas dan ketimun, meminum air es, tidak boleh memakan makanan yang pedas, tidak boleh tidur siang karena darah menstruasi akan naik menuju mata, dan lainnya.

Pada umumnya pengalaman menstruasi pertamakali diwarnai ketidaktahuan, ketakutan karena tidak adanya penjelasan tentang apa itu menstruasi dan hal-hal yang perlu diketahui tentang permasalahan menstruasi. Perihal menstruasi lebih banyak dibalut oleh mitos, kepercayaan dan tabu. Pada umumnya tradisi budaya tentang menstruasi masih masyarakat. Banyak daerah yang masih melakukan selamatan atau beberapa ritual tertentu saat menstruasi pertamakali, serta masih ada berbagai praktik budaya yang intinya merupakan bentuk-bentuk pembatasan budaya.

Pemberian edukasi yang menjelaskan tentang kesehatan reproduksi ataupun tentang menstruasi merupakan hal yang jarang diberikan pada remaja. Untuk itu, sebagian besar remaja perempuan khususnya, terkesan tidak siap untuk mengalami perubahan-perubahan fisik dan hormonal seiring dengan pubersitas yang dialaminya. Terkesan bahwa lingkungan sosial terdekat, khususnya keluarga dan komunitas, belum menanamkan nilai-nilai yang positif dan konstruktif berkenaan dengan pubersitas remaja, termasuk bagaimana mereka menyikapi hasrat seksualnya. Ketidaksiapan remaja akan pubersitasnya ini terkait dengan faktor budaya, yang terefleksi dari mitos-mitos yang berkembang di masyarakat, juga tradisi yang telah dipraktekkan

turun temurun. Selain itu, tafsir agama juga ikut berkontribusi atas cara pandang masyarakat tentang tubuhnya, seksualitasnya, yang langsung atau tidak langsung terkait dengan kesehatan reproduksi dan seksualitas.

Seksualitas sebagai sebuah konstruksi sosial bisa ditunjukkan melalui berkembangnya anggapan di masyarakat bahwa virginitas dilekatkan pada perempuan, sementara laki-laki ditolerir karena mencerminkan keperkasaan. Hal ini menunjukkan bagaimana dorongan seksual individu berkonteks budaya, termasuk merupakan hasil pembelajaran sosial berbasis gender, padahal dorongan seksual laki dan perempuan pada dasarnya sama namun ekspresinya dikonstruksikan secara berbeda pada perempuan karena nilai-nilai sosial budaya yang dilekatkan pada keperempuanannya

2. Sosial Budaya Dengan Ibu Hamil

Berbicara tentang budaya, Indonesia memiliki banyak suku, ras, dan budaya yang berbeda, selain hal-hal alamnya (Amraeni, 2021). Adat istiadat yang berkaitan dengan kehamilan dan persalinan telah berubah di beberapa tempat, tetapi tetap ada di beberapa tempat lain. Proses yang selalu berubah membantu mempertahankan stabilitas budaya yang ada dan menerima konsep dan ide baru (Hardiansyah, 2021). Kebiasaan di berbagai daerah yang berkaitan dengan kehamilan dan persalinan telah berubah, tetapi di daerah lain, kebiasaan ini tetap sama. Pengaruh budaya terhadap kesehatan masyarakat tidak dapat diabaikan; kesehatan adalah bagian penting dari kebudayaan.

Di negara-negara Asia dan Afrika, kepercayaan dan praktik tradisional sering dikaitkan dengan kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Secara historis, beberapa praktik ini termasuk berdoa, ritual atau upacara, makanan pantangan, makanan yang harus dimakan, perilaku tabu, pijat tradisional, kepercayaan pada dukun, pengobatan dan jamu tradisional, dan kepercayaan lainnya. Konteks budaya mencakup nilai-nilai, kepercayaan, moral, adat istiadat, dan praktik yang diterima oleh suatu komunitas atau kelompok yang sering diwariskan ke generasi berikutnya dengan menyebarkan dan menerapkan praktik tersebut. Indonesia memiliki ribuan pulau dengan beragam suku dan latar belakang budaya, menciptakan budaya yang unik.

Banyak ritual yang berkaitan dengan kehamilan dan persalinan di Indonesia, antara lain upacara tujuh bulan kehamilan (yang melambangkan rasa syukur, keinginan untuk kelahiran yang lancar dan kesehatan yang baik untuk ibu dan bayi) dan pemberian jamu tradisional untuk ibu hamil dan menyusui. Masyarakat Madura masih menganggap dukun bayi memiliki peran penting dalam pelayanan antenatal bersama dengan petugas kesehatan, sementara praktik budaya, kepercayaan dan tabu yang terkait dengan ibu hamil pada masyarakat Madura cukup unik, beberapa budaya memiliki kemiripan dengan budaya Jawa.

Wanita hamil takut jika mereka tidak mengikuti tradisi yang ada, akan menimbulkan masalah selama kehamilan mereka, seperti keguguran, kelahiran yang sulit atau dampak negatif lainnya pada ibu dan bayi. Dua ritual adat yang sudah berlangsung lama (bulan keempat dan ketujuh) sering dilakukan. Status ekonomi keluarga akan menentukan kemeriahan

yang dilaksanakan, namun tahapan ritualnya sama. Semua kepercayaan dan praktik tradisional dipatuhi dan dilakukan untuk memastikan kesehatan dan keselamatan ibu dan bayi, memfasilitasi kelahiran dan memastikan bayi menjadi orang yang baik.

Faktor medis dan non medis secara bersamaan mempengaruhi kepercayaan, sikap, dan perilaku masyarakat Indonesia terkait dengan kehamilan. Bagi ibu-ibu, memahami perilaku perawatan kehamilan (antenatal care) adalah penting untuk mengetahui dampak kesehatan bayi dan ibu sendiri. Namun, pada masyarakat di Indonesia masih banyak ibu-ibu yang menganggap kehamilan sebagai hal yang biasa dan alamiah. Ibu merasa tidak perlu memeriksakan kehamilannya secara rutin ke bidan ataupun dokter. Ibu hamil dan yang akan bersalin dilindungi secara adat, religi, dan moral dengan tujuan untuk menjaga kesehatan ibu dan bayi. Mereka menganggap masa tersebut adalah masa kritis karena bisa membahayakan janin dan/atau ibunya. Masa tersebut direspons oleh masyarakat dengan strategi-strategi, seperti dalam berbagai upacara kehamilan, anjuran, dan larangan secara tradisional. Mereka cenderung lebih percaya dan minta pertolongan dukun bayi untuk pemeriksaan kehamilan, kelahiran dan proses perawatan pasca kelahiran.

Namun, disisi lain ibu-ibu juga dianjurkan untuk mulai memiliki kesadaran untuk memeriksakan kandungan pada Bidan maupun ke Puskesmas. Keterbatasan jumlah bidan juga merupakan faktor yang menyebabkan dukun bayi masih dibutuhkan. Pada umumnya pilihan bersalin antara ke Dukun atau tenaga Kesehatan. Banyak masyarakat menganggap bahwa usia bidan yang masih muda dan tidak ahli sehingga kepercayaan pada dukun lebih

besar karena dianggap sudah tua dan banyak pengalaman. Dukun juga dianggap lebih mudah dicari serta sigap untuk membantu setiap waktu. Berdasarkan hitungan ekonomi, melahirkan pada dukun dianggap lebih murah daripada melahirkan pada Bidan atau fasilitas kesehatan. Faktor lain adalah jumlah dan distribusi Bidan yang tidak merata.

Selain pemeriksaan kehamilan, budaya di Indonesia juga memiliki makanan yang secara tradisional direkomendasikan atau dilarang. Hal ini akan mempengaruhi status nutrisi ibu hamil. Berbagai bukti ilmiah telah menunjukkan adanya hubungan status nutrisi ibu yang buruk dengan prematuritas, berat badan lahir rendah (BBLR), makrosomia, gangguan kesehatan ibu dan bayi, serta komplikasi persalinan. Budaya tabu yang mendukung atau melarang jenis makanan tertentu akan mengakibatkan seorang ibu hamil membatasi asupan makanannya.

Di Indonesia, makanan yang dianggap tabu selama kehamilan berbeda-beda di setiap daerah dan budaya. Di Jawa Tengah beberapa makanan yang dilarang antara lain buah nanas, nangka, tape, gula jawa, kerak nasi, daun pohon kemiri, kluwih, belut, ikan, udang, es batu, dan telur ayam. Suku Kaili di kota Palu juga menganggap bahwa pisang, durian, nangka, nanas, dan mangga; protein hewani seperti udang, bebek, kepiting, ikan laut, cumi-cumi, dan ikan asin; sayur seperti kol, daun kelor, dan daun singkong; serta nasi, sago, gula coklat, dan kaledo (Jayadi, 2020).

Di Madura, makanan seperti nasi, nasi jagung, cakalang, ikan nila, bandeng, telur, daun kelor, apel, dan air kelapa justru dianjurkan untuk dikonsumsi

oleh ibu hamil. Sementara itu, cumi-cumi, udang, nanas, kedondong, kol, air dingin, dan mi instan adalah makanan yang dilarang dikonsumsi. Selain itu, dikenal pula istilah makanan “panas” dan “dingin”. Makanan panas dianggap perlu dihindari selama trimester pertama karena dianggap dapat memicu rasa panas dalam rahim yang menyebabkan keguguran; sedangkan makanan dingin justru dianjurkan terutama pada trimester ketiga kehamilan karena diyakini dapat membuat kulit bayi menjadi bersih saat lahir (Diana, 2017).

Beberapa makanan yang dianggap tabu selama kehamilan seperti daging, telur, sayur dan buah justru merupakan makanan bernutrisi yang berkontribusi pada asupan makro dan mikronutrien. Dengan demikian, mencegah konsumsi makanan bernutrisi tersebut selama kehamilan akan menempatkan perempuan pada risiko buruknya nutrisi maternal dan janin.

3. Sosial Budaya Dengan Ibu Menyusui

Banyak sekali tradisi yang harus diikuti oleh ibu agar penyembuhannya berjalan lancar. Dalam berbagai kultur, ada bermacam-macam tradisi dan kepercayaan yang dinasihatkan untuk para ibu menyusui. Kepercayaan dan keyakinan mengenai budaya pemeliharaan ibu post partum, di antaranya percaya bahwa kolostrum tidak baik untuk anak, larangan tidur siang hari, larangan untuk mandi, diet makanan hanya boleh sayuran, pembatasan asupan cairan, tidak boleh keluar rumah, menggunakan alas kaki, serta anjuran menggunakan gurita

Kepercayaan dan tradisi yang ada, secara langsung maupun tidak langsung kurang mendukung terhadap pelaksanaan ASI eksklusif. Ada berbagai macam

keyakinan budaya terkait menyusui, ada beberapa keyakinan yang mendukung namun ada juga yang tidak mendukung. Standar budaya dan sosial yang ada di masyarakat berbeda-beda antar setiap tergantung tiap masyarakat. Sebaiknya, kebijakan kesehatan masyarakat di seluruh dunia harus mempertimbangkan dan mempelajari budaya masyarakat untuk menciptakan kondisi yang mendukung terhadap praktik pemberian ASI. Tradisi dan kepercayaan berkembang sebagai sesuatu yang akan menggiring perilaku masyarakat untuk melakukan hal sesuai dengan tradisi dan kepercayaan yang ada di lingkungan. Mitos-mitos ataupun kepercayaan dapat menghambat tindakan menyusui yang normal, beberapa mitos yang sering ada yaitu kolostrum yang terdapat dalam ASI tidak bagus dan berbahaya untuk bayi, teh khusus atau cairan dibutuhkan bayi sebelum menyusui, dan bayi akan mengalami kekurangan nutrisi untuk pertumbuhannya apabila hanya diberikan ASI saja. Selain itu, terdapat mitos dimana kolostrum dianggap kotor dan biasanya dibuang. Dari beberapa kepercayaan tersebut tentu seorang ibu akan memberikan beberapa makanan tambahan lain selain ASI untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bagi bayinya.

Kepercayaan dan tradisi yang ada akan mempengaruhi perilaku masyarakatnya. Kepercayaan di dalam sosial budaya datang dari apa yang dilihat dan apa yang diketahui seseorang. Kepercayaan yang telah diyakini oleh seseorang akan menjadi dasar untuk berperilaku. Namun pada kenyataannya tidak selalu kepercayaan tersebut benar. Ada kalanya karena ketidaktahuan akan informasi yang benar mengenai suatu kejadian atau objek yang terjadi justru membentuk sebuah kepercayaan.

Kepercayaan dan tradisi yang ada di masyarakat menggiring pola pikir masyarakat atas tindakan yang akan dilakukan untuk menyikapi sesuatu. Kepercayaan yang ada di masyarakat menjadi hal yang sangat berperan dalam membentuk perilaku seseorang. Hal ini mungkin dapat terjadi karena responden kurang mengetahui fakta yang sebenarnya dibalik kepercayaan tersebut. Sebagai contoh, apabila responden sudah sejak sebelum melahirkan percaya bahwa memberikan cairan lain selain air susu ibu seperti madu atau air manis ketika bayi lahir dapat membuat bayi menjadi lebih kuat. Maka responden tersebut akan menanamkan bahwa memberi madu dan air manis dapat akan membuat bayi menjadi lebih kuat. Kepercayaan ini dapat dengan mudah melemahkan terlaksanakannya ASI eksklusif yang seharusnya menyusui bayi dengan air susu ibu saja dari lahir hingga umur 6 bulan pertama. Perilaku ibu yang berhasil dalam pemberian ASI dikarenakan dapat membedakan budaya yang dapat mendukung kesehatan ataupun memperburuk kesehatan yang tercermin dari pengambilan keputusan untuk memberikan ASI kepada bayinya meskipun banyak mitos dan pantangan dalam ibu menyusui

Selain masalah ASI, Ibu menyusui juga masih ada yang memiliki pantangan makanan ketika menyusui. Alasan ibu karena dilarang orang tua dan karena tradisi yang ada di daerahnya. Misalnya pada masyarakat etnik Sabu NTT dimana ibu menyusui setiap pagi sarapan dengan sepiring bubur. Bubur terbuat dari beras atau kacang hijau atau kacang merah. Makan siang dan makan malam serta makanan selingan ibu menyusui adalah nasi putih sepiring dengan sepotong ikan laut yang sudah dikeringkan. Akan tetapi dari segi medis Ibu menyusui membutuhkan asupan protein tinggi untuk

memproduksi ASI lebih banyak dan pemulihan luka. Protein tersebut mampu didapatkan dari berbagai jenis makanan seperti ikan laut, telur, daging, dan susu. Jika ibu hanya mengonsumsi bubur kacang hijau di pagi hari dan ikan laut pada siang dan malam, nutrisi yang dibutuhkan oleh ibu tidak sepenuhnya tercukupi.

Pada etnik Madura ada beberapa pantangan untuk ibu ketika sedang dalam masa menyusui bayi, di antaranya adalah ibu tidak diperkenankan mengonsumsi ikan laut karena dikhawatirkan ASI-nya akan berbau amis. Selain itu, ibu juga tidak boleh mengonsumsi cabai terlalu banyak karena ASI akan terasa pedas dan menyebabkan mata bayi kotor serta merah. Untuk pantangan selain makanan, si ibu tidak boleh terlalu sering melakukan hubungan seksual agar ASI tidak panas sehingga bayi kurang menyukainya. Namun dari segi medis, ikan merupakan sumber nutrisi yang sehat dan seimbang untuk ibu menyusui. Maka dari itu, tidak benar jika busui pantang makan makanan amis seperti ikan atau seafood selama tetap memperhatikan jenis seafood/ikan yang dikonsumsi. Ikan dan beberapa jenis makanan amis memiliki semua jenis manfaat untuk busui dan bayinya. Termasuk mengandung tinggi protein dan lemak omega-3 yang penting untuk perkembangan optimal sistem saraf bayi. Selain itu, ibu yang mengonsumsi makanan yang memiliki rasa pedas harus memperhatikan jumlah yang masuk ke dalam tubuh. Sebab tidak menutup kemungkinan sebagian kecil dari kandungan makanan akan masuk ke dalam ASI. Terlalu banyak mengonsumsi makanan pedas bisa memicu terjadinya masalah pencernaan pada ibu dan bayi dan berujung pada dehidrasi yang mungkin dialami ibu. Berhubungan seksual pada saat menyusui tidak akan mempengaruhi produksi ASI

ataupun membuat kualitas ASI menjadi buruk, sehingga tidak akan memiliki dampak buruk apapun terhadap bayi.

Daftar Pustaka

- Amraeni, Yunita, and M. Nirwan. 2021. "Sosial Budaya Kesehatan Dan Lingkungan Masyarakat Pesisir Dan Tambang." Penerbit NEM.
- Arwiyantasari, Wida Rahma. 2024. Aspek Sosial Budaya Kesehatan Kehamilan di Indonesia: Literatur Review Socio-cultural Aspects of Pregnancy Health in Indonesia: Literature Review. *Jurnal Midwifery* Vol 6 (1) : 1-6
- Ashriady, Ashriady, et al. 2022."Aspek Sosial Budaya dalam Perawatan Kehamilan pada Masyarakat Pesisir Kabupaten Mamuju." *Jurnal Kesehatan Terpadu (Integrated Health Journal)* 13.1: 53-65.
- Diana R, Rachmayanti RD, Anwar F, Khomsan A, Christiani DF, Kusuma R. 2018 Food taboos and suggestions among Madurese pregnant women: a qualitative study. *J Ethn Foods*. 2018;5(4):246–53.
- EP Pinky Saptandari. 2016. Nilai-Nilai dan Praktek Budaya Tentang Pemenuhan Kesehatan Perempuan Bawean. *BioKultur*, Vol.V (1)
- Furilta, A. E., Rosjidi, C. H., & Icha, F. 2020. "Praktik Perawatan Kehamilan di Desa Pohijo, Kecamatan Sampung Ponorogo: Analisis Transkultural". *Gaster*, 18(1), 21. <https://doi.org/10.30787/gaster.v18i1.413>
- Hardiansyah F. 2021. "Kesehatan Ibu Hamil dari Perspektif Sosial Culture/ Budaya". *OSF Prepr*.
- Jayadi YI, Dewi NU, Rahmawati, Hermiyanty, Herman, Syahrir S. 2020. Food taboo among pregnant women and children in the Kaili tribe Palu City, Indonesia. *Enferm Clínica*.;30:109–13
- Kartini, M., & Kusumadewi, B. N. 2022. "Aspek Budaya selama Kehamilan pada Masyarakat Suku Jawa". *Jurnal Kesehatan*, 11(2), 115-122.
- Mumtazinur. (2019). *Ilmu Sosial dan Budaya Dasar*. Cetakan I. Aceh: Lembaga Kajian Konstitusi Indonesia
- Munir, R., Zakiah, L., Ramadani, F. N., Fauziah, N. A., & Handayani, P. (2023). Faktor-faktor yang

mempengaruhi ibu post partum terhadap pemberian kolostrum. *Journal of Public Health Innovation*, 3(02), 173-180.

Nidaa, I., & Krianto, T. (2022). Scoping Review: Faktor Sosial Budaya terkait Pemberian Asi Eksklusif Di Indonesia. *Jurnal Litbang Kota Pekalongan*, 20(1) : 9-16

Setyaningsih, Fifin Triana Enita dan Farapti Farapti. 2018. Hubungan Kepercayaan Dan Tradisi Keluarga Pada Ibu Menyusui Dengan Pemberian Asi Eksklusif Di Kelurahan Sidotopo, Semampir, Jawa Timur. *Jurnal Biometrika dan Kependudukan*, Vol. 7 (2) : 160-167

Profil Penulis



Mariene Wiwin Dolang, S.KM., M.Kes.

Penulis di lahirkan di Ujung Pandang pada tanggal 19 November 1990 Tahun 2012 lulus Sarjana dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Peminatan Biostatistik KKB Universitas Hasanuddin dan pada tahun 2013-2015 menempuh pendidikan Magister Kesehatan Konsentrasi Kesehatan Reproduksi di Universitas Hasanuddin. Saat ini, Penulis menjabat sebagai Sekretaris di STIKes Maluku Husada Penulis juga aktif dalam kegiatan ilmiah. Sehari-harinya bekerja sebagai dosen pengampu mata kuliah Dasar Kesehatan Reproduksi/KIA, Biostatistik, rancangan sampel, PBL I, PBL III, Kesehatan Reproduksi Lansia dan Remaja, dan beberapa mata kuliah lainnya Selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal serta aktif menulis buku ajar dan book chapter.

Email Penulis: marienedolang@gmail.com

PENYAKIT REPRODUKSI DI KOMUNITAS AGRARIS

Ns. Ani Retni., M.Kep.

Universitas Muhammadiyah Gorontalo

Konsep Komunitas

Komunitas ialah suatu unit atau kesatuan sosial yang terorganisasikan dalam kelompok-kelompok dengan kepentingan bersama (*communities of common interest*), baik yang bersifat fungsional maupun yang mempunyai teritorial. istilah *community* dapat diterjemahkan sebagai “masyarakat setempat”. Istilah komunitas dalam batas-batas tertentu dapat menunjukpada warga sebuah dusun (dukuh atau kampung), desa, kota, suku, atau bangsa. Apabila anggota-anggota suatu kelompok, baik besar maupun kecil, hidup bersama sedemikian rupa sehingga merasakan bahwa kelompok tersebut dapat memenuhi kepentingan-kepentingan hidup yang utama, saling membantu maka kelompok tadi disebut komunitas (Nasdian, 2014).

Karakteristik Komunitas Agraris

Komunitas agraris adalah kelompok masyarakat yang menggantungkan kehidupan ekonomi dan sosialnya pada sektor pertanian. Dalam komunitas ini, lahan pertanian menjadi sumber utama penghidupan, dan aktivitas sehari-hari masyarakat berpusat pada produksi, pengelohan dan distribusi hasil pertanian.

karakteristik komunitas agraris meliputi :

1. Ketergantungan pada alam: Produktivitas sangat dipengaruhi oleh kondisi cuaca, kesuburan tanah dan air.
2. Hubungan sosial yang erat: Solidaritas dan gotong royong menjadi nilai utama, karena keterikatan antarindividu sangat kuat.
3. Struktur sosial sederhana: Umumnya terdiri atas petani kecil, buruh tani dan pemilik lahan dengan hierarki sosial yang relatif stabil.
4. Pengaruh globalisasi dan modernisasi: Komunitas agraris saat ini menghadapi tantangan seperti alih fungsi lahan, mekanisasi, dan perubahan pola konsumsi.

Komunitas agraris sangat penting dalam menjaga ketahanan pangan dan keberlanjutan ekosistem. Namun, mereka juga rentan terhadap perubahan iklim, tekanan ekonomi, kebijakan yang tidak berpihak pada petani kecil serta berbagai penyakit, khususnya penyakit reproduksi.

Demografi dan Sosial Ekonomi

Sebagian besar komunitas agraris terdiri dari keluarga-keluarga yang tinggal di pedesaan. Demografi mereka cenderung lebih muda dengan banyak anak yang masih dalam usia sekolah, namun tingkat pendidikan formal yang rendah masih menjadi tantangan besar di daerah ini. Masyarakat agraris sering kali menghadapi kemiskinan struktural, yang membuat mereka kesulitan untuk mengakses layanan kesehatan yang lebih baik, termasuk layanan terkait kesehatan reproduksi (Badan Pusat Statistik, 2020).

Pola Hidup dan Kebiasaan Sehari-hari

Komunitas agraris adalah kelompok masyarakat yang hidup dalam sistem sosial dan ekonomi yang berpusat

pada aktivitas pertanian dan pemanfaatan sumber daya alam secara tradisional, terutama lahan dan air. Kehidupan mereka umumnya berkaitan erat dengan alam, musim, dan budaya lokal (Hidayati, 2020).

1. Aktivitas Ekonomi

- a. Bertani adalah aktivitas utama, mencakup menanam padi, jagung, palawija, buah-buahan atau sayur-sayuran.
- b. Selain bertani, mereka juga beternak (sapi, kambing, ayam) dan bertukang saat musim tidak memungkinkan untuk bertani.
- c. Sistem pertanian subsisten umum dijumpai, dimana hasil pertanian ditujukan untuk konsumsi sendiri dan sebagian kecil dijual.

2. Pembagian Waktu Harian

Waktu	Kegiatan
Pagi - Siang	Bekerja di sawah atau ladang/kebun
Sore	Merawat ternak atau menyiram tanaman
Malam	Kegiatan sosial (rapat RT, pengajian), kegiatan keluarga atau istirahat.

3. Pola Sosial dan Budaya

- a. Komunitas agraris sangat menjunjung **gotong royong**, seperti saat musim panen atau membangun fasilitas umum (jalan, irigasi).
- b. Kegiatan seperti sedekah bumi, selamatan, dan ritual pertanian tradisional mencerminkan kepercayaan terhadap kekuatan alam dan leluhur.

c. Adanya struktur sosial informal, seperti tokoh adat, kepala dusun, dan tetua desa, yang menjadi penentu arah kehidupan sosial.

d. Hubungan dengan Alam

Kehidupan mereka sangat tergantung pada musim (musim hujan dan kemarau), dan mereka memiliki pengetahuan lokal untuk membaca tanda-tanda alam.

e. Praktik pertanian sering dilakukan berdasarkan kalender tradisional (misalnya: pranotomongso di Jawa).

f. Sistem Pendidikan dan Pengetahuan

Pendidikan formal terbatas di beberapa wilayah, sehingga pengetahuan pertanian diturunkan secara turun-temurun. Selain itu Generasi muda umumnya akan membantu orang tua di sawah atau ladang setelah pulang sekolah.

g. Kehidupan Rumah Tangga

Struktur keluarga cenderung patrilineal, dan semua anggota keluarga ikut berkontribusi dalam kegiatan pertanian, Bangunan rumah biasanya sederhana dan dekat dengan lahan garapan.

Pola hidup masyarakat agraris sangat dipengaruhi oleh pekerjaan mereka di sektor pertanian. Aktivitas fisik yang berat dan waktu yang panjang diluar ruangan berisiko menyebabkan masalah kesehatan tertentu, seperti kelelahan fisik, gangguan hormon, dan masalah kesehatan reproduksi yang tidak segera ditangani. Di sisi lain, banyak dari mereka yang cenderung bergantung pada pengobatan tradisional atau kepercayaan lokal terkait Kesehatan (Kemenkes, 2021).

Kepercayaan lokal tentang kesehatan reproduksi, termasuk tabu seputar pembicaraan seksual, masih sangat kuat dibanyak komunitas agraris. Hal ini seringkali menghambat akses mereka terhadap informasi medis yang diperlukan untuk mencegah atau mengobati penyakit reproduksi (Schuler & Hashemi, 2020)

Akses Layanan Kesehatan Reproduksi

Sebagian besar desa-desa agraris sulit mengakses layanan kesehatan yang memadai, terutama di bidang kesehatan reproduksi. Jarak ke Puskesmas mungkin berada jauh dari pemukiman warga, dan minimnya transportasi menjadi hambatan untuk mendapat pengobatan atau pemeriksaan rutin. Kurangnya layanan medis, baik dalam hal jumlah tenaga medis yang tersedia maupun peralatan yang memadai, membuat warga desa kesulitan memperoleh layanan kesehatan reproduksi yang optimal (Kemenkes, 2020).

Karakteristik komunitas agraris, seperti pola hidup yang padat dan kebiasaan yang dipengaruhi oleh adat, dapat menjadi faktor risiko yang memperburuk kesehatan reproduksi masyarakat di daerah tersebut. Akses terhadap informasi dan layanan kesehatan yang terbatas menjadi tantangan utama dalam upaya pencegahan dan pengobatan penyakit reproduksi. Seringkali pelayanan kesehatan dilakukan sebulan sekali di posyandu namun karena sebagian besar masyarakat bertani di pagi hari, sehingga layanan kesehatan yang disiapkan kurang mencapai target. Oleh karena itu, perlu ada perhatian khusus dari pemerintah dan masyarakat untuk meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan reproduksi di komunitas agraris.

Penyakit Reproduksi di Komunitas Agraris

Penyakit reproduksi merupakan masalah kesehatan yang mempengaruhi baik pria maupun wanita. Pada komunitas agraris, penyakit ini seringkali diabaikan atau tidak terdiagnosis secara tepat karena kurangnya akses ke fasilitas kesehatan yang memadai dan terbatasnya pengetahuan tentang penyakit tersebut.

Penyakit reproduksi pada komunitas agraris menjadi masalah penting yang memengaruhi kesehatan reproduksi individu, produktivitas kerja, dan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan. Komunitas agraris, yang sebagian besar bekerja di sektor pertanian dan peternakan, sering terpapar dengan faktor lingkungan dan gaya hidup yang dapat meningkatkan risiko penyakit reproduksi.

Prevalensi Penyakit Reproduksi

Penyakit reproduksi yang sering dijumpai di komunitas agraris antara lain:

1. Infeksi Saluran Reproduksi (ISR) pada wanita, yang disebabkan oleh kondisi sanitasi yang buruk atau keterbatasan fasilitas kebersihan.
2. Gangguan Menstruasi yang disebabkan oleh stres fisik dan kerja berat yang dialami oleh petani wanita.
3. Masalah Fertilitas yang terjadi pada kedua jenis kelamin, sering terkait dengan paparan bahan kimia berbahaya seperti pestisida dan herbisida.
4. Gangguan Hormon pada pria, yang berhubungan dengan kontak dengan pestisida dan bahan kimia lain yang dapat mempengaruhi kualitas sperma.

Faktor Risiko Penyakit Reproduksi

Faktor risiko utama yang ditemukan dalam komunitas agraris antara lain (Agustina & Susanto, 2019) :

1. Paparan Bahan Kimia Pertanian: Petani yang terpapar pestisida dan herbisida memiliki risiko lebih tinggi terhadap gangguan kesehatan reproduksi, termasuk infertilitas dan gangguan hormon.
2. Pekerjaan yang Berat dan Stres Fisik: Petani sering melakukan pekerjaan yang membutuhkan tenaga fisik yang besar, yang dapat menyebabkan gangguan siklus menstruasi dan masalah reproduksi lainnya.
3. Kurangnya Akses Kesehatan: Di banyak daerah pedesaan, akses terhadap layanan kesehatan terbatas, sehingga banyak penyakit reproduksi tidak terdiagnosis atau tertangani dengan baik.
4. Gizi yang Tidak Seimbang: Pola makan yang tidak teratur dan kurangnya asupan gizi yang cukup dapat memengaruhi kesehatan reproduksi, terutama pada wanita.

Jenis-Jenis Penyakit Reproduksi

Masyarakat agraris umumnya tinggal di daerah pedesaan dengan akses terbatas terhadap fasilitas kesehatan, pendidikan seksual, dan sanitasi yang memadai. Hal ini menyebabkan kerentanan terhadap penyakit reproduksi, baik yang menular maupun tidak menular (Nasution, 2020).

1. Infeksi Menular Seksual (IMS)

Beberapa IMS yang sering ditemukan:

- a. Gonore (kencing nanah)

Penyebab: *Neisseria gonorrhoeae*

Penularan: Hubungan seksual tanpa pengaman,
Berganti ganti pasangan

Gejala: Nyeri saat buang air kecil, keluarnya
nanah dari alat kelamin

b. Sifilis

Penyebab: *Treponema pallidum*

Gejala: Luka kecil tidak nyeri, ruam, gangguan
saraf jika tidak ditangani

c. Trikomoniasis

Penyebab: *Trichomonas vaginalis*

Gejala: Keputihan abnormal, gatal, nyeri saat
buang air kecil

d. Herpes genital

Penyebab: Virus *Herpes simplex*

Gejala: Luka melepuh di area genital

e. HIV/AIDS

Penyebab: Virus HIV

Penularan: Hubungan seksual tanpa pelindung,
jarum tidak steril

Dampak: Menurunnya daya tahan tubuh

2. Keputihan Abnormal

a. Disebabkan oleh infeksi jamur, bakteri, atau
parasit.

b. Sering terjadi akibat sanitasi buruk, kurangnya
pemahaman tentang kebersihan reproduksi, dan
penggunaan pembalut tidak higienis.

3. Kanker Serviks

a. Penyebab utama: Human Papillomavirus (HPV).

- b. Masyarakat agraris umumnya tidak memiliki akses rutin terhadap pap smear atau vaksinasi HPV.
- 4. Infertilitas (Kemandulan)
 - a. Disebabkan oleh infeksi, malnutrisi, paparan pestisida (karena pekerjaan sebagai petani), atau pernikahan dini.
 - b. Banyak pasangan tidak menyadari bahwa mereka memiliki masalah infertilitas karena kurangnya pemeriksaan medis.
- 5. Prolaps Uteri (Turunnya Rahim)
 - a. Umum pada perempuan di pedesaan yang melahirkan banyak anak dengan jarak waktu dekat dan tanpa bantuan tenaga medis.
 - b. Gejala: Rasa berat di perut bawah, nyeri punggung, kesulitan buang air kecil.
- 6. Endometriosis dan Kista Ovarium
 - a. Sulit terdiagnosis karena terbatasnya fasilitas kesehatan dan pengetahuan medis.
 - b. Gejala seperti nyeri haid yang berlebihan sering dianggap wajar dan diabaikan.

Faktor-Faktor Risiko di Masyarakat Agraris

- 1. Paparan Zat Kimia (Pestisida dan Herbisida) (Suryani, 2019).
- 1. Risiko: Keracunan akut, kanker, gangguan sistem saraf, gangguan reproduksi.
- 2. Fakta: Banyak petani menggunakan pestisida tanpa alat pelindung diri (APD).

3. Sumber: WHO menyebutkan bahwa 99% kematian akibat keracunan pestisida terjadi di negara berkembang.
2. Akses Terbatas ke Fasilitas Kesehatan
 - a. Risiko: Penyakit tidak terdeteksi dini, keterlambatan penanganan penyakit kronis, tingginya angka kematian ibu dan bayi.
 - b. Fakta: Banyak desa agraris hanya memiliki puskesmas pembantu yang minim tenaga dan fasilitas.
3. Sanitasi dan Air Bersih yang Kurang Memadai
 - a. Risiko: Penyakit diare, infeksi saluran kemih, cacingan, stunting pada anak.
 - b. Fakta: Sumber air sering berasal dari sungai atau sumur yang tidak terlindungi
4. Malnutrisi dan Ketahanan Pangan
 - a. Risiko: Kurang gizi, anemia, kekurangan mikronutrien (vitamin A, zat besi).
 - b. Fakta: Masyarakat agraris mengandalkan hasil panen sendiri, sehingga pola makan tidak selalu seimbang.
5. Beban Kerja Fisik Berat
 - a. Risiko: Gangguan muskuloskeletal, kelelahan kronis, cedera kerja.
 - b. Fakta: Petani dan buruh tani sering bekerja lebih dari 8 jam dibawah terik matahari.
6. Minimnya Pendidikan Kesehatan
 - a. Risiko: Kurangnya pemahaman tentang penyakit menular, kesehatan reproduksi, pola hidup sehat.

- b. **Fakta:** Tingkat literasi kesehatan di desa agraris cenderung rendah.
7. Perkawinan Usia Dini
- a. **Risiko:** Kehamilan risiko tinggi, komplikasi persalinan, kematian ibu dan bayi.
 - b. **Fakta:** Praktik ini masih terjadi karena alasan ekonomi, tradisi, atau pendidikan rendah.
8. Isolasi Geografis
- a. **Risiko:** Sulit mendapatkan layanan darurat, vaksinasi, atau edukasi kesehatan.
 - b. **Fakta:** Desa-desa agraris terpencil bisa berjarak puluhan kilometer dari pusat layanan kesehatan.
9. Paparan Lingkungan dan Iklim Ekstrem (Syafrudin, 2018).
- a. **Risiko:** Dehidrasi, serangan panas (heatstroke), penyakit kulit akibat kelembapan.
 - b. **Fakta:** Petani bekerja di luar ruangan tanpa perlindungan dari cuaca ekstrem.

Pencegahan dan Pengobatan

Pendidikan seksual yang baik akan membantu individu memahami tubuh mereka, mengenali tanda-tanda penyakit, serta cara mencegah dan mengatasi masalah kesehatan reproduksi. Beberapa upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah penyakit reproduksi di komunitas agraris antara lain:

1. **Pemeriksaan Rutin dan Deteksi Dini:** Pemeriksaan kesehatan rutin sangat penting untuk mendeteksi penyakit reproduksi sejak dini, seperti tes Pap smear untuk kanker serviks atau tes darah untuk HIV.

2. Penggunaan Kontrasepsi yang Tepat: Penggunaan kontrasepsi tidak hanya mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, tetapi juga dapat membantu mengurangi risiko penyakit menular seksual.
3. Imunisasi: Vaksinasi seperti vaksin HPV dapat mencegah kanker serviks, sedangkan vaksin hepatitis B melindungi terhadap infeksi yang dapat memengaruhi kesehatan reproduksi.
4. Pendidikan Kesehatan Reproduksi: Memberikan pelatihan dan penyuluhan tentang kesehatan reproduksi melalui berbagai media dan program komunitas.
5. Peningkatan Akses ke Layanan Kesehatan: Penyediaan klinik keliling atau pos kesehatan untuk mempermudah akses pemeriksaan kesehatan bagi petani dan peternak.
6. Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD): Mengedukasi petani dan peternak tentang pentingnya menggunakan alat pelindung diri saat bekerja dengan bahan kimia.
7. Perbaikan Kondisi Kerja: Menerapkan kebijakan yang mendorong perbaikan kondisi kerja, seperti pengaturan waktu kerja yang lebih fleksibel dan pembatasan paparan terhadap bahan kimia berbahaya.

Penyakit reproduksi di komunitas agraris memerlukan perhatian serius. Faktor lingkungan, pekerjaan yang berat, serta terbatasnya akses ke fasilitas kesehatan dan pendidikan kesehatan menjadi tantangan utama dalam pencegahan dan pengobatan penyakit ini. Oleh karena itu, upaya pencegahan melalui pendidikan kesehatan dan peningkatan akses layanan kesehatan harus menjadi

prioritas utama untuk meningkatkan kualitas kesehatan reproduksi di komunitas agraris (Kemenkes, 2020).

Dampak Sosial

1. Stigma dan diskriminasi
 - a. Penjelasan: Penyakit reproduksi, terutama yang berkaitan dengan infeksi menular seksual (IMS), sering dianggap memalukan atau tabu.
 - b. Dampak: Penderita disingkirkan dari kehidupan sosial, kehilangan dukungan keluarga, dan enggan mencari pengobatan.
 - c. Contoh: Perempuan dengan keputihan kronis atau HIV sering dianggap “tidak bermoral”.
2. Disfungsi Keluarga
 - a. Penjelasan: Masalah kesuburan, infertilitas, atau penyakit seksual dapat menimbulkan konflik rumah tangga.
 - b. Dampak: Perceraian, tekanan psikologis, dan ketegangan antar pasangan.
3. Keterbatasan Peran Sosial
 - a. Penjelasan: Penyakit yang menimbulkan gejala fisik (seperti prolaps uteri atau kanker serviks) mengurangi mobilitas penderita.
 - b. Dampak: Berkurangnya partisipasi perempuan dalam kegiatan sosial, gotong royong, dan pengambilan keputusan di desa.
4. Rendahnya Pendidikan Seksual (Suryani, 2019).
 - a. Penjelasan: Karena tabu, pendidikan tentang kesehatan reproduksi sangat terbatas, menyebabkan penyebaran mitos dan ketidaktahuan.

- b. Dampak: Tingginya angka kehamilan remaja, pernikahan dini, dan penyakit menular seksual.

Dampak Ekonomi

1. Produktivitas Kerja Menurun
 - a. Penjelasan: Penyakit reproduksi menurunkan kemampuan fisik untuk bekerja di sawah atau ladang.
 - b. Dampak: Pendapatan keluarga menurun, terutama jika penderita adalah tulang punggung keluarga.
2. Biaya Pengobatan Tinggi
 - a. Penjelasan: Penyakit seperti kanker serviks, HIV/AIDS, dan infertilitas membutuhkan pengobatan jangka panjang.
 - b. Dampak: Keluarga menjual aset produktif atau berutang untuk biaya berobat.
3. Beban Ekonomi Ganda pada Perempuan
 - a. Penjelasan: Perempuan tetap harus mengurus rumah dan anak, bahkan ketika sakit.
 - b. Dampak: Ketimpangan gender dalam beban kerja dan tanggung jawab ekonomi.
4. Penurunan Akses terhadap Sumber Daya Produktif (Simatupang, 2018).
 - a. Penjelasan: Dalam kasus stigma, perempuan yang sakit bisa dikucilkan dan kehilangan hak atas lahan atau warisan.
 - b. Dampak: Meningkatkan kemiskinan struktural dan ketimpangan sosial.

Peran Komunitas dan Pemerintah

1. Program Kesehatan Reproduksi di Desa

Program pemerintah seperti posyandu atau puskesmas keliling diharapkan dapat meningkatkan akses masyarakat agraris terhadap layanan Kesehatan reproduksi, sehingga dapat mengatasi permasalahan jarak yang jauh dari Puskesmas atau Rumah sakit.

2. Pelibatan Lembaga Keagamaan dan Adat

Lembaga keagamaan dan adat memiliki peran penting dalam menyebarkan informasi tentang Kesehatan khususnya reproduksi melalui pendekatan yang lebih kultural sehingga mudah diterima masyarakat

3. Kolaborasi dengan LSM (WHO, 2021).

Bekerjasama dengan LSM yang berfokus pada Kesehatan reproduksi dapat mempercepat perubahan social di komunitas agraris, terutama dalam meningkatkan kesadaran dan akses terhadap layanan Kesehatan.

Daftar Pustaka

- Agustina, R., & Susanto, T. (2019). Pengaruh Faktor Lingkungan Kerja Terhadap Kesehatan Reproduksi Petani. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 15(3).
- Badan Pusat Statistik. (2020). *Statistik Indonesia 2020*. Jakarta: BPS.
- BKKBN. (2020). *Pendidikan Seksual di Sekolah dan Desa*. Jakarta: BKKBN.
- Hidayati, N. (2020). "Struktur Sosial Masyarakat Agraris dan Transformasi Ekonomi di Era Modernisasi." *Jurnal Sosiologi Pedesaan*, Vol. 8(1).
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). *Laporan Kesehatan Masyarakat Pedesaan 2020*. Jakarta: Kemenkes.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). *Program Kesehatan Reproduksi Masyarakat Pedesaan*. Jakarta: Kemenkes.
- Kementerian Kesehatan RI. (2021). *Profil Kesehatan Indonesia 2020*. Jakarta: Kemenkes.
- Nasdian, T. F., (2014). *Pengembangan Masyarakat*. Jakarta: Yayasan Pustaka Obor Indonesia.
- Nasution, Z. (2020). "Pola Penyakit Reproduksi pada Perempuan Petani di Desa X." *jurnal Kesehatan Komunitas Pedesaan*. Vol. 5(2).
- Schuler, S. R., & Hashemi, S. M. (2020). "The Role of Gender and Culture in the Health of Women: A Study of Rural Bangladesh." *Journal of Health and Social Behavior*.
- Setiawati, I., & Purnamasari, R. (2019). "Penyuluhan Kesehatan Reproduksi di Daerah Pedesaan: Pengalaman di Jawa Tengah." *Jurnal Kesehatan Masyarakat*.
- Simatupang, T. (2018). "Kesehatan Reproduksi dan Kesejahteraan Ekonomi Petani Perempuan." *Jurnal Gender dan Pembangunan*, Vol. 6(1).

- Suryani, L. (2019). "Faktor Risiko Kesehatan Lingkungan di Komunitas Tani." *Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia*, Vol. 8(1).
- Syafrudin, M. (2018). "Analisis Risiko Kerja Petani dan Penyakit Akibat Kerja." *Jurnal Kesehatan Kerja dan Lingkungan*, Vol. 6(2).
- WHO. (2021). *Health Systems and Policy: Strengthening Access in Rural Areas*. Geneva: WHO.

Profil Penulis



Ns. Ani Retni., M.Kep

Penulis di lahirkan di Tolitoli pada tanggal 27 Mei 1986. Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan dimulai pada tahun 2006 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Universitas 'Aisyayiyah Yogyakarta dan berhasil lulus pada tahun 2011. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan Profesi Ners dan berhasil menyelesaikan studi pada tahun 2012. Pada tahun 2017, penulis menyelesaikan studi S2 di prodi Ilmu Keperawatan Program Pasca Sarjana Universitas Muhammadiyah Jakarta. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Gorontalo. Penulis aktif dalam kegiatan ilmiah dan organisasi keprofesian yaitu PPNI dan IPANI. Sehari-harinya bekerja sebagai dosen pengampu mata kuliah Keperawatan Maternitas. Selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal serta aktif menulis buku ajar dan *book chapter*.

Email Penulis: aniretni@umgo.ac.id

KEHAMILAN DAN PERSALINAN DI WILAYAH AGRARIS

Ns. Siska Sibua, S.Kep., M.Kes.
Institut Kesehatan dan Teknologi
Graha Medika Kotamobagu

Pendahuluan

Wilayah agraris adalah daerah atau wilayah yang sebagian besar penduduknya menggantungkan hidupnya pada sektor pertanian, baik untuk memenuhi kebutuhan pangan, sumber daya alam, maupun sebagai mata pencaharian utama. Di wilayah ini, kegiatan pertanian, perkebunan, peternakan, atau perikanan mendominasi perekonomian dan kehidupan sehari-hari masyarakat. Secara umum, wilayah agraris bisa ditemukan di daerah pedesaan atau kawasan yang memiliki tanah subur dan mendukung aktivitas pertanian, (R.A Helda Puspitasari, dkk 2023).

Wilayah agraris memiliki peran yang sangat penting dalam keberlanjutan ekonomi, terutama di negara-negara berkembang. Namun, tantangan yang dihadapi, seperti ketergantungan pada alam dan keterbatasan teknologi, memerlukan upaya untuk meningkatkan infrastruktur, akses pendidikan, serta penerapan teknologi modern dalam bertani, agar wilayah ini bisa berkembang dengan lebih berkelanjutan dan mampu mengurangi kemiskinan.

Kehamilan dan Persalinan di Wilayah Agraris

Kehamilan dan persalinan di wilayah agraris seringkali menghadapi tantangan unik yang berhubungan dengan kondisi sosial, ekonomi, dan geografis wilayah tersebut. Berikut adalah beberapa faktor yang memengaruhi kehamilan dan persalinan di wilayah agraris seperti Akses Terbatas ke Fasilitas Kesehatan, Keterbatasan Pengetahuan Kesehatan Reproduksi, Faktor Ekonomi, Kondisi Lingkungan dan Fisik, Peran Sosial dan Keluarga, Kesehatan Mental Ibu dan Pola Makan dan Gizi. Kehamilan dan persalinan di wilayah agraris memiliki banyak tantangan, mulai dari keterbatasan akses ke layanan kesehatan, masalah ekonomi, hingga ketidaktahuan tentang kesehatan ibu. Meskipun demikian, dengan upaya peningkatan infrastruktur kesehatan, edukasi, dan dukungan ekonomi serta sosial yang lebih baik, kondisi kesehatan ibu di wilayah agraris dapat ditingkatkan untuk mencapai kehamilan dan persalinan yang lebih aman dan sehat. Secara keseluruhan, meskipun ada tantangan besar dalam menjaga kesehatan ibu di wilayah agraris, berbagai langkah perbaikan dan perhatian lebih terhadap faktor sosial, ekonomi, dan budaya dapat membawa dampak positif terhadap kesejahteraan ibu di daerah tersebut (Ricci, 2017).

1. Kehamilan di Wilayah Agraris

Kehamilan adalah proses biologis yang terjadi ketika seorang wanita mengandung janin di dalam rahimnya. Kehamilan di wilayah agraris memerlukan pendekatan yang sensitif terhadap kondisi lokal dan kebutuhan spesifik masyarakat tersebut. Peningkatan akses terhadap layanan kesehatan, edukasi mengenai kesehatan reproduksi, dan perbaikan kondisi sosial-ekonomi dapat membantu meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak di daerah agraris.

Kehamilan di wilayah agraris memiliki konteks yang berbeda dibandingkan dengan di wilayah urban. Hal ini dipengaruhi oleh faktor sosial, ekonomi, dan budaya yang umumnya lebih kuat di masyarakat pedesaan, di mana pertanian dan kehidupan agraris menjadi kegiatan utama. Berikut adalah beberapa aspek yang terkait dengan kehamilan di wilayah agraris, (Ricci, 2017):

a. Akses terhadap Layanan Kesehatan

Di banyak wilayah agraris, akses terhadap fasilitas kesehatan seperti rumah sakit atau puskesmas bisa terbatas. Masyarakat sering kali mengandalkan bidan desa atau tenaga medis yang terbatas dalam pengetahuan dan peralatan. Hal ini bisa berisiko terhadap kesehatan ibu dan janin selama kehamilan jika tidak ada akses mudah ke pemeriksaan kehamilan atau perawatan medis yang memadai.

b. Kebiasaan dan Tradisi

Kehamilan di wilayah agraris sering dipengaruhi oleh tradisi lokal yang sudah turun temurun. Beberapa kebiasaan atau ritual tertentu mungkin dijalankan untuk menjaga kesehatan ibu dan janin, seperti pemberian makanan atau jamu tradisional yang dipercaya dapat memperlancar proses kehamilan dan persalinan. Namun, beberapa kebiasaan ini belum tentu didasarkan pada bukti ilmiah dan dapat berisiko bagi kesehatan.

c. Pekerjaan Fisik dan Beban Kerja

Banyak wanita di wilayah agraris masih terlibat langsung dalam pekerjaan pertanian yang mengharuskan mereka untuk bekerja keras di

lapangan, seperti mengolah tanah, menanam, atau memanen hasil pertanian. Aktivitas fisik yang berat ini dapat memberi dampak pada kesehatan ibu hamil, terutama jika tidak ada pengaturan waktu atau bantuan untuk meringankan pekerjaan mereka selama masa kehamilan.

d. Peran Keluarga dan Komunitas

Di daerah agraris, struktur sosial dan peran keluarga sangat penting. Kehamilan sering kali melibatkan dukungan kuat dari keluarga besar atau komunitas, seperti bantuan dari ibu atau nenek dalam merawat ibu hamil. Keluarga mungkin juga memainkan peran dalam keputusan mengenai persalinan dan pemilihan tempat bersalin, yang bisa jadi lebih tradisional atau berbasis pada keputusan komunitas.

e. Pengetahuan Kesehatan Reproduksi

Tingkat pengetahuan tentang kesehatan reproduksi di wilayah agraris bisa bervariasi. Meskipun ada peningkatan kesadaran melalui program-program kesehatan masyarakat, banyak informasi mengenai kehamilan, persalinan, dan perawatan pasca persalinan yang masih disampaikan secara lisan melalui tradisi atau tokoh masyarakat. Keterbatasan akses ke pendidikan formal atau layanan informasi kesehatan dapat menghambat penerapan praktik kesehatan yang tepat.

f. Kesehatan Ibu dan Anak

Masyarakat agraris sering kali menghadapi tantangan besar dalam hal malnutrisi, yang dapat memengaruhi kesehatan ibu hamil dan

perkembangan janin. Makanan yang bergizi mungkin terbatas, dan wanita hamil di wilayah agraris terkadang kekurangan akses pada suplemen nutrisi yang diperlukan, seperti asam folat atau zat besi, yang penting untuk mencegah komplikasi seperti anemia atau kelainan pada janin.

g. Dampak Perubahan Iklim dan Pertanian

Wilayah agraris yang bergantung pada cuaca untuk hasil pertanian sangat rentan terhadap dampak perubahan iklim. Bencana alam seperti kekeringan atau banjir dapat mengganggu pola makan, ekonomi keluarga, serta mempengaruhi kestabilan sosial dan kesehatan ibu hamil.

h. Polarisasi Sosial dan Ekonomi

Di banyak wilayah agraris, ketimpangan sosial dan ekonomi bisa mempengaruhi akses kepada perawatan medis yang memadai. Keluarga yang lebih miskin mungkin tidak mampu membayar biaya perawatan medis yang lebih canggih, atau bahkan transportasi ke fasilitas kesehatan yang lebih besar.

i. Persalinan Tradisional

Dalam beberapa daerah agraris, banyak wanita yang memilih melahirkan dengan cara tradisional di rumah, dibantu oleh dukun atau bidan terlatih, meskipun di beberapa tempat lain, wanita mungkin lebih memilih untuk melahirkan di rumah sakit atau klinik. Keputusan ini dipengaruhi oleh faktor-faktor budaya, ekonomi, dan akses ke fasilitas kesehatan.

2. Persalinan di Wilayah Agraris

Persalinan di wilayah agraris memiliki tantangan tersendiri yang dipengaruhi oleh faktor-faktor sosial, ekonomi, dan budaya. Keterbatasan akses terhadap layanan medis, pengaruh tradisi, serta kondisi fisik ibu hamil yang terlibat dalam pekerjaan berat di lapangan, semuanya berperan dalam proses persalinan di wilayah pedesaan. Berikut ini adalah beberapa aspek yang memengaruhi persalinan di wilayah agraris, (Ricci, 2017) :

a. Akses Terbatas ke Fasilitas Kesehatan

Jarak dan transportasi Banyak wilayah agraris yang terletak jauh dari rumah sakit atau klinik bersalin. Jarak yang jauh dan infrastruktur transportasi yang terbatas seringkali menghambat ibu hamil untuk mendapatkan perawatan medis yang diperlukan. Persalinan yang terjadi jauh dari fasilitas medis berisiko, terutama jika terjadi komplikasi. Puskesmas dan tenaga medis terbatas Di banyak daerah agraris, puskesmas atau klinik kesehatan yang ada mungkin tidak memiliki peralatan lengkap atau tenaga medis yang cukup terlatih dalam menangani persalinan yang rumit. Hal ini bisa meningkatkan risiko bagi ibu dan bayi.

b. Persalinan Tradisional

Peran bidan desa dan dukun Di banyak wilayah agraris, persalinan sering dilakukan dengan bantuan bidan desa atau dukun beranak yang memiliki pengetahuan tradisional. Walaupun bidan desa biasanya terlatih untuk membantu persalinan, namun keterbatasan pelatihan medis dan peralatan bisa menambah risiko kesehatan. Beberapa daerah mungkin lebih mengandalkan

praktik tradisional yang sudah ada sejak lama. Pendekatan budaya Banyak masyarakat agraris yang memilih untuk melahirkan di rumah dengan bantuan keluarga, dukun, atau bidan daripada di fasilitas medis. Ini lebih dipengaruhi oleh kebiasaan dan tradisi setempat. Persalinan di rumah bisa lebih nyaman secara emosional, tetapi jika terjadi komplikasi, bisa sulit untuk mendapatkan perawatan medis yang cepat.

c. Pengaruh Pekerjaan Fisik dan Beban Sosial

Beban fisik Banyak wanita di wilayah agraris yang terus bekerja keras di lapangan pertanian hingga waktu yang sangat dekat dengan persalinan. Aktivitas fisik yang berat ini berisiko mempengaruhi kelancaran persalinan, seperti kelelahan atau cedera yang mengarah pada komplikasi. Selain itu, tubuh yang tidak cukup istirahat bisa menghambat pemulihan pasca-persalinan. Peran sosial perempuan Di banyak daerah agraris, peran perempuan sangat besar dalam urusan rumah tangga dan pertanian. Meski hamil, mereka mungkin masih harus mengurus pekerjaan rumah tangga atau membantu di ladang, yang berisiko mengganggu kesehatan kehamilan dan persalinan mereka.

d. Kondisi Kesehatan Ibu dan Bayi

Malnutrisi Banyak masyarakat agraris yang menghadapi masalah kekurangan gizi, baik akibat pola makan yang tidak seimbang maupun terbatasnya akses ke makanan bergizi. Malnutrisi dapat memengaruhi perkembangan janin dan kesehatan ibu selama persalinan. Ini bisa meningkatkan risiko bayi lahir prematur atau berat badan lahir rendah, serta komplikasi

persalinan seperti perdarahan atau infeksi. Komplikasi persalinan Komplikasi seperti preeklamsia, perdarahan, atau infeksi dapat terjadi pada ibu hamil, dan jika tidak segera ditangani, dapat menyebabkan kematian ibu atau bayi. Keterbatasan dalam mendapatkan bantuan medis yang cepat menjadi tantangan besar di daerah agraris.

e. Faktor Ekonomi dan Pendidikan

Biaya persalinan Di beberapa daerah agraris, biaya untuk melahirkan di rumah sakit atau fasilitas medis bisa menjadi beban yang cukup besar bagi keluarga. Oleh karena itu, beberapa pasangan memilih untuk melahirkan di rumah atau dengan bantuan bidan lokal yang biayanya lebih terjangkau. Pengetahuan tentang persalinan yang aman Di banyak daerah pedesaan, pengetahuan tentang tanda-tanda persalinan yang berisiko atau pentingnya pemeriksaan prenatal yang rutin mungkin belum cukup memadai. Kurangnya edukasi tentang pentingnya perawatan prenatal atau komplikasi persalinan bisa membahayakan ibu dan bayi.

f. Pengaruh Tradisi dan Kepercayaan

Ritual dan tradisi lokal Beberapa wilayah agraris memiliki tradisi atau ritual khusus yang diyakini dapat memperlancar persalinan. Masyarakat mungkin lebih mempercayai bantuan spiritual atau pengobatan tradisional daripada perawatan medis modern. Beberapa kebiasaan seperti penggunaan ramuan herbal atau berpantang makanan tertentu bisa mempengaruhi proses persalinan. Kepercayaan terhadap dukun atau bidan tradisional, Meskipun modernisasi telah

masuk ke banyak wilayah, kepercayaan terhadap dukun atau bidan tradisional dalam membantu persalinan tetap kuat. Dalam beberapa kasus, hal ini dapat menghambat penggunaan fasilitas medis meskipun tersedia.

g. Pemberdayaan Perempuan dan Keputusan Kesehatan

Keputusan keluarga, Di banyak komunitas agraris, keputusan tentang persalinan dan perawatan kesehatan sering kali melibatkan keputusan keluarga atau suami. Perempuan mungkin tidak selalu memiliki kebebasan penuh untuk memutuskan tempat melahirkan atau apakah akan pergi ke rumah sakit. Pemberdayaan perempuan, Pemberdayaan perempuan melalui pendidikan kesehatan yang lebih baik dan akses ke informasi mengenai hak-hak reproduksi mereka sangat penting. Ini dapat meningkatkan pemahaman tentang pentingnya persalinan yang aman, serta memberi mereka kesempatan untuk membuat keputusan yang lebih baik terkait dengan kesehatan mereka

h. Perencanaan Keluarga dan Penggunaan Kontrasepsi

Kehamilan yang tidak direncanakan, Di wilayah agraris, terkadang perencanaan keluarga belum terlalu dipahami atau diterapkan, dan banyak pasangan yang tidak menggunakan kontrasepsi. Hal ini berkontribusi pada tingkat kehamilan yang lebih tinggi, yang bisa meningkatkan risiko persalinan dalam kondisi yang kurang ideal. Pendidikan tentang keluarga berencana, Meningkatkan pengetahuan tentang perencanaan keluarga, serta akses yang lebih baik terhadap

kontrasepsi, dapat membantu pasangan untuk merencanakan kehamilan mereka dengan lebih baik dan mengurangi risiko kehamilan yang tidak diinginkan.

3. Solusi dan Upaya Peningkatan Kehamilan dan Persalinan di Wilayah Agraris

Untuk meningkatkan kualitas kehamilan dan persalinan di wilayah agraris, dibutuhkan solusi yang holistik yang mengatasi berbagai tantangan yang ada, seperti keterbatasan akses ke layanan kesehatan, faktor budaya, dan kondisi sosial-ekonomi. Berikut adalah beberapa solusi dan upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kesehatan ibu hamil dan kualitas persalinan di wilayah agraris, (Ricci, 2017):

a. Meningkatkan Infrastruktur Kesehatan:

Membangun atau memperbaiki puskesmas, rumah sakit, dan fasilitas kesehatan lainnya di daerah agraris dengan peralatan medis yang memadai dan tenaga medis yang terlatih. Pemerintah perlu memastikan bahwa fasilitas kesehatan di daerah pedesaan dapat memberikan layanan yang setara dengan fasilitas di kota. Menyediakan atau memperbaiki sistem transportasi untuk memudahkan ibu hamil dalam mencapai fasilitas kesehatan yang lebih besar dan memiliki fasilitas bersalin yang lebih lengkap. Penggunaan kendaraan kesehatan keliling atau ambulans bisa sangat membantu di daerah terpencil. Memberikan pelatihan kepada bidan desa dan tenaga medis lokal mengenai penanganan persalinan yang aman, serta kemampuan untuk mengidentifikasi komplikasi yang berpotensi terjadi selama kehamilan atau

persalinan. Ini juga termasuk pelatihan pertolongan pertama dan penanganan masalah gawat darurat obstetri.

b. Edukasi dan Penyuluhan Kesehatan Reproduksi:

Melakukan program edukasi yang menyeluruh mengenai kesehatan reproduksi, pentingnya pemeriksaan prenatal dan postnatal, tanda-tanda bahaya saat kehamilan dan persalinan, serta pengenalan tentang metode kontrasepsi. Hal ini bisa dilakukan melalui penyuluhan berbasis komunitas, di mana masyarakat dilibatkan langsung dalam kegiatan penyuluhan serta Memberikan informasi kepada ibu hamil tentang pentingnya nutrisi yang baik selama kehamilan, pemeriksaan rutin, serta persiapan untuk melahirkan. Ini bisa disosialisasikan oleh bidan desa atau tenaga kesehatan yang mengunjungi rumah-rumah warga secara berkala dan Program perencanaan keluarga yang lebih baik, termasuk penggunaan kontrasepsi, untuk membantu pasangan merencanakan kehamilan mereka secara lebih sehat dan mengurangi kehamilan yang tidak direncanakan.

c. Meningkatkan Kesejahteraan Sosial dan Ekonomi:

Memberikan pelatihan keterampilan dan mendukung perempuan di daerah agraris untuk memperoleh kemandirian ekonomi, sehingga mereka dapat lebih mudah mengakses layanan kesehatan dan meningkatkan kualitas hidup mereka. Ini juga dapat mencakup pemberdayaan perempuan dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan mereka dan keluarga. Serta Program peningkatan gizi dengan memberikan bantuan pangan bergizi dan informasi tentang pola makan

sehat bagi ibu hamil dan anak. Pemerintah dan lembaga non-pemerintah bisa bekerja sama untuk memastikan ibu hamil mendapatkan asupan nutrisi yang cukup untuk mengurangi risiko komplikasi kehamilan dan persalinan.

d. Pendekatan Budaya dan Partisipasi Komunitas:

Menghargai dan memanfaatkan pengetahuan tradisional yang sudah ada dalam komunitas untuk meningkatkan kesehatan ibu hamil, namun tetap memperkenalkan praktek medis yang aman dan berdasarkan bukti. Pendekatan yang sensitif terhadap budaya lokal dapat membantu memperkenalkan perawatan medis dengan cara yang lebih diterima masyarakat. Serta Mendorong komunitas untuk terlibat dalam program kesehatan ibu dan anak, seperti dengan membentuk kelompok ibu hamil yang dapat bertukar informasi atau bekerja sama dalam memfasilitasi akses ke layanan kesehatan.

e. Meningkatkan Pengawasan dan Sistem Kesehatan:

Membuat sistem rujukan kesehatan yang lebih terintegrasi dan efisien, di mana ibu hamil yang membutuhkan penanganan lebih lanjut dapat segera dirujuk ke rumah sakit atau pusat kesehatan yang lebih lengkap. Serta Memastikan bahwa setiap ibu hamil di wilayah agraris mendapatkan pemeriksaan kehamilan yang cukup untuk memantau kondisi kesehatan ibu dan janin. Ini termasuk pemeriksaan rutin untuk mengidentifikasi komplikasi seperti hipertensi, diabetes gestasional, atau anemia. Dan Memastikan bahwa setiap ibu hamil memiliki akses untuk didampingi oleh tenaga medis yang

terlatih selama persalinan, baik itu di rumah sakit, puskesmas, atau melalui bidan desa yang terlatih.

- f. Pemberian Akses yang Lebih Baik Terhadap Obat dan Kontrasepsi:

Menyediakan akses yang lebih mudah terhadap kontrasepsi di wilayah agraris, serta melibatkan masyarakat dalam program keluarga berencana. Hal ini dapat membantu pasangan merencanakan jumlah anak dengan lebih baik, mengurangi kehamilan yang tidak direncanakan, dan meningkatkan kesehatan ibu dan anak.

- g. Penanganan Komplikasi Kesehatan Reproduksi:

Menyediakan pelatihan dan alat medis untuk menangani komplikasi persalinan yang dapat terjadi, seperti perdarahan atau infeksi. Fasilitas kesehatan harus dilengkapi dengan peralatan medis yang memadai untuk menangani gawat darurat obstetri. Memastikan bahwa fasilitas kesehatan di daerah agraris memiliki ruang bersalin yang aman, serta ketersediaan tenaga medis terlatih yang mampu mengelola persalinan dengan baik dan menangani komplikasi jika terjadi.

- h. Kolaborasi Pemerintah, Lembaga Swadaya Masyarakat dan Sektor Swasta:

Pemerintah, LSM, dan sektor swasta perlu bekerja sama untuk mendukung program-program kesehatan ibu dan anak di wilayah agraris. Ini bisa mencakup penggalangan dana untuk perbaikan fasilitas kesehatan, penyuluhan kesehatan, dan distribusi alat kesehatan. Menyediakan pendampingan bagi ibu hamil dan

keluarga yang membutuhkan bantuan medis atau sosial, termasuk bantuan transportasi atau biaya perawatan.

Dengan pendekatan yang holistik dan menyeluruh, termasuk memperhatikan aspek medis, sosial, ekonomi, serta budaya, kualitas kehamilan dan persalinan di wilayah agraris dapat ditingkatkan secara signifikan. Pendekatan yang berbasis pada kebutuhan masyarakat setempat dan pemberdayaan perempuan akan membantu menciptakan lingkungan yang lebih aman bagi ibu dan anak, (R.A Helda Puspitasari, dkk 2023).

Kesehatan ibu hamil di wilayah agraris menghadapi tantangan tersendiri yang dapat mempengaruhi kesejahteraan ibu dan bayi. Beberapa faktor yang mempengaruhi kesehatan ibu hamil di wilayah agraris meliputi aspek fisik, sosial, dan ekonomi. Di banyak daerah agraris, fasilitas kesehatan seperti puskesmas atau rumah sakit seringkali jauh dari tempat tinggal penduduk. Akses yang sulit ini menghalangi ibu hamil untuk mendapatkan perawatan yang tepat waktu dan memadai, baik itu pemeriksaan antenatal rutin atau penanganan komplikasi kehamilan. Selain itu Keterbatasan tenaga medis terlatih, seperti bidan, perawat, atau dokter, di daerah agraris juga menjadi tantangan. Tidak jarang ibu hamil harus menunggu waktu lama untuk mendapatkan layanan medis, yang dapat berisiko bagi kesehatan mereka.

Daftar Pustaka

- ACOG. (2022). Excercise During Pregnancy. The American College of Obstetricians and Ginecologists American College [Preprint]. Available at: <https://www.acog.org/womens-health/faqs/exercise-during-pregnancy>.
- Bobak (2005) Buku Ajar Keperawatan Maternitas. Edisi 4. Edited by R. Komalasari. Jakarta: EGC.
- Condro, W. (2022) Kenali Organ Reproduksi Wanita dan Fungsinya, Tak Cuma Rahim! Available at: <https://yoona.id/blog/organ-reproduksi-wanita-bukan-hanya-vagina-dan-rahim/>
- Cunningham et al. (2013) Obstetri Williams. 23rd edn. Jakarta: EGC.
- Baker C, Strong R, Mccord C, et al. Seeking support for mental health: evaluating social identity and social capital agricultural producers and their help- seeking preferences. *Advancements In Agric Devel.* 2022;3 (1):57–69. doi:10.37433/aad.v3i1.179.
- Cohen A, Caxaj S. Bodies and borders: migrant women farmworkers and the struggle for sexual and reproductive justice in British Columbia, Canada. *Alternate Routes: A J Crit Soc Res* [Internet]. 2018;29. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:158350306>.
- Kemenkes RI. (2021). Survei demografi dan kesehatan Indonesia 2020. Kemenkes RI.
- Kemenkes RI (2021) Buku Saku Merencanakan Kehamilan Sehat. Edited by Direktorat Kesehatan Keluarga Kemenkes RI. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- R.A Helda Puspitasari, Dwining Handayani, Erik Kusuma, Ayu Dewi Nastiti. (2023). Reducing Maternal Mortality Rate Through Utilization of Agricultural Products and Antenatal Care with Agronursing Perspective. *Keperawatan Maternitas, Anak dan Keperawatan Dasar*, Fakultas Keperawatan, Universitas Jember, Kampus Kota Pasuruan, Indonesia.

Ricci, S.S. (2017) *Essentials of Maternity, Newborn, and Women's Health Nursing*. Edited by 4. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Zubaidah, et al. (2021). *Asuhan Keperawatan Nifas*. Yogyakarta: CV Budi Utami.

Profil Penulis



Ns. Siska Sibua, S.Kep., M.Kes

Penulis lahir di Ternate Tanggal 11 November 1988. Karir sebagai dosen di mulai pada tahun 2015 yaitu Dosen tetap pada Program Studi Program Studi Profesi Ners, Fakultas Ilmu Kesehatan Institut Kesehatan dan Teknologi Graha Medika Kotamobagu sampai sekarang. Penulis menyelesaikan pendidikan S1-Ners pada Jurusan Ilmu Keperawatan pada Universitas Katolik De La Salle Manado dan melanjutkan S2 pada Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Pasca Sarjana Universitas Sam Ratulangi Manado. Selain berprofesi sebagai Dosen penulis juga aktif melakukan penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat, berbagai penelitian telah berhasil dilaksanakan baik yang didanai oleh Eksternal maupun dari sumber mandiri.

Email Penulis: siska.sibua@gmail.com

GIZI DAN KESEHATAN IBU HAMIL DI PEDESAAN

Eva Inayatul Faiza, AMd.Keb.,SKM.,M.Kes.
STIKes Kendedes Malang

Pendahuluan

Kehamilan adalah kondisi fisiologis yang dimulai setelah fertilisasi dan implantasi blastokista ke dalam endometrium, berlangsung hingga 40 minggu. Kehamilan dibagi menjadi tiga trimester, masing-masing dengan perubahan dan fisiologis yang berbeda-beda (Dewi et al., 2025). Indonesia menghadapi tiga beban ganda masalah gizi dalam kehamilan (kekurangan gizi, kelebihan berat badan dan anemia), namun data nasional terkait kelebihan berat badan dan obesitas pada kehamilan masih terbatas. Kurang gizi berkorelasi secara signifikan dengan status sosial ekonomi pada ibu hamil di Indonesia. Penyuluhan gizi disampaikan melalui pelayanan antenatal terpadu (ANC) dan memantau target kenaikan berat badan selama kehamilan serta asupan makanan sesuai dengan rekomendasi kebutuhan gizi. Informasi gizi untuk ibu hamil tersedia di dalam buku Kesehatan Ibu Anak (KIA) yang disediakan melalui konseling ANC, namun pada kenyataannya buku KIA kurang dimanfaatkan oleh ibu hamil dan konseling selama ANC seringkali tidak efektif (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dan United Nation Children's Fund, 2023). Selama kehamilan, proses pertumbuhan tetap berlangsung yaitu pertumbuhan janin yang dikandung dan berbagai

pertumbuhan organ tubuh yang mendukung proses pertumbuhannya sehingga peningkatan metabolisme pada ibu hamil berdampak pada peningkatan suplai vitamin dan mineral disamping energi, protein dan lemak. Apabila kebutuhan energi, protein, lemak, vitamin dan mineral yang meningkat tidak dapat dipenuhi melalui makanan yang dikonsumsi oleh ibu hamil maka akan mengalami kekurangan gizi yang dapat mengakibatkan berat badan bayi lahir rendah, kelahiran premature (lahir belum cukup bulan), dan lahir dengan berbagai kesulitan/sampai meninggal (Woro et al., 2025).

Pemeriksaan Kehamilan di Polindes

Pemeriksaan kehamilan setidaknya dilakukan sebanyak enam kali, yaitu satu kali pada trimester pertama, dua kali pada trimester kedua, dan tiga kali pada trimester ketiga. Tenaga kesehatan yang mempunyai pelatihan dan otorisasi yang diperlukan memberikan pelayanan kesehatan kehamilan, dan pada trimester pertama dan ketiga, minimal dua kali oleh dokter atau dokter spesialis obstetric dan ginekologi lain yang berkualifikasi. Layanan ultrasonografi (USG) yang ditawarkan oleh dokter umum atau spesialis kehamilan. Pelayanan antenatal harus ditawarkan dengan menggunakan layanan antenatal yang terstandar dan terkoordinasi. Pelayanan antenatal dianggap terintegrasi karena merupakan layanan menyeluruh dan berkualitas tinggi yang diberikan bersamaan dengan program layanan kesehatan lainnya, termasuk perawatan kesehatan mental (Indah et al., 2022). Ibu hamil dapat melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur. Pemeriksaan kehamilan bisa dilakukan di pondok bersalin desa (Polindes), Tempat Praktek Mandiri Bidan (TPMB) maupun di puskesmas (Maryuni et al., 2021). Adapun tujuan pemeriksaan kehamilan bertujuan untuk :

1. Mengetahui keadaan kesehatan dan status gizi ibu dan janin
2. Mendeteksi adanya risiko kehamilan atau komplikasi
3. Mengatasi permasalahan kehamilan lebih awal, seperti mual dan muntah secara berlebihan
4. Mencegah beberapa masalah seperti anemia dan hipertensi
5. Meningkatkan kesejahteraan janin

Kebutuhan Gizi Ibu Hamil

Kebutuhan gizi pada masa kehamilan meningkat sebesar 15% dibandingkan dengan kebutuhan wanita normal. Peningkatan gizi ini dibutuhkan untuk pertumbuhan rahim (uterus), payudara (mammary), volume darah, plasenta, air ketuban dan pertumbuhan janin. Makanan yang dikonsumsi oleh ibu hamil akan digunakan untuk pertumbuhan janin sebesar 40% dan sisanya 60% digunakan untuk pertumbuhan ibunya. Secara normal ibu hamil mengalami peningkatan kenaikan berat badan sebanyak 11-13 kg. hal ini terjadi karena kebutuhan asupan makanan ibu hamil meningkat seiring dengan bertambahnya usia kehamilan. Asupan makanan yang dikonsumsi oleh ibu hamil berguna untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, mengganti sel-sel tubuh yang rusak atau mati, sumber tenaga, mengatur suhu tubuh dan cadangan makanan (Septianti & Rahayu, 2019). Untuk mencapai penambahan berat badan selama kehamilan, diperlukan kebutuhan gizi ibu hamil (Woro et al., 2025) antara lain:

1. Energi

Selama kehamilan memerlukan tambahan asupan energi untuk mendukung pertumbuhan janin, pembentukan plasenta, pengembangan pembuluh

darah, serta pembentukan jaringan baru. Selain itu kalori tambahan diperlukan sebagai cadangan lemak dan untuk mendukung proses metabolisme jaringan yang sedang tumbuh. Seorang ibu hamil sebaiknya menambahkan sekitar 80.000 kalori selama kehamilannya. Menurut rekomendasi (Widyakarya Nasional Pangan Dan Gizi (WNPG), 2004) disarankan agar ibu hamil trimester ketiga menambahkan 300 kalori per hari. Dengan demikian asupan harian ibu hamil di trimester ketiga dapat mencapai 2300 kalori. Kebutuhan energi tambahan ini sebaiknya dipenuhi terutama melalui konsumsi makanan berlemak seperti minyak, lemak, kacang-kacangan, dan biji-bijian. Selain itu penting juga memasukkan karbohidrat seperti beras, umbi-umbian, dan gula murni ke dalam pola makan (Indah et al., 2022).

2. Protein

Asupan protein yang dianjurkan untuk perempuan dewasa 55-65 g/hari. Selama kehamilan, kebutuhan protein berturut-turut meningkat sebanyak 1 g, 10 g, dan 30 g/hari pada trimester I, II dan III. Karbohidrat harus menopang 60 atau 65% energi harian dan ini termasuk sekitar 3-4 porsi makanan pokok setiap hari. Asupan lemak total harus terdiri dari 20-35% kalori harian, meningkat sebanyak sekitar 2 g/hari dibandingkan dengan perempuan yang tidak hamil. Konsumsi pangan sumber protein hewani selain untuk memenuhi kebutuhan asam amino esensial (protein penting yang tidak dibentuk oleh tubuh), juga untuk memenuhi kebutuhan zat gizi (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2021).

3. Lemak

Lemak menyumbang energi guna mempertahankan penambahan berat badan. Konsumsi lemak

direkomendasikan sebesar 15-30% dari total kebutuhan energi sehari atau rata-rata kebutuhan lemak wanita dewasa menurut AKB 2019 adalah 60-65 gram sehari. Penambahan asupan lemak saat hamil tidak banyak yaitu sekitar 2,3 gram. Selain minyak-minyakan sumber lemak juga terdapat pada bahan makanan sumber protein. Sumber lemak yang disarankan bagi ibu hamil adalah asam lemak yang disarankan bagi ibu hamil adalah asam lemak omega 3 dan omega 6. Sumber bahan makanan sumber omega 3 antara lain ikan salmon, tuna kakap, tongkol, lemuru, tengiri, sarden dan cakalang. Sedangkan sumber bahan makanan omega 6 antara lain minyak kedelai, minyak jagung dan minyak bunga matahari (Maria et al., 2022).

4. Karbohidrat

Karbohidrat menyumbang sekitar 55-75% dari total kebutuhan energi. Jika kecukupan energi rata-rata wanita dewasa adalah 2250 kkal maka kebutuhan karbohidratnya sekitar 340-365 gram (Maria et al., 2022).

5. Vitamin A

Vitamin A berfungsi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin saat kehamilan. Vitamin A juga berperan dalam diferensiasi sel, perkembangan penglihatan, fungsi imunitas dan perkembangan paru-paru. Kebutuhan vitamin A pada masa kehamilan mengalami peningkatan sebesar 300 RE tiap semester. Sumber vitamin A dapat diperoleh baik dari produk hewani maupun non hewani. Makanan sumber vitamin A diperoleh melalui susu, sayuran berdaun hijau, buah-buahan berwarna orange dan kuning. Kekurangan vitamin A pada masa kehamilan dapat menyebabkan resiko terjadinya IUGR (Intra

Uterine Growth Restriction) dan peningkatan mortalitas ibu dan bayi (Farah, 2019).

6. Vitamin C

Tambahan vitamin C pada saat kehamilan adalah sebesar 10 mg per hari selama kehamilan. Vitamin C memiliki fungsi untuk meningkatkan penyerapan zat besi non heme. Karena itu direkomendasikan ibu hamil mengkonsumsi makanan atau minuman yang mengandung vitamin C diimbangi dengan konsumsi makanan sumber zat besi untuk membantu penyerapannya. Sumber vitamin C berada pada buah-buahan seperti jeruk, papaya, stroberi dan lain sebagainya (Farah, 2019).

7. Vitamin D

Vitamin D berfungsi untuk pembentukan dan pertumbuhan tulang. Vitamin D berfungsi untuk membantu penyerapan dan penggunaan kalsium. Kebutuhan vitamin D pada masa kehamilan tidak mengalami peningkatan. Konsumsi vitamin D sebesar 600 IU sehari mampu mencukupi kebutuhan vitamin D pada kehamilan. Beberapa sumber bahan makanan yang mengandung vitamin D antara lain telur, ikan, minyak ikan, susu yang difortifikasi vitamin D dan juga pajanan sinar matahari. Kekurangan vitamin D pada masa kehamilan dapat menyebabkan masa tulang pada anak, mampu meningkatkan resiko osteoporosis pada masa yang akan datang, penyakit raket dan resiko patah tulang (Farah, 2019).

8. Zat Besi

Zat besi merupakan mineral yang penting tidak hanya pada masa kehamilan, bahkan sejak remaja. Menurut panduan AKG 2019, terdapat peningkatan kebutuhan zat besi sebanyak 9 mg pada trimester kedua dan

ketiga kehamilan. Untuk memenuhi kebutuhan ini disarankan ibu hamil untuk mengkonsumsi suplemen zat besi. Zat besi dapat ditemukan secara alami dalam makanan seperti daging merah, telur, produk ikan, sereal, dan sayuran berwarna hijau (Indah et al., 2022).

9. Seng

Seng merupakan mineral mikro esensial, seng diperlukan untuk fungsi sistem reproduksi, pertumbuhan janin, sistem pusat saraf dan fungsi kekebalan tubuh. Kekurangan seng akan menghambat pertumbuhan janin dalam kandungan, bahkan tidak ada menutupi kemungkinan terjadinya kretinisme (cebol) pada bayi yang dilahirkan. Selama kehamilan kebutuhan seng meningkat sampai dua kali lipat dibandingkan saat tidak hamil. Seng terdapat dalam bahan makanan dari hewan, misalnya daging, makanan dari laut dan unggas, serta padi-padian. Kebutuhan seng tercukupi apabila konsumsi protein cukup (Setiana et al., 2022).

10. Asam Folat

Asam folat digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit bawaan berupa neural tube defect. Asam folat digunakan untuk pembentukan sel darah dan masuk dalam komponen pembuatan sel. Pemenuhan asam folat didapatkan pada sayuran hijau seperti bayam dan kacang-kacangan. Dosis suplementasi asam folat yang dianjurkan adalah 400-800 μg yang dimulai dari 2 bulan sebelum konsepsi sampai dengan masa kehamilan (Ahmad et al., 2022).

11. Air

Air adalah nutrisi. Air merupakan bagian sistem transportasi tubuh. Air mengangkat zat gizi keseluruh

tubuh termasuk plasenta dan membawa sisa makanan ke luar tubuh. Jika ibu mengalami muntah-muntah, maka disarankan untuk minum cairan sebanyak mungkin, minimal 3 liter/hari (Setiana et al., 2022).

12. Yodium

Ibu hamil dianjurkan mengkonsumsi yodium sekitar 200 miligram dalam bentuk garam beryodium. Kekurangan yodium dapat menyebabkan hipotorodisme yang berkelanjutan menjadi kretinisme (Septianti & Rahayu, 2019).

13. Kalsium

WHO merekomendasikan pemberian suplementasi kalsium selama kehamilan pada populasi yang konsumsi kalsiumnya rendah sebesar 1.5 g – 2 g perhari dibagi dalam 3 dosis (3x500mg) yang dimulai pada kehamilan usia 20 minggu. Sumber utama kalsium dalam makanan adalah susu, sereal dan sayur (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2021).

14. Fosfor

Fosfor berperan dalam pembentukan tulang dan gizi janin serta kenaikan metabolisme kalsium ibu. Kekurangan fosfor menyebabkan kram pada tungkai ibu hamil (Septianti & Rahayu, 2019).

15. Thiamin dan Riboflavin

Thiamin atau vitamin B1 dan Riboflavin atau vitamin B2 berfungsi dalam metabolisme energi. Berdasarkan AKG kebutuhan thiamin dan riboflavin mengalami peningkatan sebesar 0.3 mg pada tiap semester. Ibu hamil sangat direkomendasikan untuk mengkonsumsi makanan yang mengandung riboflavin yang terdapat pada susu dan produk susu, cereal dan

produk cereal, daging dan produk daging dan sayuran hijau (Farah, 2019).

16. Flour

Flour memiliki peran penting dalam mendukung perkembangan gigi dan tulang yang sehat dalam tubuh. Kekurangan flour bisa mengganggu perkembangan gigi. Kandungan flour yang alami terdapat dalam air minum (Indah et al., 2022).

17. Natrium

Natrium memiliki fungsi mengatur keseimbangan cairan dan mampu menjaga Tingkat cairan dalam jaringan tubuh, kemudian mempengaruhi keseimbangan cairan pada ibu hamil. Selama kehamilan, kebutuhan akan natrium meningkat seiring dengan peningkatan kerja ginjal, dengan jumlah yang biasanya sekitar 3,3 gram per minggu (Indah et al., 2022).

Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kekurangan Asupan Gizi pada Ibu Hamil

Masalah gizi pada masyarakat di Indonesia sangat berkaitan erat dengan pangan, karena gizi seseorang sangat terpengaruh pada kondisi pangan yang dikonsumsi. Masalah pangan antara lain menyangkut ketersediaan pangan dan kerawanan konsumsi pangan yang disebabkan kemiskinan, rendahnya pendidikan, dan adat kepercayaan yang terkait dengan tabu makanan (Septianti & Rahayu, 2019).

1. Tabu Makanan (Pantangan)

Pantang makanan atau tabu adalah suatu larangan untuk mengonsumsi jenis makanan tertentu karena terdapat ancaman bahaya terhadap barang siapa yang melanggarnya. Beberapa alasan tabu diantaranya

khawatir terjadinya keracunan, tidak biasa, takut mandul, kebiasaan yang bersifat pribadi, khawatir menimbulkan penyakit, larangan agama, pembatasan makanan hewani karena disucikan oleh adat/budaya. Kepercayaan berpantang makanan tertentu memiliki kontribusi terhadap kejadian anemia pada ibu hamil. Diantaranya makanan yang menjadi pantangan adalah makanan yang kaya zat besi baik dari golongan hewani, nabati, dan gabungan dari keduanya. Golongan makanan hewani seperti cumi-cumi, udang, kepiting, gurita, telur bebek, dan beberapa jenis ikan. Golongan nabati meliputi daun kelor, rebung, tebu, nanas, durian, terong, serta beberapa jenis buah-buahan. Dibeberapa negara berkembang umumnya masih ditemukan larangan, pantangan atau tabu itu berakibat negative terhadap kondisi gizi dan Kesehatan. Tabu yang tidak jelas pengaruhnya bagi kesehatan dibiarkan saja, sambil terus dipelajari pengaruhnya jangka panjang.

2. Rendahnya Penghasilan dan Pendidikan

Pendidikan kurang merupakan salah satu faktor yang mendasari penyebab gizi kurang. Pendidikan yang rendah menyebabkan seseorang kesulitan dalam mendapatkan pekerjaan yang layak. Hal ini menyebabkan rendahnya penghasilan seseorang dalam menyiapkan makanan baik secara kualitas maupun kuantitasnya.

Gizi Ibu Hamil di Pedesaan

Secara teoritis status gizi dipengaruhi langsung oleh asupan makanan dan status infeksi/penyakit. Gizi baik atau normal akan terwujud jika asupan makannya cukup dan tidak menderita penyakit. Asupan makan dan penyakit dipengaruhi oleh ketersediaan makan di rumah tangga, pola asuh ibu/pengasuh, dan jaminan pelayanan

kesehatan jika perlu berobat karena sakit. Kemiskinan menjadi akar masalah gizi di pedesaan. Dengan pendapatan yang terbatas, warga desa kesulitan memenuhi kebutuhan pangan bergizi. Selain itu, kurangnya pendidikan juga membuat mereka tidak memahami pentingnya gizi seimbang. Ibu hamil yang tinggal dipedesaan dapat memanfaatkan lahan sebagai ketahanan pangan. Ketahanan pangan merupakan salah satu strategi dalam menjaga ketersediaan pangan, kemudahan aksesnya dan digunakan sebagai pemenuhan gizi masyarakat. Ketahanan pangan atau *food security* merupakan hak setiap individu dalam mendapatkan akses terhadap pangan yang aman, bermutu dan bergizi, konsisten didasarkan pada hak dasar manusia untuk memperoleh pangan yang cukup dan bebas kelaparan. Strategi ketahanan pangan meliputi

1. Peningkatan ketersediaan pangan di tingkat rumah
2. Peningkatan produktivitas pertanian melalui akselerasi pemanfaatan teknologi
3. Pembinaan dan pendampingan secara intensif dan berkelanjutan pada program-program pemberdayaan masyarakat
4. Memperkuat jejaring kerja dan komitmen seluruh pemangku kepentingan ketahanan pangan (Armaidy et al., 2024).

Asuhan gizi ibu hamil menjadi faktor penting baik untuk pemenuhan nutrisi ibu hamil atau untuk pertumbuhan dan perkembangan janin dalam kandungan. Kekurangan gizi selama hamil dapat terjadi jika diet ibu hamil mengandung nutrisi tidak mencukupi dan tidak memenuhi persyaratan tubuhnya. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan yang terjadi akibat kurangnya asupan nutrisi pada ibu hamil diantaranya adalah kelahiran bayi dengan berat lahir rendah dan

stunting (Nasriyah & Suryo, 2023). Ibu hamil menjadi sasaran intervensi gizi spesifik dalam penanganan stunting. Intervensi yang di berikan pada ibu hamil antara lain:

1. Memberikan makanan tambahan pada ibu hamil untuk mengatasi kekuarangan energi dan protein kronis.
2. Mengatasi kekurangan zat gizi dan asam folat
3. Mengatasi kekurangan iodium
4. Menanggulangi kecacingan pada ibu hamil
5. Melindungi ibu hamil dari malaria

Menurut (Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, 2017), penyebab anak mengalami kekerdilan (stunting) antara lain:

1. Faktor gizi buruk yang dialami ibu hamil maupun anak balita
2. Kurang pengetahuan ibu hamil mengenai kesehatan dan gizi sebelum dan pada masa kehamilan, serta setelah ibu melahirkan
3. Masih terbatasnya layanan kesehatan termasuk layanan ANC-Ante Natal Care (pelayanan kesehatan untuk ibu selama masa kehamilan) Post Natal Care dan pembelajaran dini yang berkualitas
4. Masih kurangnya akses kepada makanan bergizi. Hal ini dikarenakan harga makanan bergizi di Indonesia masih tergolong mahal
5. Kurangnya akses ke air bersih dan sanitasi.

Pesan-pesan Penting untuk Ibu Hamil

1. Selama kehamilan perlu memeriksakan kesehatan secara teratur minimal 4 kali

2. Memperhatikan kenaikan berat badan ibu selama hamil
3. Jangan lupa minum tablek tambah darah 1 butir setiap hari. Bila merasa mual minum tablek pada waktu mau tidur malam hari
4. Imunisasi TT 2x selama kehamilan
5. Ibu hamil harus makan makanan yang beraneka ragam dan minum lebih banyak dari pada saat tidak hamil
6. Gunakan garam beryodium didalam nakanan sehari-hari
7. Untuk mencegah kurang darah selama hamil, ibu harus banyak makan makanan sumber zat besi, seperti sayuran hijau tua, tempe, tahu, kacang hijau, kacang merah dan kacang-kacang lain, telur, ikan dan daging.
8. Untuk mencegah kekurangan kalsium, ibu harus banyak makan makanan sumber kalsium seperti: bayam, daun katuk, daun singkong, susu, ikan yang dimakan dengan tulangnya (ikan teri), kacang-kacangan
9. Bila selera makan ibu kurang, makanlah makanan yang segar-segar seperti buah-buahan dan sayur-sayuran, makanan yang kering kering-kering atau dibakar (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

Daftar Pustaka

- Ahmad, F., Rahardjo, P. N., Setyo, H. C., Rahmaniah, Hairuddin, R. A., Erlina, N., Khoirin, M., & Upik, R. (2022). *Gizi Dalam daur Kehidupan*. Yayasan Kita Menulis.
- Armaidy, A., Syafiq, E., Subejo, Kiki, A., & Dewi, N. S. (2024). Penguatan ketahanan pangan: Strategi integratif dalam paradoks darurat stunting di desa agraris pada masa post-pandemic. *Jurnal Inovasi Hasil Pengabdian Masyarakat (JIPEMAS)*, 7(2), 283–304.
- Dewi, A. R., Riski, A., Faiza, E. I., Dwi, L., Novita, M., Merlis, S., Indah, M., Vici, V. M., Endang, S., Dewi, A. N. M., & Lisa, A. (2025). *Obstetrik Dan Ginekologi* (A. Hairil (Ed.)). CV. Media Sains Indonesia.
- Farah, P. (2019). *Gizi Pada Kehamilan*. Wineka Media.
- Indah, N. N., Gusriani, Rahmi, P., Hidayatun, J. N., Dwi, M. N. M., Leyla, C. M. C., Rahmah, F., Dini, A., Ririn, A., Sri, W. E., Pratiwi, A. S., & Ika, Y. (2022). *Panduan Lengkap Untuk Ibu Hamil*. Get Press Indonesia.
- Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan T. (2017). *Buku Saku Desa Dalam Penanganan Stunting*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dan United Nation Children's Fund. (2023). *Gizi Ibu Di Indonesia: Analisis Lanskap Dan Rekomendasi*. UNICEF.
- Kementerian Kesehatan RI. (2010). *Pedoman Gizi Ibu Hamil Dan Pengembangan Makanan Tambahan Ibu Hamil Berbasis Pangan Lokal*. Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Direktorat Bina Gizi Masyarakat. Kementerian Kesehatan RI.
- Maria, W., Lintang, A., Khairunnisa, A. F., Benna, V. I., & Putri, K. K. (2022). *Seri Cegah Stunting 2: Gizi Untuk Ibu Hamil dan Menyusui*. Pusat Kesehatan Dan Gizi Manusia Sekretariat PKGM.
- Maryuni, Sabarinah, P., & Evi, M. (2021). *Buku Saku Edukasi Untuk Bidan*. BFS Medika.

- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2021). Pedoman Gizi seimbang Ibu Hamil Dan Ibu Menyusui.
- Nasriyah, & Suryo, E. (2023). Dampak Kurangnya Nutrisi Pada Ibu Hamil Terhadap Risiko Stunting Pada Bayi Yang Dilahirkan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 14(1), 161–170.
- Septianti, P. T., & Rahayu, S. (2019). Modul Ajar Gizi Ibu Dan Anak. Prodi Kebidanan Magetan Poltekes Kemenkes Surabaya.
- Setiana, A., Nurul, A., Sulistia, A. H., Putu, A. N., Ricca, A. B., Sufiati, B., Ketut, C. N., Diah, E. N., Dewi, S., Triana, A. L., Fikri, J. F., Chinthia, K., & Fadjri, N. N. (2022). Gizi Pada Ibu Hamil (M. Martini (Ed.)). *Media Sains Indonesia*.
- Widyakarya Nasional Pangan Dan Gizi (WNPG). (2004). *Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia*.
- Woro, W. D., Novitasari, S. D., Resty, R., Maisura, Henny, Y., Nurlailis, S., Inayatul, F. E., Nana, U., Mikawati, Indah, M., Permatasari, K. A., Etti, D., Khripina, O., & Eka, N. N. (2025). Pentingnya Nutrisi Dan Bahaya Stunting. *Media Sains Indonesia*.

Profil Penulis



Eva Inayatul Faiza, AMd.Keb.,SKM.,M.Kes

Penulis terlahir di Kabupaten Malang tanggal 10 Februari 1984. Pendidikan SD sampai SMA ditempuh di Kabupaten Malang. Tahun 2005 lulus dari Program Studi Diploma III di STIKes Widyagama Husada Malang. Penulis kemudian melanjutkan dan berhasil menyelesaikan studi S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat di Universitas Indonesia lulus pada tahun 2008. Penulis menyelesaikan studi S2 di Fakultas Program Pasca Sarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga lulus pada tahun 2013. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap di Program Studi Kebidanan Program Sarjana STIKes Kendedes Malang. Penulis saat ini menjabat sebagai Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat. Sehari-harinya bekerja sebagai dosen pengampu mata kuliah Kebidanan dan Kesehatan Masyarakat. Selain aktif sebagai pengajar, penulis juga aktif dalam kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat di bidang kebidanan dan kesehatan masyarakat.

Email Penulis: evainayatul@gmail.com

POLA KB DAN TANTANGANNYA DI MASYARAKAT AGRARIS

Analia Kunang, S.ST., Bdn., M.Kes

Universitas Muhammadiyah Pringsewu Lampung

Pendahuluan

Pola Keluarga Berencana (KB) merupakan salah satu kebijakan utama yang dicanangkan oleh pemerintah Indonesia untuk mengatur jumlah kelahiran dalam sebuah keluarga. Melalui program KB, diharapkan dapat tercapai pengelolaan penduduk yang seimbang antara jumlah dan kualitas, sehingga kualitas hidup keluarga dapat ditingkatkan, serta mengurangi angka kemiskinan dan meningkatkan kesejahteraan sosial. Dalam konteks ini, KB tidak hanya berkaitan dengan pengaturan jumlah anak, tetapi juga mencakup aspek kesehatan reproduksi, pendidikan, dan peningkatan kualitas hidup secara keseluruhan.

Namun, dalam kenyataannya, penerapan program KB di masyarakat agraris sering kali mengalami tantangan yang cukup kompleks. Masyarakat agraris, yang sebagian besar menggantungkan hidupnya pada sektor pertanian, memiliki dinamika sosial, ekonomi, dan budaya yang berbeda dengan masyarakat perkotaan. Dalam masyarakat agraris, pola pikir mengenai keluarga dan anak-anak sering kali dipengaruhi oleh kebutuhan ekonomi dan tradisi lokal yang telah ada turun-temurun.

Di banyak daerah agraris, anak-anak dianggap sebagai bagian integral dari keberlangsungan ekonomi keluarga, terutama dalam konteks sektor pertanian. Banyak keluarga di pedesaan menganggap bahwa semakin banyak anak, semakin banyak tenaga kerja yang dapat membantu mereka dalam mengelola ladang dan pertanian. Oleh karena itu, keluarga-keluarga agraris cenderung memiliki jumlah anak yang banyak, yang berperan penting dalam menunjang produktivitas ekonomi mereka. Pada saat yang sama, masih terdapat pandangan tradisional yang menganggap banyaknya anak sebagai sebuah keberuntungan atau berkah. Anak-anak dipandang sebagai penerus dan penjaga mata pencaharian keluarga, dan hal ini sering kali menghalangi mereka untuk mengadopsi pola KB yang dapat mengurangi jumlah anak dalam keluarga. Dalam beberapa kasus, masyarakat agraris melihat pengurangan jumlah anak sebagai tindakan yang tidak wajar, bahkan bertentangan dengan norma-norma budaya yang berlaku.

Sementara itu, meskipun program KB di Indonesia telah diterapkan sejak lama, masih ada ketimpangan dalam pencapaian keberhasilannya antara daerah perkotaan dan daerah agraris. Di kota-kota besar, penerimaan terhadap program KB relatif lebih tinggi karena faktor pendidikan, akses informasi, dan infrastruktur kesehatan yang lebih memadai. Namun, di wilayah agraris, di mana pengetahuan tentang KB masih terbatas dan akses terhadap fasilitas kesehatan juga kurang, penerapan program KB menjadi lebih sulit. Selain itu, faktor ekonomi memainkan peran penting dalam pola KB di masyarakat agraris. Sebagian besar penduduk agraris mengandalkan pendapatan dari sektor pertanian, yang bersifat musiman dan tidak tetap. Dalam situasi seperti ini, keluarga besar dianggap sebagai bentuk penguatan ekonomi jangka panjang, karena semakin banyak anak berarti semakin banyak tenaga kerja yang dapat membantu orang tua di

ladang atau kebun. Hal ini membuat banyak keluarga agraris merasa bahwa memiliki banyak anak adalah hal yang positif, meskipun di sisi lain mereka juga menghadapi tantangan besar dalam menyediakan kebutuhan dasar, seperti pendidikan, kesehatan, dan pemenuhan kebutuhan keluarga lainnya. Namun, dalam beberapa tahun terakhir, kesadaran mengenai pentingnya keluarga kecil yang sejahtera mulai tumbuh di beberapa daerah agraris. Seiring dengan meningkatnya tingkat pendidikan, perbaikan infrastruktur kesehatan, dan penyuluhan tentang manfaat KB, lebih banyak keluarga agraris yang mulai menyadari bahwa pengaturan jumlah anak dapat berdampak positif pada kualitas hidup keluarga mereka. Dalam konteks ini, program KB tidak hanya dianggap sebagai cara untuk mengontrol pertumbuhan penduduk, tetapi juga sebagai strategi untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga melalui pengaturan jumlah anak yang lebih sesuai dengan kapasitas ekonomi dan sosial keluarga.

Penting untuk dipahami bahwa tantangan yang dihadapi dalam implementasi KB di masyarakat agraris bukan hanya masalah teknis atau kebijakan semata, tetapi juga masalah sosial dan budaya yang sangat erat kaitannya dengan cara pandang masyarakat terhadap kehidupan keluarga dan anak. Oleh karena itu, untuk mencapai hasil yang optimal dalam pelaksanaan program KB di masyarakat agraris, diperlukan pendekatan yang lebih sensitif terhadap budaya dan kondisi sosial setempat, serta upaya yang lebih intensif dalam penyuluhan, pemberdayaan ekonomi, dan peningkatan fasilitas kesehatan di daerah-daerah tersebut.

Pola KB di Masyarakat Agraris

Dalam masyarakat agraris, pola keluarga berencana yang berkembang cenderung bersifat tradisional dan informal.

Hal ini ditandai oleh rendahnya penggunaan alat kontrasepsi modern dan tingginya preferensi terhadap metode alami atau pantang berkala yang diwariskan secara turun-temurun. Pemilihan metode ini tidak hanya dipengaruhi oleh keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan, tetapi juga oleh sistem nilai yang berlaku dalam masyarakat.

Selain itu, pola KB juga dipengaruhi oleh peran dominan laki-laki dalam pengambilan keputusan rumah tangga. Keputusan penggunaan alat kontrasepsi sering kali berada di tangan suami, sementara suara istri kurang diperhitungkan. Dalam sebuah studi oleh Rahmalia dan Siregar (2021), ditemukan bahwa dalam masyarakat agraris, hanya 30% perempuan yang secara aktif menentukan metode KB yang mereka gunakan. Hal ini menunjukkan masih rendahnya otonomi reproduksi perempuan di komunitas agraris.

Pola KB di masyarakat agraris sangat erat kaitannya dengan nilai-nilai sosial, budaya, dan spiritual. Pendekatan program KB harus mempertimbangkan kerangka nilai ini agar dapat diterima dan diterapkan secara sukarela oleh masyarakat.

Faktor-Faktor yang Memengaruhi Pola KB di Masyarakat Agraris

Pola keluarga berencana di masyarakat agraris tidak hanya dipengaruhi oleh faktor ekonomi atau kebijakan pemerintah semata, tetapi juga oleh serangkaian faktor sosial, budaya, dan infrastruktur yang sangat khas dan sering kali kompleks. Setiap faktor saling berhubungan dan mempengaruhi cara masyarakat agraris memandang dan mengimplementasikan program KB dalam kehidupan mereka. Berikut adalah beberapa faktor utama yang mempengaruhi pola KB di masyarakat agraris:

1. Faktor Ekonomi

Ekonomi adalah faktor yang sangat dominan dalam mempengaruhi pola KB di masyarakat agraris. Sebagian besar penduduk agraris menggantungkan hidup mereka pada pertanian atau kegiatan agrikultur lainnya. Dalam konteks ini, anak-anak sering dipandang sebagai sumber daya tambahan yang sangat berharga. Beberapa alasan mengapa faktor ekonomi begitu berpengaruh terhadap pola KB di masyarakat agraris adalah:

- a. Tenaga Kerja Anak: Di daerah agraris, anak-anak dianggap sebagai bagian dari tenaga kerja utama dalam kegiatan pertanian. Anak-anak, terutama yang lebih besar, sering membantu orang tua dalam pekerjaan pertanian, mulai dari menggarap sawah, merawat tanaman, hingga mengurus ternak. Keluarga agraris yang memiliki banyak anak merasa bahwa mereka memiliki lebih banyak tenaga kerja yang membantu mengoptimalkan hasil pertanian dan produksi pangan. Dalam konteks ini, anak dianggap sebagai investasi ekonomi jangka panjang.
- b. Penghasilan Tidak Tetap dan Musiman: Banyak keluarga di masyarakat agraris yang bergantung pada pendapatan yang tidak tetap, tergantung pada musim tanam dan hasil panen. Dalam kondisi ketidakpastian ekonomi ini, memiliki banyak anak dianggap sebagai jaminan ekonomi, karena mereka dapat membantu meningkatkan produktivitas keluarga di sektor pertanian. Anak-anak yang berperan dalam kegiatan pertanian dianggap sebagai "aset" yang mendukung ketahanan ekonomi keluarga.

- c. Keterbatasan Akses terhadap Sumber Daya: Masyarakat agraris seringkali memiliki keterbatasan dalam hal akses terhadap teknologi pertanian, permodalan, dan informasi pasar. Dalam keadaan ini, anak-anak yang banyak dianggap sebagai salah satu cara untuk mempertahankan eksistensi ekonomi keluarga. Hal ini membuat keluarga agraris cenderung memiliki lebih banyak anak tanpa mempertimbangkan dampak jangka panjang terhadap kualitas hidup dan kesejahteraan mereka.

2. Faktor sosial dan budaya

Faktor sosial dan budaya memainkan peran yang sangat penting dalam membentuk pandangan masyarakat agraris terhadap pola KB. Pandangan dan nilai-nilai yang ada dalam budaya setempat dapat mempengaruhi bagaimana masyarakat memandang pentingnya perencanaan keluarga. Beberapa aspek budaya yang berpengaruh adalah:

- a. Nilai Tradisional mengenai Anak: Dalam banyak masyarakat agraris, anak dianggap sebagai berkah dan penerus generasi. Budaya setempat sering mengajarkan bahwa memiliki banyak anak adalah tanda kemakmuran dan kebahagiaan keluarga. Banyak masyarakat agraris yang merasa bahwa anak-anak adalah bagian dari identitas sosial dan budaya mereka. Oleh karena itu, perencanaan keluarga yang membatasi jumlah anak dianggap tidak sejalan dengan nilai-nilai tradisional tersebut
- b. Peran Gender dalam Keluarga: Di banyak masyarakat agraris, peran gender yang kental juga mempengaruhi penerimaan terhadap

program KB. Dalam banyak budaya agraris, wanita sering dipandang sebagai pengurus rumah tangga dan ibu yang melahirkan banyak anak. Ada anggapan bahwa banyaknya anak perempuan akan menjadi simbol keberhasilan seorang wanita dalam memenuhi peran tradisionalnya sebagai ibu. Dengan demikian, keluarga dengan banyak anak, terutama perempuan, seringkali lebih dihargai dalam budaya agraris.

- c. Kekuatan Komunitas dan Sosial: Dalam masyarakat agraris, pola hidup seringkali sangat bergantung pada solidaritas sosial. Keluarga besar dengan banyak anak sering kali menjadi bagian dari struktur sosial yang lebih besar, di mana peran setiap anggota keluarga saling melengkapi dan memperkuat jaringan sosial. Anak-anak yang banyak dianggap sebagai bentuk keberlanjutan hubungan sosial dan solidaritas antar keluarga serta komunitas. Hal ini menguatkan pandangan bahwa memiliki banyak anak adalah sesuatu yang perlu dipertahankan.

3. Faktor Akses terhadap layanan Kesehatan

Akses terhadap layanan kesehatan, termasuk fasilitas KB, merupakan faktor yang sangat penting dalam keberhasilan program KB di masyarakat agraris. Sayangnya, di banyak daerah agraris, akses terhadap layanan kesehatan masih sangat terbatas. Beberapa masalah yang mempengaruhi akses layanan kesehatan KB antara lain:

- a. Jarak dan Infrastruktur Kesehatan yang Terbatas: Banyak daerah agraris yang terletak jauh dari pusat kota atau fasilitas kesehatan utama. Puskesmas dan klinik kesehatan seringkali kurang memadai, baik dalam hal jumlah tenaga

medis yang terlatih maupun fasilitas yang tersedia. Hal ini menyulitkan masyarakat untuk mengakses layanan KB yang efektif dan informasi yang memadai.

- b. Kurangnya Penyuluhan dan Edukasi Kesehatan: Penyuluhan tentang pentingnya KB sering kali belum merata, terutama di daerah-daerah agraris. Banyak masyarakat yang belum sepenuhnya memahami manfaat KB, baik dari sisi kesehatan reproduksi maupun kesejahteraan keluarga. Kurangnya penyuluhan ini membuat banyak keluarga agraris belum memiliki pengetahuan yang cukup mengenai metode kontrasepsi dan bagaimana mengimplementasikan KB dalam kehidupan mereka.
- c. Keterbatasan Tenaga Medis dan Profesional Kesehatan: Di daerah agraris, tenaga medis yang memiliki keahlian dalam memberikan layanan KB sering kali terbatas, terutama di daerah pedalaman. Ketidaktersediaan tenaga medis yang terlatih menghalangi penyuluhan yang efektif serta pelayanan KB yang berkualitas.

4. Faktor Pendidikan

Tingkat pendidikan masyarakat juga memainkan peran besar dalam pengambilan keputusan terkait pola KB. Semakin tinggi tingkat pendidikan suatu keluarga, semakin besar kemungkinan mereka untuk mengadopsi program KB. Dalam masyarakat agraris, meskipun ada peningkatan kesadaran akan pentingnya pendidikan, namun masih banyak daerah yang memiliki tingkat literasi yang rendah. Beberapa hal yang mempengaruhi pendidikan dalam kontes KB adalah:

- a. Tingkat Literasi yang Rendah: Di banyak daerah agraris, tingkat literasi dan pendidikan masih tergolong rendah, terutama di kalangan perempuan. Hal ini menghambat penyebaran informasi mengenai manfaat KB dan cara-cara untuk mengelola keluarga dengan jumlah anak yang lebih terencana. Pendidikan yang rendah sering kali menyebabkan rendahnya kesadaran akan pentingnya perencanaan keluarga.
- b. Peran Pendidikan dalam Pengambilan Keputusan: Pendidikan, terutama pendidikan perempuan, berperan besar dalam meningkatkan kesadaran dan penerimaan terhadap program KB. Di beberapa wilayah, semakin banyak perempuan yang berpendidikan tinggi yang mulai memahami pentingnya memiliki keluarga kecil dengan kualitas yang lebih baik. Hal ini secara langsung dapat mengubah pola pikir masyarakat terhadap jumlah anak dalam keluarga.

5. Faktor kebijakan pemerintah dan program KB

Kebijakan pemerintah dan program KB yang ada di daerah juga mempengaruhi pola KB di masyarakat agraris. Di beberapa daerah, keberhasilan program KB sangat bergantung pada bagaimana pemerintah daerah menjalankan program ini. Adanya kebijakan yang mendukung atau menghambat pelaksanaan KB dapat menjadi faktor yang sangat signifikan. Beberapa faktor terkait kebijakan yang mempengaruhi pola KB adalah:

- a. Kebijakan Sosial dan Ekonomi yang Mendukung: Pemerintah yang menyediakan program pendidikan, pelatihan ekonomi, dan fasilitas kesehatan yang lebih baik di daerah agraris dapat mempercepat penerimaan terhadap KB.

Sebaliknya, kebijakan yang kurang mendukung akan menghambat kemajuan dalam program KB.

- b. Program KB yang Tepat Sasaran: Program KB yang dirancang dengan pendekatan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat agraris, seperti menyediakan metode kontrasepsi yang terjangkau dan mudah diakses, sangat membantu dalam meningkatkan partisipasi masyarakat. Program KB yang hanya fokus pada pengendalian jumlah kelahiran tanpa mempertimbangkan faktor sosial dan budaya setempat cenderung sulit diterima.

Peran Tenaga Kesehatan dalam Penyuluhan KB

1. Bidan sebagai educator reproduksi di komunitas

Salah satu peran utama bidan dalam penyuluhan KB adalah sebagai edukator dalam kesehatan reproduksi. Banyak perempuan di desa tidak mendapatkan pendidikan formal yang memadai mengenai tubuhnya sendiri, siklus menstruasi, masa subur, risiko kehamilan, apalagi tentang kontrasepsi modern. Di sinilah bidan harus mampu hadir sebagai sumber informasi yang terpercaya, berwibawa, namun tetap komunikatif dan membumi.

Edukasi yang diberikan tidak cukup sekadar menjelaskan fungsi alat kontrasepsi. Bidan harus mampu menjelaskan konsep dasar kesehatan reproduksi, pentingnya merencanakan kehamilan, serta risiko kesehatan yang dapat terjadi jika perempuan hamil terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering, atau terlalu rapat. Keempat risiko ini dikenal sebagai "4 terlalu" (4T) dan menjadi dasar argumentasi medis dalam promosi KB.

Namun demikian, penyampaian informasi tidak bisa menggunakan pendekatan teknis semata. Banyak masyarakat agraris yang masih belum terbiasa dengan istilah medis atau penjelasan ilmiah. Oleh karena itu, bidan perlu menyampaikan materi dengan pendekatan andragogik (pendidikan orang dewasa), menggunakan bahasa sederhana, alat peraga yang sesuai konteks lokal, serta mengaitkan materi dengan pengalaman sehari-hari masyarakat.

2. Peran Konselor: membimbing, Bukan memaksa

Dalam pelaksanaan penyuluhan KB, seorang bidan tidak hanya berperan sebagai penyampai informasi, tetapi juga harus menjalankan fungsi sebagai konselor yang berempati. Konseling KB bukan proses penyeragaman keputusan, melainkan proses membimbing pasangan suami istri agar dapat memilih metode KB yang paling sesuai dengan kondisi biologis, psikologis, ekonomi, dan nilai-nilai kehidupan mereka.

Konseling KB idealnya dilakukan secara personal, bukan dalam kelompok besar. Di masyarakat agraris yang masih kuat norma sosialnya, banyak perempuan merasa tidak nyaman membicarakan masalah reproduksi secara terbuka. Oleh karena itu, bidan harus menciptakan ruang yang aman, tertutup, dan bebas dari penilaian moral. Ia harus menjadi pendengar yang baik, mampu menangkap kekhawatiran yang tidak terucap, serta meresponnya dengan pendekatan yang humanistik.

3. Bidan sebagai mediator budaya

Di banyak kasus, kepercayaan tradisional, fatwa agama, dan norma adat menjadi penghalang utama dalam penerimaan KB. Misalnya, ada keyakinan bahwa KB adalah cara "barat" untuk mengurangi

populasi Muslim, atau bahwa kontrasepsi adalah bentuk menolak rezeki dari Tuhan. Di sinilah peran bidan sebagai mediator budaya sangat dibutuhkan.

Seorang bidan yang efektif harus memahami budaya lokal, menghormati nilai-nilai masyarakat, sekaligus mampu menjelaskan bahwa kesehatan reproduksi dan penggunaan kontrasepsi tidak bertentangan dengan nilai agama dan adat. Bahkan, banyak dalil agama yang mendukung pentingnya menjaga kesehatan ibu, menyusui selama dua tahun, dan menjarakkan kehamilan untuk kemaslahatan keluarga.

Bidan juga dapat menggandeng tokoh agama, tokoh adat, atau pemuka perempuan dalam komunitas untuk menjadi mitra dalam edukasi KB. Ketika tokoh lokal ikut menyuarakan dukungan terhadap KB, maka masyarakat akan lebih mudah menerima. Dalam hal ini, penyuluhan menjadi bagian dari transformasi sosial kolaboratif, bukan intervensi vertikal.

4. Penyuluhan terpadu dan Inklusif

Penyuluhan KB yang berhasil di masyarakat agraris adalah yang dilakukan secara terpadu—tidak hanya mengandalkan posyandu atau penyuluhan satu kali di balai desa, tetapi terintegrasi dengan kegiatan kesehatan lainnya. Bidan dapat menyisipkan edukasi KB dalam kelas ibu hamil, kunjungan nifas, imunisasi bayi, atau pertemuan kelompok dasa wisma. Pendekatan intersektoral dan berulang akan membantu memperkuat pesan KB dalam berbagai kesempatan.

Selain itu, penyuluhan KB harus melibatkan pasangan suami istri, bukan hanya perempuan. Salah satu kelemahan penyuluhan di masyarakat agraris

adalah minimnya keterlibatan laki-laki. Padahal, suami sering menjadi penentu akhir dalam keputusan penggunaan kontrasepsi. Oleh karena itu, perlu strategi khusus agar laki-laki juga merasa memiliki peran dalam perencanaan keluarga.

Bidan dapat merancang penyuluhan KB pria, mengadakan sesi khusus untuk suami, atau menggunakan pendekatan informal seperti diskusi santai di warung kopi, pengajian bapak-bapak, atau forum tani. Keterlibatan laki-laki secara aktif dalam program KB akan memperkuat keberlangsungan penggunaan kontrasepsi dan mengurangi beban psikologis pada perempuan.

5. Tantangan Nyata di Lapangan

Meskipun bidan memiliki potensi besar dalam penyuluhan KB, realitas di lapangan menunjukkan bahwa mereka menghadapi banyak tantangan, seperti:

- a. Wilayah kerja yang luas dan sulit dijangkau (pegunungan, pulau kecil, atau daerah terpencil).
- b. Beban administrasi yang tinggi dan waktu pelayanan yang terbatas.
- c. Keterbatasan alat kontrasepsi tertentu di Puskesmas pembantu atau Poskesdes.
- d. Kurangnya pelatihan komunikasi efektif dan konseling berbasis gender.
- e. Tekanan sosial dari tokoh masyarakat yang tidak mendukung KB.
- f. Stigma yang masih melekat pada petugas KB yang dianggap “memaksa” masyarakat untuk menunda anak.

Strategi pemberdayaan Perempuan dalam Program KB di Masyarakat Agraris

Keluarga Berencana (KB) tidak semata-mata menyangkut pemilihan metode kontrasepsi, tetapi juga menyangkut hak perempuan atas tubuhnya sendiri, atas masa depannya, dan atas keputusan reproduktif yang sadar dan bebas dari tekanan. Dalam masyarakat agraris yang masih kuat dipengaruhi norma patriarki dan nilai budaya konservatif, upaya pemberdayaan perempuan menjadi pilar utama agar program KB tidak hanya diterima, tetapi benar-benar dijalankan secara partisipatif dan berkelanjutan.

Pemberdayaan perempuan dalam konteks KB bukan berarti menempatkan perempuan sebagai pelaksana tunggal, tetapi memberi mereka pengetahuan, ruang partisipasi, dan pengakuan atas hak-haknya sebagai individu. Strategi pemberdayaan ini harus dirancang secara sistematis, kontekstual, dan sensitif terhadap budaya lokal.

1. Penguatan Literasi Reproduksi untuk Perempuan

Langkah pertama dalam pemberdayaan adalah memberikan informasi yang akurat dan dapat dipahami tentang kesehatan reproduksi. Di banyak desa, perempuan tidak mengetahui bagaimana tubuhnya bekerja, bagaimana menentukan masa subur, risiko dari kehamilan yang terlalu dini atau terlalu rapat, dan bagaimana alat kontrasepsi bekerja. Akibatnya, banyak keputusan KB diambil dalam kondisi minim informasi, hanya berdasarkan saran tetangga atau tekanan sosial.

Melalui kelas ibu, pertemuan desa wisma, dan kelompok PKK, tenaga kesehatan dapat menyisipkan materi edukasi reproduksi berbasis gender. Bahasa yang digunakan harus sederhana, visual yang

digunakan harus kontekstual, dan diskusi harus diarahkan pada refleksi pengalaman perempuan sendiri. Ketika perempuan memahami tubuhnya, mereka akan lebih percaya diri dalam berdiskusi dan memilih metode KB yang sesuai.

Lebih lanjut, penguatan literasi reproduksi ini harus dimulai sejak usia remaja. Remaja perempuan di desa harus diperkenalkan pada isu kesehatan reproduksi yang sehat, termasuk pentingnya perencanaan keluarga, sebelum mereka memasuki usia pernikahan. Pendidikan ini dapat terintegrasi dalam program PIK-R (Pusat Informasi dan Konseling Remaja) atau posyandu remaja.

2. Penciptaan Ruang Aman untuk dialog Perempuan

Perempuan agraris sering kali hidup dalam tekanan norma sosial yang membuat mereka sulit bersuara. Untuk itu, penting diciptakan ruang aman (safe space) di mana mereka bisa berdiskusi tentang pengalaman reproduksi, kendala penggunaan KB, hingga dinamika rumah tangga, tanpa rasa takut dihakimi. Ruang ini bisa berupa kelompok diskusi perempuan, klinik ramah perempuan, atau forum informal yang dipandu oleh bidan atau kader perempuan terlatih.

Dalam ruang ini, perempuan tidak hanya menjadi penerima informasi, tetapi juga subjek aktif yang saling belajar dan berbagi pengalaman. Pendekatan partisipatif ini penting agar penyuluhan KB tidak bersifat top-down dan normatif, tetapi menjadi ruang kolektif untuk memperjuangkan hak reproduksi dan martabat perempuan di tengah budaya yang masih membatasi mereka.

3. Membangun Kepemimpinan Perempuan di Komunitas

Pemberdayaan perempuan tidak akan optimal jika tidak disertai dengan penguatan posisi sosial mereka dalam struktur komunitas. Maka, program KB harus juga dirancang sebagai bagian dari penguatan kepemimpinan perempuan. Perempuan yang menjadi kader KB, ketua kelompok ibu, penggerak PKK, atau mitra bidan desa perlu diberi pelatihan, pendampingan, dan akses pengambilan keputusan dalam forum desa.

Ketika perempuan memegang posisi strategis, suara mereka menjadi lebih didengar. Mereka bisa menjadi agen perubahan yang menyampaikan pesan KB tidak hanya dari sudut medis, tetapi juga dari pengalaman nyata sebagai ibu, istri, dan warga desa. Kepemimpinan ini juga membongkar narasi bahwa perempuan hanya sebagai objek kebijakan, padahal mereka mampu menjadi motor sosial di komunitasnya.

4. Advokasi untuk Keadilan Gender dalam Rumah Tangga

Salah satu akar dari ketimpangan dalam pengambilan keputusan KB adalah ketimpangan relasi kuasa dalam rumah tangga. Banyak perempuan yang tidak dapat memilih metode KB karena keputusan ada di tangan suami. Bahkan, dalam beberapa kasus, perempuan yang menggunakan KB secara mandiri bisa mengalami kekerasan verbal atau fisik.

Oleh karena itu, program pemberdayaan tidak boleh hanya berfokus pada perempuan. Laki-laki juga harus dilibatkan dalam edukasi KB dan advokasi keadilan gender. Dengan membangun kesadaran bersama, bahwa perencanaan keluarga adalah tanggung jawab bersama, maka relasi kuasa di dalam rumah tangga

bisa menjadi lebih setara. Pendekatan ini dapat dilakukan melalui diskusi komunitas, penyuluhan pasangan muda, atau forum kelompok tani yang terintegrasi dengan program kesehatan desa.

5. Pelibatan Lintas Sektor dalam Pendampingan Perempuan

Pemberdayaan perempuan tidak bisa hanya menjadi tanggung jawab tenaga kesehatan. Diperlukan kerja lintas sektor yang melibatkan pemerintah desa, tokoh agama, tokoh adat, lembaga pendidikan, dan organisasi masyarakat sipil. Kolaborasi ini penting untuk membangun sistem pendukung yang holistik bagi perempuan, dari aspek pendidikan, ekonomi, hingga perlindungan hukum.

Sebagai contoh, perempuan yang telah menggunakan KB dan ingin aktif dalam kegiatan desa perlu mendapatkan akses pelatihan keterampilan, bantuan modal usaha, dan perlindungan terhadap diskriminasi. Dengan demikian, KB bukan lagi dipandang sebagai sekadar program pengendalian kelahiran, tetapi sebagai bagian dari gerakan sosial untuk kesejahteraan perempuan dan keluarga.

Daftar Pustaka

- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. (2022). Profil kesehatan reproduksi dan KB di Indonesia. BKKBN.
- Badan Pusat Statistik. (2023). Statistik Indonesia 2023. <https://www.bps.go.id>
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2021). Pedoman pelayanan keluarga berencana di fasilitas kesehatan tingkat pertama. Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat.
- Efendi, F., & Makhfudli. (2009). Keperawatan kesehatan komunitas: Teori dan praktik dalam keperawatan. Salemba Medika.
- Fikri, A., & Sari, D. (2020). Strategi pemberdayaan perempuan melalui program KB mandiri di daerah tertinggal. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 15(2), 89–97. <https://doi.org/10.20473/jkmi.v15i2.2020.89-97>.
- Handayani, L., & Fauziah, M. (2021). Peran bidan dalam meningkatkan kesadaran KB di komunitas agraris. *Jurnal Kebidanan dan Kesehatan Tradisional*, 6(1), 33–41. <https://doi.org/10.24815/jkkt.v6i1.12345>.
- Isbandi, R. (2018). Pemberdayaan masyarakat: Dari teori ke praktik. PT RajaGrafindo Persada.
- Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi Republik Indonesia. (2020). Petunjuk teknis penggunaan dana desa untuk pelayanan keluarga berencana. Kemendesa PDTT.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). Data dan informasi profil kesehatan Indonesia tahun 2022. Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI.
- Notoatmodjo, S. (2012). Promosi kesehatan dan perilaku kesehatan. Rineka Cipta.
- Rifai, A., & Harahap, Y. (2019). Dinamika pelaksanaan KB di wilayah pedesaan: Antara kultur dan akses. *Jurnal*

- Sosiologi Reflektif, 13(2), 221–238.
<https://doi.org/10.15408/jsr.v13i2.23456>.
- Situmorang, A. (2014). Reproduksi, kuasa, dan gender: Praktik KB di komunitas lokal. *Masyarakat: Jurnal Sosiologi*, 19(1), 55–78.
- World Health Organization. (2018). *Family planning: A global handbook for providers* (3rd ed.). WHO Press.
<https://www.who.int/publications/i/item/family-planning-a-global-handbook-for-providers>

Profil Penulis



Analia Kunang, S.ST., Bdn., M.Kes

Adalah dosen tetap kebidanan di Universitas Muhammadiyah Pringsewu Lampung, di mana ia telah menjadi akademisi sejak tahun 2015. Lulusan Magister Kesehatan (M.Kes) dan Profesi Bidan dari Universitas Malahayati, Selain sebagai tenaga pengajar, penulis aktif terlibat dalam penelitian dan pengabdian masyarakat yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas layanan kebidanan di Indonesia. Kegiatan pengabdianannya mencakup edukasi kesehatan dan pendampingan bagi masyarakat, terutama terkait kesehatan ibu dan anak. Penulis juga telah menerbitkan beberapa buku yang menjadi referensi penting bagi para profesional di bidang kebidanan, di antaranya Asuhan Kebidanan pada Persalinan dan Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir dengan Evidence-Based Midwifery.

KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DI WILAYAH AGRARIS

Desi Soraya, S.Tr.Keb., M.Keb
Universitas Telogorejo Semarang

Pendahuluan

Remaja merupakan kelompok usia yang berada dalam masa transisi penting menuju kedewasaan, ditandai dengan perubahan fisik, psikologis, dan sosial, termasuk perkembangan sistem reproduksi. Pemenuhan informasi dan layanan kesehatan reproduksi menjadi hak dasar yang sangat penting, namun belum semua remaja, khususnya di wilayah agraris, memiliki akses yang setara terhadap hal tersebut. Keterbatasan informasi, norma sosial yang konservatif, dan minimnya layanan ramah remaja menjadi hambatan utama dalam pemenuhan hak reproduksi remaja di daerah ini.

Meski demikian, remaja di wilayah agraris memiliki potensi besar sebagai agen perubahan jika didukung dengan edukasi dan pendekatan yang tepat. Strategi yang sensitif terhadap konteks lokal, pemanfaatan peran komunitas, dan kolaborasi lintas sektor dapat mendorong peningkatan kesehatan reproduksi remaja sebagai bagian dari pembangunan desa yang inklusif dan berkelanjutan. Pemahaman mendalam terhadap realitas remaja agraris sangat penting untuk merancang intervensi yang efektif dan berkeadilan.

Konteks Sosial Budaya dan Karakteristik Remaja di Wilayah Agraris

Remaja dalam struktur sosial yang kolektif dengan nilai budaya konservatif dan kuatnya relasi kekerabatan, yang membatasi kebebasan individu dalam mengenal diri dan tubuhnya. Mereka kerap menghadapi tekanan untuk membantu ekonomi keluarga dan mematuhi norma adat, termasuk dalam hal seksualitas. Terbatasnya akses pendidikan, informasi, dan layanan kesehatan membuat mereka menjalani peran ganda sebagai pelajar dan pekerja keluarga, namun mengabaikan kebutuhan personal. Dibandingkan remaja perkotaan, mereka lebih rentan terhadap masalah kesehatan reproduksi jika tidak mendapat edukasi dan dukungan yang sesuai dengan konteks lokal.

1. Pengaruh Struktur Sosial dan Nilai Lokal terhadap Kehidupan Remaja

Pengaruh struktur sosial dan nilai-nilai lokal terhadap kehidupan remaja di wilayah agraris sangat kuat, karena membentuk perilaku, sikap, dan pola pikir mereka sejak dini. Remaja tumbuh dalam lingkungan kolektif yang menjunjung tinggi norma adat, agama, dan keharmonisan komunitas sebagai tolok ukur perilaku yang diterima. Dalam konteks ini, mereka diharapkan patuh, menjaga nama baik keluarga, serta mengikuti pola hidup yang diwariskan secara turun-temurun. Kondisi ini membatasi ruang eksplorasi diri remaja, terutama dalam hal pendidikan, aspirasi pribadi, serta diskusi terbuka mengenai seksualitas dan kesehatan reproduksi. Interaksi antara struktur sosial yang kuat dan nilai-nilai konservatif menciptakan tantangan tersendiri dalam upaya pemenuhan hak-hak remaja, khususnya dalam menghadapi perubahan sosial yang semakin kompleks.

a. Konteks sosial budaya

Konteks sosial budaya ini dipengaruhi oleh nilai adat, agama, dan tradisi kolektif yang menekankan kepatuhan dan kehormatan keluarga. Hal ini membatasi remaja dalam mengakses informasi dan layanan kesehatan reproduksi secara bebas. Nilai budaya yang kuat memengaruhi perilaku, kesehatan mental, dan interaksi sosial remaja, baik secara positif maupun negatif, tergantung pada lingkungan keluarga, teman sebaya, dan norma komunitas.

b. Pembentukan nilai

Nilai-nilai dalam masyarakat agraris dibentuk sejak dini melalui keluarga, agama, dan lingkungan sosial. Remaja tumbuh dengan nilai kepatuhan, kesopanan, dan menjaga kehormatan keluarga, yang secara tidak langsung membentuk sikap mereka terhadap tubuh, seksualitas, dan peran gender. Proses pembentukan nilai ini berpengaruh besar terhadap cara remaja menyikapi informasi dan keputusan terkait kesehatan reproduksi.

c. Faktor sosioekonomi

Faktor sosioekonomi seperti tingkat pendidikan, pendapatan keluarga, dan akses terhadap layanan dasar sangat memengaruhi perilaku dan kesehatan reproduksi remaja di wilayah agraris. Remaja dari keluarga dengan ekonomi rendah cenderung memiliki keterbatasan akses informasi, rentan putus sekolah, dan lebih mungkin mengalami pernikahan dini atau kehamilan yang tidak direncanakan. Ketimpangan ini memperbesar risiko kesehatan dan mempersempit peluang remaja untuk membuat keputusan reproduktif yang mandiri dan bertanggung jawab.

2. Peran Keluarga dan Komunitas dalam Pembentukan Perilaku Kesehatan

Keluarga merupakan unit sosial pertama dan utama yang membentuk pemahaman remaja tentang kesehatan, termasuk kesehatan reproduksi. Pembentukan perilaku kesehatan secara signifikan dipengaruhi oleh konteks keluarga dan komunitas. Keluarga berfungsi sebagai unit sosial utama di mana nilai-nilai dan kebiasaan terkait kesehatan dibudidayakan, sementara lingkungan masyarakat memberikan dukungan dan sumber daya sosial yang lebih luas. Interaksi ini membentuk perilaku kesehatan individu, terutama pada remaja dan anak-anak, yang sangat rentan terhadap pengaruh ini.

a. Pengaruh keluarga pada perilaku kesehatan

- 1) Komunikasi dan dukungan: Komunikasi terbuka dan dukungan orang tua sangat penting dalam mempromosikan perilaku menyelamatkan kesehatan di kalangan remaja.
- 2) Faktor sosioekonomi: Status sosial ekonomi keluarga berdampak pada sikap dan perilaku kesehatan anak-anak, mempengaruhi tingkat nutrisi dan aktivitas fisik mereka.
- 3) Pendidikan kesehatan: Keluarga yang memprioritaskan pendidikan kesehatan dan praktik sehat berkontribusi pada hasil kesehatan yang lebih baik bagi anak-anak mereka.

b. Keterlibatan komunitas

- 1) Intervensi berbasis sekolah: Melibatkan keluarga dan anggota masyarakat dalam inisiatif kesehatan berbasis sekolah telah

terbukti meningkatkan promosi perilaku sehat, seperti aktivitas fisik dan nutrisi.

- 2) Strategi kolaborasi: Strategi keterlibatan masyarakat yang efektif meliputi komunikasi, dukungan, dan kolaborasi antara sekolah dan organisasi lokal, memaksimalkan sumber daya untuk promosi Kesehatan.

Sementara keluarga dan masyarakat memainkan peran penting dalam membentuk perilaku kesehatan, penting untuk menyadari bahwa pilihan individu dan faktor eksternal, seperti kesenjangan sosial ekonomi dan akses perawatan kesehatan, juga dapat berdampak signifikan pada hasil kesehatan. Mengatasi faktor-faktor penentu yang lebih luas ini diperlukan untuk upaya promosi kesehatan yang komprehensif.

3. Profil Demografis dan Peran Remaja dalam Keluarga

Remaja di wilayah agraris umumnya berasal dari keluarga dengan latar belakang pendidikan dan ekonomi menengah ke bawah, serta menjalani peran ganda sebagai pelajar dan pekerja keluarga. Tanggung jawab ini membentuk dinamika keluarga sekaligus membatasi waktu dan akses mereka terhadap kebutuhan pribadi, termasuk informasi dan layanan kesehatan reproduksi. Akibatnya, banyak remaja kurang mendapatkan edukasi dan perlindungan yang sesuai dengan usia serta kondisi mereka.

a. Struktur dan keragaman keluarga

- 1) Struktur keluarga remaja menjadi semakin beragam, termasuk rumah tangga orang tua tunggal, orang tua yang hidup bersama, dan keluarga sesama jenis.

- 2) Keragaman ini mengharuskan pemikiran ulang teori pengasuhan anak, karena konfigurasi keluarga yang berbeda dapat mengarah pada hasil perkembangan yang bervariasi untuk remaja.

b. Peran dalam sosialisasi

- 1) Keluarga sangat penting dalam sosialisasi remaja, membentuk nilai-nilai moral, perilaku, dan identitas mereka.
- 2) Komunikasi keluarga yang efektif dan dukungan emosional terkait dengan berkurangnya kenakalan remaja, menyoroti pentingnya interaksi keluarga yang positif.

c. Dampak pada pembangunan

Kualitas hubungan keluarga secara signifikan mempengaruhi kemampuan remaja untuk menavigasi tugas perkembangan dan membangun hubungan jangka Panjang.

Sementara keluarga memainkan peran penting dalam perkembangan remaja, faktor eksternal seperti pengaruh teman sebaya dan harapan masyarakat juga secara signifikan berdampak pada perilaku remaja dan pembentukan identitas. Memahami interaksi ini sangat penting untuk pandangan perkembangan remaja.

4. Perbedaan Karakteristik dengan Remaja Perkotaan

Remaja di wilayah agraris dan perkotaan memiliki perbedaan mencolok dalam akses informasi, kebebasan berekspresi, serta dukungan lingkungan. Remaja perkotaan lebih mudah mengakses pendidikan dan layanan kesehatan reproduksi yang terbuka, sementara remaja agraris hidup dalam pengawasan sosial yang ketat dan norma konservatif

yang membatasi akses serta ruang diskusi. Akibatnya, remaja di pedesaan lebih rentan terhadap risiko kesehatan reproduksi jika tidak mendapat pendekatan edukatif yang sesuai dengan konteks sosial dan budaya mereka.

Tantangan Kesehatan Reproduksi Remaja di Wilayah Agraris

Remaja banyak menghadapi berbagai tantangan kesehatan reproduksi, mulai dari minimnya pendidikan seksualitas, keterbatasan layanan yang ramah remaja, hingga kuatnya norma sosial yang menganggap isu reproduksi sebagai tabu. Kondisi ini membuat remaja kurang informasi, rentan terhadap perilaku seksual berisiko, serta tidak berani mencari bantuan saat menghadapi masalah seperti kehamilan tidak diinginkan atau kekerasan seksual. Tingginya angka pernikahan usia dini juga memperparah kerentanan remaja, sementara dukungan hukum dan psikososial masih sangat terbatas. Tantangan ini memerlukan pendekatan intervensi yang kontekstual, berbasis komunitas, dan sensitif budaya.

1. Minimnya Pendidikan Seksualitas yang Komprehensif

Remaja di wilayah agraris umumnya tidak mendapatkan pendidikan seksualitas yang komprehensif, baik di sekolah maupun di lingkungan keluarga. Topik seputar pubertas, menstruasi, hubungan seksual, dan kontrasepsi jarang dibahas secara terbuka karena dianggap tabu atau tidak pantas. Akibatnya, remaja memiliki pemahaman yang minim dan sering salah kaprah terkait kesehatan reproduksi, yang pada akhirnya meningkatkan risiko terhadap perilaku berisiko dan kesalahan pengambilan keputusan.

2. Akses Terbatas terhadap Layanan Kesehatan Ramah Remaja

Fasilitas kesehatan di pedesaan sering kali belum menyediakan layanan yang benar-benar ramah remaja. Selain keterbatasan tenaga kesehatan yang terlatih dalam komunikasi dengan remaja, kurangnya privasi dan rasa aman saat mengakses layanan juga menjadi kendala utama. Remaja, terutama perempuan, kerap enggan mendatangi puskesmas atau klinik karena takut dihakimi oleh lingkungan sosialnya.

3. Stigma Sosial dan Normalisasi Pernikahan Usia Dini

Dalam budaya agraris yang masih menjunjung tinggi nilai tradisional, pernikahan usia dini sering dianggap sebagai solusi untuk menghindari aib sosial. Kehamilan di luar nikah, misalnya, lebih sering disikapi dengan pernikahan paksa ketimbang pendekatan perlindungan atau edukasi. Stigma terhadap remaja yang aktif secara seksual juga membuat mereka terpinggirkan dan tidak mendapat dukungan psikososial yang dibutuhkan.

4. Perilaku Seksual Berisiko dan Dampaknya

Perilaku seksual berisiko (RSB) di kalangan remaja menimbulkan risiko kesehatan yang signifikan, termasuk kehamilan yang tidak diinginkan dan infeksi menular seksual (IMS). Studi menunjukkan bahwa RSB lazim di berbagai wilayah, dengan faktor-faktor seperti penggunaan alkohol, tekanan teman sebaya, dan kurangnya bimbingan orang tua yang berkontribusi terhadap perilaku ini. Konsekuensi dari RSB sangat mendalam, mempengaruhi tidak hanya kesehatan individu tetapi juga hasil sosial dan ekonomi yang lebih luas.

a. Kurangnya Edukasi Seksualitas Komprehensif

Remaja tidak mendapat informasi yang memadai tentang hubungan seksual yang sehat dan aman, sehingga rentan melakukan hubungan tanpa perlindungan.

b. Pengaruh Media dan Teman Sebaya

Akses terhadap konten seksual tanpa pendampingan dan tekanan dari lingkungan pertemanan dapat mendorong remaja mencoba perilaku seksual lebih dini.

c. KTD (Kehamilan Tidak Diinginkan)

Akibat hubungan seksual tanpa kontrasepsi, banyak remaja perempuan mengalami kehamilan di luar nikah yang berdampak pada putus sekolah dan stigma sosial. Di Indonesia, 8,6% remaja dengan pengalaman seksual menghadapi kehamilan yang tidak diinginkan, dengan risiko 4,5 kali lebih tinggi terkait dengan perilaku berisiko spesifik.

d. Penyakit Menular Seksual (PMS)

Minimnya penggunaan kondom dan pengetahuan tentang PMS membuat remaja rentan terhadap penularan HIV, sifilis, dan infeksi lainnya. Data Kemenkes RI (2022) menunjukkan peningkatan kasus IMS pada usia 15–24 tahun, dengan lebih dari 20% remaja aktif seksual mengalami gejala PMS. WHO (2021) mencatat lebih dari 1 juta kasus PMS baru terjadi setiap hari di dunia, dan remaja menjadi kelompok paling rentan akibat rendahnya kesadaran akan perlindungan dan pemeriksaan rutin.

e. Dampak Psikologis dan Sosial

Remaja yang mengalami dampak negatif dari perilaku seksual berisiko sering mengalami depresi, rasa bersalah, penolakan sosial, bahkan pemaksaan menikah dini.

f. Ketiadaan Dukungan dan Layanan Ramah Remaja

Tidak adanya akses ke layanan konseling atau kesehatan yang aman dan rahasia membuat remaja takut mencari pertolongan atau informasi.

5. Kekerasan Seksual dan Minimnya Perlindungan Hukum

Remaja sangat rentan terhadap kekerasan seksual, namun kasus sering tidak dilaporkan karena adanya rasa takut, stigma, dan tekanan budaya untuk diam demi menjaga nama baik keluarga. Budaya patriarki, tabu seputar seksualitas, serta kurangnya edukasi tentang hak tubuh membuat remaja tidak menyadari bentuk kekerasan yang mereka alami. Minimnya akses terhadap layanan hukum dan psikologis, serta ketidaktahuan aparat desa, memperburuk penanganan kasus. Untuk mengatasinya, diperlukan pendekatan edukatif dan berbasis komunitas melalui pendidikan seksualitas sejak dini, dukungan dari keluarga dan tokoh masyarakat, serta penyediaan layanan pelaporan dan konseling yang ramah remaja. Penguatan kebijakan perlindungan dan kampanye anti-stigma sangat penting agar korban mendapatkan keadilan dan kekerasan seksual tidak lagi dianggap sebagai aib yang harus disembunyikan.

Aksesibilitas dan Peran Layanan Kesehatan Reproduksi

Akses terhadap layanan kesehatan reproduksi masih menghadapi banyak kendala, mulai dari jarak geografis, minimnya fasilitas, hingga kurangnya tenaga kesehatan yang ramah remaja. Banyak remaja merasa malu atau takut mengunjungi puskesmas karena khawatir distigma atau tidak mendapat privasi. Padahal, layanan seperti Posyandu Remaja, PIK-R, dan puskesmas memiliki potensi besar dalam memberikan edukasi dan pendampingan jika didukung oleh pelatihan khusus serta pendekatan yang sensitif budaya. Peran layanan kesehatan sangat penting tidak hanya sebagai tempat pengobatan, tetapi juga sebagai pusat informasi, konseling, dan perlindungan bagi remaja dalam menjaga kesehatan reproduksinya secara aman dan bertanggung jawab.

1. Ketersediaan Tenaga dan Fasilitas Kesehatan

Ketersediaan tenaga dan fasilitas kesehatan umumnya masih terbatas, baik dari segi jumlah, kompetensi, maupun sarana pendukung. Puskesmas dan posyandu yang menjadi garda terdepan sering kekurangan tenaga kesehatan terlatih yang mampu menangani isu-isu kesehatan reproduksi remaja secara tepat dan ramah. Selain itu, keterbatasan alat, ruang konsultasi yang kurang privat, serta waktu layanan yang tidak fleksibel membuat remaja enggan memanfaatkan fasilitas yang ada. Kondisi ini menunjukkan pentingnya penguatan kapasitas tenaga kesehatan dan penyediaan layanan yang responsif terhadap kebutuhan remaja, khususnya dalam aspek edukasi, pencegahan, dan perlindungan kesehatan reproduksi.

2. Peran Posyandu Remaja, PIK-R, dan Puskesmas

a. Posyandu Remaja

- 1) Menjadi wadah pelayanan promotif dan preventif khusus remaja di desa.
- 2) Memberikan edukasi seputar kesehatan reproduksi, gizi, mental, dan pencegahan kekerasan.
- 3) Mendorong partisipasi aktif remaja sebagai kader dan penerima manfaat.

b. PIK-R (Pusat Informasi dan Konseling Remaja)

- 1) Menyediakan layanan konseling sebaya yang lebih nyaman bagi remaja.
- 2) Memberikan informasi yang benar dan berbasis bukti tentang kesehatan reproduksi, seksualitas, dan HIV/AIDS.
- 3) Mengembangkan keterampilan hidup sehat dan kemampuan pengambilan keputusan.

c. Puskesmas

- 1) Menjadi rujukan utama untuk layanan medis dan konseling profesional.
- 2) Menyediakan layanan kesehatan reproduksi seperti pemeriksaan, pengobatan PMS, serta layanan KB remaja.
- 3) Perlu dilengkapi dengan petugas yang terlatih dalam komunikasi remaja dan ruang pelayanan yang aman dan privat.

3. Hambatan Geografis dan Kultural

Remaja sering menghadapi hambatan geografis berupa jarak yang jauh ke fasilitas kesehatan, keterbatasan transportasi, serta medan yang sulit

ditempuh, terutama di daerah terpencil. Hambatan ini diperparah oleh kendala kultural, seperti anggapan bahwa membicarakan masalah reproduksi adalah hal tabu, serta adanya kontrol sosial yang ketat dari keluarga dan komunitas. Remaja perempuan khususnya lebih dibatasi dalam mobilitas dan akses informasi. Kombinasi hambatan fisik dan budaya ini membuat banyak remaja enggan atau tidak mampu mengakses layanan kesehatan reproduksi secara tepat waktu, yang pada akhirnya meningkatkan kerentanan terhadap masalah kesehatan seperti kehamilan tidak diinginkan, PMS, dan kekerasan seksual yang tidak tertangani.

Strategi Intervensi dan Rekomendasi Peningkatan Kesehatan Reproduksi Remaja

Peningkatan kesehatan reproduksi remaja membutuhkan strategi intervensi yang berbasis komunitas, sensitif budaya, dan melibatkan berbagai pihak. Edukasi seksualitas yang komprehensif perlu diterapkan di sekolah dan komunitas dengan pendekatan yang sesuai usia dan konteks lokal. Pelibatan orang tua, guru, tokoh agama, dan tokoh adat sangat penting untuk menciptakan lingkungan yang mendukung dan terbuka. Penguatan layanan ramah remaja, peningkatan kapasitas tenaga kesehatan, serta penyediaan mekanisme pelaporan yang aman dan rahasia juga menjadi bagian penting dari upaya perlindungan. Di sisi kebijakan, dibutuhkan dukungan lintas sektor pendidikan, kesehatan, dan pemerintahan desa untuk memastikan keberlanjutan program dan menjadikan remaja sebagai subjek aktif dalam pembangunan kesehatan reproduksi yang inklusif dan berkeadilan.

1. Peran Orang Tua, Guru, dan Tokoh Masyarakat dalam Edukasi Reproduksi

Dalam masyarakat agraris, orang tua, guru, dan tokoh masyarakat memegang peran penting sebagai pendidik nilai dan perilaku. Ketiganya dapat menjadi jembatan edukasi reproduksi yang sesuai dengan konteks budaya lokal. Orang tua perlu membangun komunikasi terbuka tentang pubertas dan kesehatan seksual, guru memberi edukasi ilmiah yang empatik, dan tokoh agama/adat menguatkan pesan moral dan nilai perlindungan terhadap remaja. Sinergi mereka sangat penting untuk membentuk lingkungan yang mendukung pemahaman remaja terhadap hak dan tanggung jawab reproduksinya.

2. Model Edukasi dan Pendekatan Berbasis Komunitas

Edukasi reproduksi di wilayah agraris harus berbasis komunitas agar diterima dan efektif. Model pendekatannya dapat menggunakan media lokal seperti kelompok tani, pengajian, karang taruna, atau forum anak desa. Penyuluhan harus interaktif, kontekstual, dan partisipatif, melibatkan kader remaja dan tokoh lokal yang dihormati. Strategi ini membantu menjangkau remaja secara lebih alami dalam kehidupan sehari-hari, serta menumbuhkan kesadaran kolektif untuk menjaga kesehatan generasi muda.

3. Penguatan Program dan Layanan Berbasis Budaya Lokal

Program dan layanan kesehatan reproduksi perlu disesuaikan dengan nilai-nilai budaya masyarakat agraris agar tidak mendapat penolakan. Penguatan dapat dilakukan melalui integrasi layanan di Posyandu Remaja, pelatihan tenaga kesehatan lokal, dan pelibatan tokoh adat dalam penyuluhan. Dengan

menggunakan bahasa, simbol, dan pendekatan yang akrab, pesan kesehatan lebih mudah diterima, dan partisipasi remaja serta keluarga meningkat secara alami dan berkelanjutan.

4. Rekomendasi Kebijakan dan Advokasi Multisektor

Untuk menjamin keberlanjutan, dibutuhkan kebijakan lintas sektor yang mendukung kesehatan reproduksi remaja, mulai dari tingkat desa hingga kabupaten. Pemerintah daerah perlu mengalokasikan anggaran khusus untuk pendidikan dan layanan remaja, serta mengintegrasikan program dengan sektor pendidikan, kesehatan, agama, dan pemberdayaan masyarakat. Selain itu, remaja perlu diberdayakan sebagai agen perubahan dalam advokasi, agar suara mereka terdengar dan program benar-benar menjawab kebutuhan nyata di lapangan.

Kesimpulan

Remaja di wilayah agraris menghadapi tantangan kompleks dalam menjaga kesehatan reproduksi akibat pengaruh struktur sosial yang konservatif, keterbatasan akses informasi, layanan kesehatan, dan tekanan budaya. Minimnya pendidikan seksualitas, stigma sosial, serta normalisasi pernikahan usia dini memperparah kerentanan mereka terhadap kehamilan yang tidak diinginkan, PMS, dan kekerasan seksual. Meski demikian, remaja memiliki potensi besar sebagai agen perubahan jika didukung oleh edukasi yang kontekstual, layanan ramah remaja, serta keterlibatan aktif orang tua, guru, dan tokoh masyarakat. Oleh karena itu, strategi intervensi dan kebijakan multisektor yang berbasis budaya lokal sangat diperlukan untuk memastikan pemenuhan hak dan perlindungan kesehatan reproduksi remaja secara adil dan berkelanjutan.

Daftar Pustaka

- Alekova, N. (2024). Family Factors and Health-saving Behavior of Adolescents: A Study of the Role of the Family Environment in the Formation of a Healthy Lifestyle. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/100/72>
- BKKBN. (2020). Strategi Nasional Pencegahan Perkawinan Anak (Stranas PPA) 2020–2024. Jakarta: BKKBN.
- Badan Pusat Statistik. (2023). Statistik kesejahteraan rakyat Indonesia 2022. Jakarta: BPS.
- Cleveland Clinic. (n.d.). Female reproductive system. Diakses 26 Juni 2025, dari <https://my.clevelandclinic.org/health/articles/9118-female-reproductive-system>
- Cleveland Clinic. (n.d.). Male reproductive system. Diakses 26 Juni 2025, dari <https://my.clevelandclinic.org/health/body/9117-male-reproductive-system>
- Etrawati, F., Yeni, Y., Lionita, W., Rahmawaty, A. S., & Fajarningtiyas, D. N. (2024). Sexual Risk Behavior and its Impact on Unwanted Pregnancy Among Adolescents. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat: The Indonesian Journal of Public Health*, 14(3), 319–322. <https://doi.org/10.26553/jikm.2023.14.3.319-322>
- Fitri, S. (2022, 14 Juni). Memahami pubertas pada remaja. *Kompas.id*. Diakses dari <https://www.kompas.id/baca/humaniora/2022/06/14/memahami-pubertas-pada-remaja>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). Profil kesehatan Indonesia tahun 2021. Jakarta: Kemenkes RI.
- Lila, M., van Aken, M. A. G., Musitu, G., & Buelga, S. (2020). Families and adolescents (pp. 154–174). *Psychology Press*. <https://doi.org/10.4324/9780203969861-9>
- Michael, S. L., Barnes, S. P., & Wilkins, N. (2023). Scoping Review of Family and Community Engagement

- Strategies Used in School-Based Interventions to Promote Healthy Behaviors. *Journal of School Health*, 93(9), 828–841. <https://doi.org/10.1111/josh.13367>
- Makumbi, F., Nabukeera, S., Bukenya, J., & Kibira, S. P. S. (2023). Risky Sexual Behaviors: Trends Among Young People (10–24 Years) in Four East African Countries. *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190632366.013.170>
- Peranan Keluarga dalam Mengatasi Kenakalan Remaja. (2024). *EduInovasi*. <https://doi.org/10.47467/edu.v4i1.2076>
- Pfau, C., Bácsné Bába, É., Kanyó, Z. K., & Molnár, A. (2024). A szülő és gyermek egészségmagatartásának kapcsolata. *Táplálkozásmarketing*. <https://doi.org/10.20494/tm/11/1/3>
- Pakpahan, M., & Ayubi, D. (2022). Factors Related to Family Health Behavior in Samosir District: A Mix-Methods Study. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 10(E), 1731–1737. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2022.10757>
- Pearce, L. D., Hayward, G. M., Chassin, L., & Curran, P. J. (2018). The Increasing Diversity and Complexity of Family Structures for Adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 28(3), 591–608. <https://doi.org/10.1111/JORA.12391>
- Srahbzu, M., & Tifeneh, E. (2020). Risky Sexual Behavior and Associated Factors among Adolescents Aged 15–19 Years at Governmental High Schools in Aksum Town, Tigray, Ethiopia, 2019: An Institution-Based, Cross-Sectional Study. *BioMed Research International*, 2020, 3719845. <https://doi.org/10.1155/2020/3719845>
- Sifer, S. D., & Getachew, M. (2024). Risky sexual behavior and associated factors among out-of-school youths in Addis Ababa, Ethiopia; mixed methods study.

- Reproductive Health, 21(1).
<https://doi.org/10.1186/s12978-024-01808-y>
- Şirəliyeva, L. (2024). Yeniyetmələrin sosiallaşmasında ailə mühitinin rolu. <https://doi.org/10.62021/0026-0028.2024.1.316>
- UNFPA Indonesia. (2022). Adolescent and youth sexual and reproductive health. Diakses dari <https://indonesia.unfpa.org>
- UNICEF Indonesia. (2021). Child marriage in Indonesia: Progress, gaps and opportunities. Jakarta: UNICEF.
- WHO. (2021). Sexually transmitted infections (STIs). Diakses dari [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- WHO. (2020). Standards for sexuality education in Europe: A framework for policymakers, educational and health authorities and specialists. Cologne: WHO Regional Office for Europe.
- Wirantika Sucipto, & Mutia Husna Avezahra. (2023). Pengaruh Budaya terhadap Remaja. *Flourishing Journal*, 3(5), 205–210. <https://doi.org/10.17977/um070v3i52023p205-210>

Profil Penulis



Desi Soraya, S.Tr.Keb., M.Keb

Penulis di lahirkan di Bau-Bau pada tanggal 14 Desember 1993. Ketertarikan penulis terhadap ilmu kebidanan dimulai pada tahun 2011 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Sekolah Menengah dengan memilih Jurusan IPA di SMA Negeri 1 Bau-Bau berhasil lulus pada tahun 2012. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan studi D3 Kebidanan STIKES Nani Hasanuddin Makassar pada tahun 2015. Kemudian di tahun 2016 penulis melanjutkan pendidikan di STIKES Graha Edukasi Makassar pada jurusan yang sama D4 Kebidanan menyelesaikan tahun 2017. Selang 2 tahun penulis menyelesaikan studi S2 di prodi Ilmu Kebidanan tahun 2020 di Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin Makassar. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen di Universitas Telogorejo Semarang dengan pengampu beberapa mata kuliah mata kuliah Asuhan Kebidanan Pra Konsepsi, Asuhan kebidanan persalinan, kehamilan, dan neonatus, bayi, balita dan anak pra sekolah. Selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal serta aktif menulis book chapter. Penulis aktif dalam melakukan berbagai kegiatan penelitian dan pengabdian untuk mendukung perkembangan ilmu penulis di masyarakat.

Email Penulis: kamaruddinsoraya@gmail.com

PERAN BIDAN DAN TENAGA KESEHATAN DI WILAYAH AGRARIS

Nira Nuryusriani Ahmad, STr. Keb., Bdn
Politeknik Kesehatan Semarang

Latar Belakang Wilayah Agraris dan Urgensi Peran Tenaga Kesehatan

Wilayah agraris merupakan daerah yang dominan menjalankan kegiatan pertanian sebagai mata pencaharian utama masyarakatnya. Umumnya terletak di pedesaan dengan karakteristik geografis yang luas, terpencil, dan memiliki infrastruktur yang terbatas. Masyarakat di wilayah ini cenderung hidup dalam komunitas kecil yang erat secara sosial, namun memiliki akses terbatas terhadap layanan dasar, termasuk layanan kesehatan (Kementerian Pertanian RI, 2020). Selain itu, distribusi fasilitas kesehatan di wilayah agraris sering kali tidak merata, dengan jumlah tenaga kesehatan yang tidak sebanding dengan jumlah penduduk yang harus dilayani (BAPPENAS, 2022).

Dalam konteks ini, peran bidan dan tenaga kesehatan menjadi sangat penting, mengingat tantangan kesehatan di wilayah agraris sangat kompleks. Jarak ke fasilitas kesehatan yang jauh, minimnya transportasi umum, serta keterbatasan informasi dan pendidikan kesehatan menyebabkan masyarakat di daerah agraris rentan terhadap berbagai masalah kesehatan, seperti tingginya

angka kematian ibu dan bayi, gizi buruk, serta rendahnya cakupan imunisasi (WHO, 2022). Budaya lokal dan kepercayaan tradisional juga sering kali mempengaruhi keputusan masyarakat dalam mencari pertolongan medis, sehingga pendekatan berbasis kultural menjadi sangat dibutuhkan.

Secara komprehensif bagaimana peran bidan dan tenaga kesehatan lainnya sangat krusial dalam meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat di wilayah agraris. Tenaga kesehatan memaparkan kondisi lapangan, strategi intervensi yang dilakukan, serta tantangan dan peluang yang ada, diharapkan pembaca dapat memahami pentingnya peran tenaga kesehatan sebagai ujung tombak pembangunan kesehatan di daerah pedesaan berbasis agraria.

Kondisi Kesehatan Masyarakat di Wilayah Agraris

1. Profil Kesehatan Masyarakat Pedesaan

Wilayah agraris, yang umumnya identik dengan kawasan pedesaan, masih menghadapi tantangan serius dalam bidang kesehatan. Profil kesehatan masyarakat di daerah ini menunjukkan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) yang relatif tinggi dibandingkan dengan daerah perkotaan. Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia masih berada pada kisaran 189 per 100.000 kelahiran hidup, dengan sebagian besar kasus terjadi di wilayah pedesaan (BPS, 2023). Sementara itu, AKB tercatat sekitar 15 per 1.000 kelahiran hidup, dan prevalensi tertinggi juga ditemukan di wilayah dengan akses terbatas terhadap pelayanan kesehatan dasar (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023).

Selain itu, permasalahan gizi buruk dan stunting menjadi isu kesehatan yang menonjol. Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) menunjukkan bahwa prevalensi stunting di pedesaan mencapai 27,8%, lebih tinggi dibandingkan dengan perkotaan yang hanya 20,8% (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023). Penyakit menular seperti diare, tuberkulosis, dan infeksi saluran pernapasan atas (ISPA) masih mendominasi beban penyakit, diperburuk oleh kondisi lingkungan yang kurang higienis dan keterbatasan air bersih.

2. Faktor-Faktor Sosial dan Ekonomi

Faktor sosial dan ekonomi memainkan peran sentral dalam membentuk status kesehatan masyarakat di wilayah agraris. Tingkat kemiskinan yang relatif tinggi, rendahnya tingkat pendidikan, serta norma-norma budaya lokal yang tidak selalu sejalan dengan praktik kesehatan modern menjadi hambatan dalam upaya peningkatan kesehatan masyarakat.

Kemiskinan secara langsung memengaruhi kemampuan masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan, baik dari segi biaya transportasi, pembelian obat, maupun biaya layanan itu sendiri. Angka kemiskinan di pedesaan mencapai 12,22%, lebih tinggi dibandingkan di perkotaan sebesar 7,29% (BPS, 2023). Pendidikan yang rendah juga berdampak pada pemahaman masyarakat tentang pentingnya perawatan kesehatan preventif, seperti imunisasi, pemeriksaan kehamilan rutin, atau gizi seimbang. Rendahnya literasi kesehatan menyebabkan banyak masyarakat masih bergantung pada pengobatan tradisional dan hanya mencari pertolongan medis ketika kondisi sudah parah.

3. Kendala Layanan Kesehatan di Wilayah Agraris

Beberapa kendala sistemik menghambat optimalisasi layanan kesehatan di wilayah agraris :

- a. Terbatasnya infrastruktur jalan dan transportasi membuat akses ke fasilitas kesehatan menjadi sulit, terutama pada musim hujan atau di wilayah yang memiliki kontur geografis berat seperti perbukitan dan pegunungan. Banyak desa yang belum memiliki Puskesmas Pembantu (Pustu), dan rujukan medis ke rumah sakit sering kali memerlukan waktu tempuh berjam-jam.
- b. Fasilitas kesehatan yang tersedia umumnya belum memadai, baik dari segi sarana prasarana maupun sumber daya manusia. Puskesmas di wilayah agraris sering kekurangan tenaga kesehatan, terutama dokter dan bidan, yang enggan ditempatkan di daerah terpencil karena kurangnya insentif dan fasilitas penunjang (BAPPENAS, 2022). Sementara itu, peralatan medis dasar sering kali tidak tersedia, dan sistem rujukan antar fasilitas berjalan lambat akibat buruknya koordinasi dan ketiadaan transportasi medis.

Kendala lainnya mencakup minimnya program edukasi kesehatan berkelanjutan, serta kurangnya keterlibatan komunitas dalam menjaga kesehatan lingkungan. Ketergantungan pada pendekatan kuratif tanpa penguatan pada sisi promotif dan preventif memperparah situasi ini.

Peran Strategis Bidan di Wilayah Agraris

1. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)

Peran bidan di wilayah agraris sangat vital dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA),

mengingat daerah ini sering kali jauh dari fasilitas medis tingkat lanjut. Bidan adalah garda terdepan dalam mendeteksi risiko kehamilan, mengelola proses persalinan, serta memberikan pelayanan nifas dan pemantauan tumbuh kembang balita. Cakupan pelayanan antenatal care (ANC) di daerah pedesaan masih tertinggal dibandingkan perkotaan, salah satunya karena keterbatasan akses dan tenaga kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023).

Bidan bertanggung jawab melakukan minimal enam kali pemeriksaan kehamilan sesuai standar WHO, memberikan imunisasi dasar pada bayi, memantau berat badan dan panjang badan anak secara berkala, serta mendampingi ibu dalam masa menyusui eksklusif. Pelayanan ini tidak hanya berdampak pada penurunan angka kematian ibu dan bayi, tetapi juga pada peningkatan kualitas generasi masa depan di daerah pedesaan. Di banyak wilayah, bidan juga menjadi satu-satunya petugas kesehatan tetap yang menangani persalinan secara langsung di rumah atau di pos pelayanan kesehatan desa (Poned). Namun, pelaksanaan tugas ini tidak mudah. Selain harus bekerja dengan sarana terbatas, bidan juga sering menangani kasus komplikasi kehamilan tanpa dukungan medis memadai. Pelatihan berkelanjutan dan dukungan alat medis dasar sangat diperlukan untuk meningkatkan mutu pelayanan KIA di wilayah agraris.

2. Pendidikan dan Penyuluhan Kesehatan

Peran bidan di wilayah agraris, sebagai pendidik masyarakat menjadi krusial karena tingkat literasi kesehatan yang masih rendah. Bidan tidak hanya bertugas memberikan layanan klinis, tetapi juga menjalankan fungsi edukatif, seperti memberikan

penyuluhan mengenai kesehatan reproduksi, pentingnya gizi seimbang, sanitasi lingkungan, dan program keluarga berencana (KB).

Penyuluhan biasanya dilakukan melalui posyandu, pertemuan kelompok ibu, atau kunjungan rumah. Materi penyuluhan yang disampaikan bidan disesuaikan dengan konteks lokal, termasuk bahasa dan kepercayaan masyarakat setempat. Misalnya, dalam menyampaikan pentingnya imunisasi, bidan harus mampu meyakinkan orang tua yang masih ragu karena mitos atau informasi keliru yang beredar di komunitas. Keberhasilan pendidikan kesehatan di komunitas agraris sangat ditentukan oleh pendekatan interpersonal dan kepercayaan masyarakat terhadap bidan. Kemampuan komunikasi interpersonal menjadi kompetensi kunci yang harus dimiliki oleh setiap bidan yang bekerja di wilayah pedesaan (Bernadetha et al., 2023).

3. Pendampingan Keluarga dan Komunitas

Selain pelayanan klinis dan edukatif, bidan juga menjalankan peran sebagai pendamping keluarga dan komunitas. Dalam konteks agraris, bidan memiliki hubungan erat dengan masyarakat dan sering kali dianggap sebagai bagian dari komunitas itu sendiri. Bidan melakukan kunjungan rumah secara rutin, terutama kepada ibu hamil dengan risiko tinggi, ibu menyusui, dan anak dengan kondisi kesehatan yang perlu diawasi.

Pendampingan ini mencakup pembentukan dan pembinaan kelompok ibu hamil, ibu menyusui, dan kelompok Bina Keluarga Balita (BKB). Kegiatan ini bertujuan menciptakan lingkungan yang suportif, mendorong pertukaran informasi antar ibu, serta meningkatkan kesadaran kolektif akan pentingnya

kesehatan keluarga. kehadiran kelompok ibu hamil di desa meningkatkan kepatuhan ibu terhadap kunjungan ANC dan mempercepat respons terhadap tanda bahaya kehamilan (Arifin et al., 2021). Melalui peran ini, bidan tidak hanya menjalankan tugas medis, tetapi juga menjadi agen perubahan sosial yang menggerakkan masyarakat untuk lebih peduli pada kesehatan secara kolektif.

4. Tantangan yang Dihadapi Bidan di Lapangan

Pelaksanaannya tidak lepas dari berbagai tantangan meski peran bidan sangat strategis. Salah satu kendala utama adalah isolasi geografis. Banyak wilayah agraris terletak jauh dari pusat kota dengan akses jalan yang rusak atau bahkan belum terbangun. Dalam kondisi seperti ini, bidan harus menggunakan kendaraan roda dua atau berjalan kaki untuk mencapai rumah pasien, bahkan dalam kondisi darurat. Keterbatasan logistik dan sumber daya juga menjadi tantangan besar.

Banyak Puskesmas Pembantu (Pustu) di desa tidak memiliki listrik, air bersih, atau alat kesehatan dasar seperti tensimeter, doppler fetal, dan alat sterilisasi. Selain itu, keterlambatan suplai obat dan vaksin juga sering terjadi, terutama saat musim hujan atau bencana alam (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023). Tekanan budaya dan norma sosial lokal juga mempengaruhi efektivitas peran bidan. Beberapa komunitas di wilayah agraris, praktik kesehatan tradisional masih sangat kuat, seperti kepercayaan terhadap dukun beranak atau larangan-larangan.

Peran Tenaga Kesehatan Lainnya di Wilayah Agraris

Selain bidan, peran tenaga kesehatan lainnya seperti perawat, ahli gizi, tenaga sanitasi lingkungan, serta dokter dan petugas Puskesmas keliling sangat penting dalam menunjang sistem pelayanan kesehatan di wilayah agraris. Kehadiran mereka melengkapi layanan kesehatan masyarakat yang tidak hanya bersifat kuratif, tetapi juga promotif dan preventif, sesuai dengan prinsip pelayanan kesehatan primer.

1. Perawat dan Tenaga Gizi

Perawat merupakan tenaga kesehatan yang memiliki peran penting dalam memberikan perawatan dasar, terutama di Puskesmas dan Puskesmas Pembantu (Pustu) di desa. Tugas mereka meliputi pemberian pertolongan pertama, penanganan kasus ringan, pemantauan kondisi pasien kronis, serta dukungan dalam pelayanan imunisasi dan perawatan luka. Perawat juga mendukung program-program kesehatan masyarakat seperti Posyandu dan penyuluhan hidup bersih dan sehat (PHBS) (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023).

Tenaga gizi berperan dalam pengawasan dan perbaikan status gizi ibu hamil, ibu menyusui, dan balita. Mereka melakukan penimbangan berat badan, pengukuran tinggi badan, serta edukasi gizi seimbang berbasis potensi lokal. Di wilayah agraris, masalah gizi kronis seperti stunting dan wasting masih tinggi. Oleh karena itu, peran tenaga gizi dalam edukasi konsumsi pangan lokal bernutrisi sangat strategis. Berdasarkan Survei Status Gizi Indonesia (SSGI), prevalensi stunting di pedesaan tahun 2022 mencapai 27,8% (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023), sehingga intervensi berbasis komunitas oleh tenaga gizi menjadi penting.

Program seperti Pemberian Makanan Tambahan (PMT) di Posyandu dan edukasi kepada keluarga tentang pengolahan makanan bergizi dari hasil pertanian lokal merupakan wujud nyata kontribusi tenaga gizi terhadap peningkatan kesehatan masyarakat agraris.

2. Tenaga Sanitasi Lingkungan

Tenaga sanitasi lingkungan memiliki peran sentral dalam pencegahan penyakit berbasis lingkungan, terutama di daerah agraris yang umumnya masih memiliki keterbatasan dalam akses air bersih dan fasilitas sanitasi. Penyakit seperti diare, infeksi kulit, dan kecacingan sering kali menjadi masalah endemik karena masyarakat masih menggunakan air sungai untuk kebutuhan sehari-hari dan belum memiliki jamban sehat.

Tugas tenaga sanitasi meliputi pemetaan kondisi sanitasi desa, edukasi perilaku hidup bersih, pengelolaan limbah rumah tangga, serta pengawasan kualitas air. Mereka juga bertugas dalam program-program sanitasi pemerintah seperti STBM (Sanitasi Total Berbasis Masyarakat). Keberhasilan STBM di suatu desa biasanya sangat dipengaruhi oleh keberadaan tenaga sanitasi yang aktif mendampingi dan memfasilitasi masyarakat untuk membangun fasilitas sanitasi yang layak secara swadaya (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023). Selain itu, mereka bekerja sama dengan kader dan tokoh masyarakat untuk mengubah perilaku yang berkaitan dengan kebiasaan buang air besar sembarangan (BABS), yang masih tinggi di beberapa wilayah pedesaan.

3. Dokter dan Petugas Puskesmas Keliling

Dokter di Puskesmas, meskipun jumlahnya terbatas di wilayah agraris, memegang peran penting dalam pemeriksaan medis lanjutan dan pengambilan keputusan rujukan. Mereka menangani kasus-kasus kompleks yang tidak bisa ditangani oleh bidan atau perawat, seperti komplikasi kehamilan, penyakit menular serius, atau kegawatdaruratan medis. Kehadiran dokter juga menjadi simbol peningkatan kualitas pelayanan primer di pedesaan.

Kendala dan keterbatasan distribusi tenaga dokter, pemerintah menjalankan program Puskesmas Keliling (Pusling) untuk menjangkau daerah terpencil. Tim Pusling biasanya terdiri dari dokter, perawat, dan petugas farmasi yang berkeliling menggunakan kendaraan roda empat atau sepeda motor untuk memberikan layanan pengobatan dasar, imunisasi, serta sosialisasi program-program pemerintah (BAPPENAS, 2022). Pusling menjadi solusi penting untuk masyarakat desa yang jauh dari fasilitas kesehatan tetap, terutama di wilayah dengan kondisi geografis sulit. Program seperti dokter internship, Nusantara Sehat, dan Wajib Kerja Dokter (WKDS) juga merupakan bagian dari strategi nasional untuk memperkuat kehadiran tenaga medis di wilayah agraris dan tertinggal.

Kolaborasi dan Pendekatan Komunitas di Wilayah Agraris

Pelayanan kesehatan di wilayah agraris tidak bisa dilakukan secara individual oleh tenaga medis semata. Diperlukan pendekatan yang menyeluruh, melibatkan berbagai pihak serta mengedepankan pemberdayaan masyarakat. Kolaborasi lintas sektor dan pendekatan berbasis komunitas telah terbukti menjadi strategi efektif

dalam mengatasi tantangan keterbatasan akses, rendahnya literasi kesehatan, serta resistensi budaya terhadap layanan medis di daerah pedesaan.

1. Kerja Sama Lintas Sektor

Sinergi antara tenaga kesehatan dengan berbagai aktor lokal sangat penting untuk membangun sistem kesehatan yang kuat di desa. Kerja sama lintas sektor ini mencakup pemerintah desa, tokoh agama dan adat, lembaga swadaya masyarakat (LSM), serta penyuluh pertanian yang memiliki kedekatan dengan masyarakat setempat. Pemerintah desa memiliki peran penting dalam menyediakan dukungan kebijakan lokal dan anggaran melalui dana desa untuk kegiatan kesehatan, seperti pengadaan alat kesehatan dasar, pembangunan jamban sehat, dan insentif kader Posyandu. Tokoh agama dan adat memiliki pengaruh besar terhadap nilai-nilai yang dianut masyarakat. Melalui mereka, informasi kesehatan seperti pentingnya imunisasi, persalinan di fasilitas kesehatan, dan pola makan sehat bisa disampaikan secara lebih efektif dan diterima luas (Bernadetha et al., 2023).

Sementara itu, LSM sering berperan dalam pemberdayaan masyarakat, pendampingan program kesehatan berbasis gender, atau intervensi spesifik seperti penurunan stunting. Penyuluh pertanian juga menjadi mitra potensial dalam edukasi gizi berbasis pangan lokal, khususnya dalam meningkatkan produksi dan konsumsi bahan pangan bergizi tinggi seperti sayur, buah, dan sumber protein nabati (FAO, 2021). Pendekatan multisektor ini sejalan dengan prinsip *Health in All Policies* (HiAP) yang didorong oleh WHO, yakni memastikan semua sektor mempertimbangkan dampak kebijakan mereka terhadap kesehatan masyarakat.

2. Pendekatan Berbasis Masyarakat (*Community-Based Health Care*)

Konteks wilayah agraris, pendekatan berbasis masyarakat sangat esensial karena masyarakat cenderung memiliki ikatan sosial yang kuat dan budaya gotong royong. Program seperti Posyandu adalah salah satu contoh nyata dari layanan kesehatan yang tumbuh dari masyarakat dan untuk masyarakat. Keterlibatan kader kesehatan desa, ibu-ibu PKK, serta tokoh lokal dalam penyuluhan, pemantauan tumbuh kembang balita, pengawasan ibu hamil, dan penyuluhan gizi memperkuat efektivitas program kesehatan. Tenaga kesehatan bertindak sebagai fasilitator, sementara masyarakat menjadi aktor utama dalam menjaga dan meningkatkan kesehatannya sendiri (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023).

Program Desa Siaga dan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas) juga mendorong masyarakat untuk aktif mengenali potensi dan risiko kesehatan lokal, serta melakukan tindakan pencegahan dan rujukan dini secara mandiri. Keberhasilan layanan kesehatan primer sangat ditentukan oleh keterlibatan komunitas, bukan hanya oleh ketersediaan fasilitas medis (Bernadetha et al., 2023).

3. Penerapan Inovasi Teknologi Sederhana

Kendala geografis di wilayah agraris dapat diatasi melalui penerapan teknologi sederhana dan terjangkau, yang disesuaikan dengan kondisi lapangan. Salah satunya adalah telemedisin dasar, yang memungkinkan konsultasi jarak jauh antara bidan/perawat di desa dengan dokter di Puskesmas atau rumah sakit rujukan. Meskipun koneksi internet di daerah pedesaan masih terbatas, layanan berbasis

pesan teks, WhatsApp, atau aplikasi ringan sudah mulai digunakan secara informal oleh tenaga kesehatan (Kusnanto et al., 2019).

Selain itu, penggunaan aplikasi catatan kesehatan digital seperti e-Posyandu atau sistem pelaporan via SIMPUS (Sistem Informasi Manajemen Puskesmas) memungkinkan pendokumentasian status gizi dan kesehatan ibu-anak secara lebih efisien dan berkelanjutan. Hal ini juga mempermudah pengambilan keputusan oleh tenaga kesehatan dan pemerintah daerah dalam merancang intervensi. Inovasi lain yang patut dicontoh adalah penyediaan transportasi desa untuk rujukan medis, seperti mobil siaga desa atau ambulans motor. Program ini terbukti mampu mengurangi keterlambatan rujukan pasien dari desa ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut, khususnya pada kasus kegawatdaruratan ibu hamil.

Tantangan dan Rekomendasi Masa Depan Kesehatan di Wilayah Agraris

Peningkatan derajat kesehatan masyarakat di wilayah agraris merupakan bagian penting dalam pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB/SDGs), khususnya tujuan ketiga: "Menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang di segala usia." Namun, hingga kini, berbagai tantangan sistemik masih menjadi hambatan besar, baik dari sisi infrastruktur, ketimpangan layanan, hingga aspek sosial-budaya. Oleh karena itu, diperlukan kebijakan dan intervensi pemerintah yang terencana dan berkelanjutan, mencakup jangka pendek, menengah, hingga panjang.

1. Masalah Sistemik yang Masih Ada

a. Ketimpangan Distribusi Tenaga Kesehatan

Banyak wilayah agraris masih kekurangan tenaga medis, terutama dokter, bidan, dan tenaga gizi. Sebagian besar tenaga kesehatan enggan bertugas di daerah terpencil karena kurangnya insentif, fasilitas tempat tinggal, dan jenjang karier (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023).

b. Infrastruktur Kesehatan yang Terbatas

Puskesmas dan Pustu di desa sering kali belum memiliki fasilitas dasar, seperti air bersih, listrik stabil, alat medis, serta ambulans. Keterbatasan jalan dan transportasi juga menghambat mobilitas pasien dan tenaga medis, terutama saat keadaan darurat.

c. Rendahnya Literasi Kesehatan dan Pengaruh Budaya Lokal

Banyak masyarakat masih belum memahami pentingnya tindakan promotif dan preventif. Kepercayaan terhadap pengobatan tradisional, rendahnya kesadaran tentang imunisasi dan gizi seimbang menjadi tantangan tersendiri yang harus dihadapi dengan pendekatan sosial budaya yang tepat (Bernadetha et al., 2023).

d. Keterbatasan Sistem Informasi dan Teknologi

Sistem pelaporan kesehatan yang belum optimal di banyak desa menyebabkan ketidaktepatan data untuk pengambilan kebijakan. Teknologi digital belum merata, khususnya di wilayah dengan konektivitas internet yang rendah (Bappenas, 2022).

2. Rekomendasi Kebijakan: Solusi Jangka Pendek, Menengah, dan Panjang

a. Jangka Pendek (1–2 Tahun):

- 1) Penguatan Pelayanan Kesehatan Primer. Pemerintah perlu memprioritaskan pemenuhan alat kesehatan dasar di Puskesmas dan Pustu, termasuk logistik obat, alat pemeriksaan kehamilan, dan sarana sanitasi.
 - 2) Peningkatan Insentif untuk Tenaga Kesehatan. Penambahan tunjangan daerah terpencil dan fasilitas tempat tinggal untuk dokter, bidan, dan tenaga lainnya dapat mendorong keberlanjutan pelayanan di desa.
 - 3) Mobilisasi Transportasi Darurat Desa. Dukungan kendaraan rujukan seperti ambulans desa atau motor medis sangat penting dalam penanganan kasus darurat di wilayah sulit dijangkau.
- b. Jangka Menengah (3–5 Tahun):
- 1) Pendidikan dan Literasi Kesehatan Komunitas. Program edukasi masyarakat melalui Posyandu, kader kesehatan, serta tokoh agama dan adat perlu diintensifkan untuk meningkatkan pemahaman tentang kesehatan dasar, sanitasi, KB, dan gizi anak.
 - 2) Digitalisasi dan Sistem Informasi Terintegrasi. Pemerintah perlu memperluas cakupan SIMPUS (Sistem Informasi Manajemen Puskesmas) dan penggunaan aplikasi kesehatan berbasis desa agar data lebih akurat dan kebijakan menjadi berbasis bukti.
 - 3) Pelatihan Tenaga Kesehatan Berbasis Wilayah Agraris. Kurikulum pendidikan kesehatan dapat disesuaikan dengan tantangan khas wilayah pedesaan, termasuk pelatihan pendekatan sosial-budaya dan komunikasi komunitas.

c. Jangka Panjang (5 Tahun ke Atas):

- 1) Pengembangan Infrastruktur Kesehatan Berkelanjutan. Melalui kerja sama lintas kementerian (Kemenkes, Kementerian Desa, Bappenas), pembangunan fasilitas kesehatan yang ramah lingkungan dan berorientasi komunitas harus menjadi prioritas.
- 2) Integrasi Layanan Kesehatan dan Pertanian (Agro-health). Mengembangkan model kolaborasi lintas sektor yang menyinergikan produksi pangan lokal dengan program kesehatan, khususnya untuk penanganan gizi dan stunting.
- 3) Penguatan Kebijakan Desentralisasi Kesehatan. Memberikan kewenangan lebih besar kepada pemerintah desa dan daerah untuk merancang inovasi layanan kesehatan berbasis lokal, sesuai dengan kebutuhan dan potensi wilayahnya.

Masa depan kesehatan di wilayah agraris sangat ditentukan oleh kolaborasi antara pemerintah, tenaga kesehatan, dan masyarakat. Tantangan sistemik yang masih ada menuntut solusi yang terstruktur dan berkelanjutan. Pemerintah harus memastikan bahwa intervensi kesehatan tidak hanya menyentuh aspek medis, tetapi juga memperkuat sistem sosial, ekonomi, dan budaya masyarakat agraris. Dengan pendekatan yang holistik dan adaptif, kesenjangan kesehatan antara kota dan desa bisa semakin dipersempit.

Daftar Pustaka

- Arifin, R., Suryaningsih, E., & Lestari, D. (2021). Community Empowerment Through Pregnant Women Groups in Rural Areas. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 12(2), 65–72.
- BAPPENAS. (2022). Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020 - 2024. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional.
- Bernadetha, B., Nurhidayati, N., Nasrullah, N., Basri, M., Bugis, D. A., Askar, M., Lestari, P., Bend, K., Pellondou, Y., & Pemayun, I. D. G. A. (2023). Pengantar Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan (M. M. J. Panjaitan (ed.)). SELAT MEDIA PATNERS. https://www.google.co.id/books/edition/PENGANTAR_PROMOSI_KESEHATAN_DAN_PERILAKU/CEjkEAAQBAJ?hl=en&gbpv=0
- BPS. (2023). Kemiskinan dan Ketimpangan Penduduk Indonesia.
- FAO. (2021). Nutrition and Agriculture : Promoting Local Food System. Food and Agriculture Organization.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). Transformasi Kesehatan Mewujudkan Masyarakat Indonesia Sehat dan Unggul. 1–186.
- Kementerian Pertanian RI. (2020). Statistik Pertanian. In A. A. Susanti & M. A. Supriyatna (Eds.), Statistik Pertanian Agricultural Statistics 2020. Pusat Data dan Sistem Informasi Pertanian.
- Kusnanto, H., Rahayu, G. ., & Supriyanto, S. (2019). Community Empowerment and Primary Health Care : Indonesia's Experience. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 10(2), 120–132.
- WHO, W. (2022). Primary Health Care : Report on Implementation and Future Direction. World Health Organization.

Profil Penulis



Nira Nuryusriani Ahmad, S.Tr. Keb., Bdn

Penulis di lahirkan di Sukabumi tahun 1994. Ketertarikan penulis terhadap ilmu kebidanan khususnya pada pelayanan primer. Penulis menyelesaikan pendidikan kebidanan di Universitas Muhammadiyah Jakarta dan Politeknik Kesehatan Semarang. Penulis memiliki pengalaman lapangan dalam melayani masyarakat wilayah agraris khususnya wilayah kepulauan utara Indonesia. Penulis juga mulai aktif dalam kegiatan ilmiah penelitian dan menulis.

Email Penulis: niranuryus@gmail.com

PENYAKIT MENULAR SEKSUAL DI KOMUNITAS AGRARIS

Fika Daulian, S.K.M., M.P.H
Universitas Cenderawasih

Pendahuluan

Infeksi Menular Seksual (IMS) atau Penyakit Menular Seksual (PMS), seperti HIV, sifilis, gonore, dan lainnya merupakan realitas serius yang penularannya tidak hanya dapat mempengaruhi morbiditas dan mortalitas, tetapi juga berpotensi memperburuk kondisi kesehatan masyarakat dan melemahkan sistem kesehatan nasional. Bukan sekedar masalah klinis, IMS menjadi serangkaian masalah yang menghubungkan kesehatan individu dengan faktor sosial dan ekonomi. Data nasional menunjukkan bahwa populasi paling rentan adalah pada kelompok usia produktif, kondisi yang memiliki dampak jangka panjang pada sumber daya manusia dan stabilitas ekonomi (Kemenkes RI, 2023). Isu ini diperburuk oleh dampak yang bersifat transgenerasional, yaitu adanya fenomena penularan dari ibu ke anak yang menjadi masalah serius bagi kesehatan generasi mendatang dan dapat menghambat tercapainya tujuan strategis nasional, salah satunya adalah program Triple Elimination untuk HIV, Sifilis, dan Hepatitis B. Oleh karena itu, berbagai studi tentang masalah IMS dalam berbagai ranah sosial di Indonesia terus dilakukan. Hal ini menunjukkan satu unsur yang perlu mendapat perhatian khusus dalam melindungi aset pembangunan bangsa yang paling fundamental.

Situasi dan Urgensi Penyakit Menular Seksual di Komunitas Agraris

Di Indonesia, pembahasan tentang IMS seringkali berpusat pada penduduk urban, seperti pekerja seks, pengguna narkoba suntik, dan lelaki seks lelaki (LSL). Meskipun paradigma tersebut penting, namun kenyataannya hal ini telah menciptakan *blind spot* terkait masalah yang sebenarnya tersembunyi di komunitas agraris. Daerah agraris, yang sering dianggap sebagai benteng moralitas dengan nilai - nilai sosial yang kuat, ternyata juga tersimpan kerentanan unik yang seringkali tidak terdeteksi. PMS diyakini merupakan fenomena "gunung es" (*iceberg phenomenon*), dimana data surveilans menunjukkan bahwa prevalensinya rendah karena kombinasi antara stigma, literasi kesehatan, dan terbatasnya akses ke layanan kesehatan yang memadai (Jenkins et al., 2021).

Fokus perhatian pada komunitas agraris tidak semata-mata didasarkan pada prevalensinya, tetapi juga potensi destruktifnya pada stabilitas sosial-ekonomi yang sangat bergantung pada tenaga kerja keluarga dan kohesi sosial, satu kasus IMS yang tidak tertangani dapat memicu efek domino. Penurunan produktivitas pertanian akibat sakit, dislokasi ekonomi keluarga untuk biaya pengobatan, berdampak pada sosial akibat stigma dan diskriminasi. Oleh karena itu, mengurangi kompleksitas IMS dikomunitas agraris sangat penting untuk mencegah krisis kesehatan yang dapat berpotensi mempengaruhi struktur sosial dan ekonomi.

Konsep Dasar dan Implikasi Kesehatan

1. Definisi dan Terminologi

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan Infeksi Menular Seksual (IMS) yang dulunya Penyakit

Menular Seksual (PMS), sebagai infeksi yang ditransmisikan melalui kontak seksual, termasuk hubungan vaginal, anal, dan oral. Istilah "infeksi" ini untuk menekankan bahwa banyak kondisi dapat bersifat asimtomatik, tidak menunjukkan gejala klinis namun individu yang terinfeksi tetap dapat menularkannya kepada orang lain. Mencakup lebih dari 30 jenis patogen, termasuk bakteri, virus, dan parasit, yang menunjukkan betapa luasnya spektrum ancamannya (WHO, 2025).

Selaras dengan panduan global tersebut, Kemenkes RI mengadopsi definisi IMS/PMS yang dikategorikan sebagai masalah kesehatan masyarakat utama, yang penularannya terjadi terutama melalui hubungan seksual yang tidak aman. Tidak hanya pada aspek klinis, Kemenkes RI juga memberikan penekanan pada determinan sosial yang melingkupinya, seperti perilaku, stigma, dan akses layanan, yang tercermin dalam strategi penanggulangan terpadu (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020). Dari "Penyakit Kelamin" terjadi pergeseran terminologi yang berkonotasi menghakimi menjadi IMS berfokus pada pencegahan serta pemutusan rantai penularan, hal tersebut merefleksikan pendekatan kesehatan masyarakat modern yang lebih inklusif dan bukan pada penghakiman moral.

2. Spektrum dan Jenis-jenis Penyakit Menular Seksual

Spektrum IMS sangat beragam, masing-masing dengan agen penyebab, manifestasi klinis, dan konsekuensi yang berbeda. Beberapa IMS yang paling umum dan memiliki dampak kesehatan masyarakat yang signifikan di Indonesia antara lain:

a. Infeksi Virus:

- 1) Human Immunodeficiency Virus (HIV): Khususnya sel CD4, yaitu retrovirus yang menyerang dan melemahkan sistem kekebalan tubuh, khususnya. Tanpa intervensi antiretroviral (ARV), infeksi HIV akan berlanjut menjadi *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS), yakni kondisi dimana tubuh rentan terhadap berbagai infeksi oportunistik dan keganasan (Fauci et al., 2022)
- 2) Human Papillomavirus (HPV): Merupakan kelompok virus yang sangat umum, dengan beberapa tipe berisiko tinggi yang menjadi penyebab utama kanker serviks. Selain itu, tipe lainnya dapat menyebabkan kutil kelamin (anogenital warts) (Sheldon, 2023)
- 3) Herpes Simpleks Virus (HSV): Terutama HSV-2, yaitu suatu kondisi kronis yang ditandai dengan lesi ulseratif yang dapat kambuh secara periodic sebagai penyebab utama herpes genitalis,
- 4) Hepatitis B: Transmisi seksual merupakan salah satu rute utama, meskipun dapat menular melalui cara lain. Infeksi kronis dari Hepatitis B dapat memicu sirosis dan kanker hati.

b. Infeksi Bakteri:

- 1) Sifilis: Infeksi Menular Seksual yang disebabkan oleh bakteri *Treponema pallidum*, berkembang melalui beberapa tahapan yakni primer, sekunder, laten, tersier. Infeksi ini dapat menyebabkan kerusakan serius pada

sistem saraf, jantung, dan organ lainnya jika tidak segera diobati. Sifilis kongenital yang ditularkan dari ibu ke janin, menjadi perhatian khusus sebab dapat menyebabkan kecacatan hingga kematian janin (Duarte et al., 2024).

- 2) Gonore: Disebabkan oleh *Neisseria gonorrhoeae*, infeksi ini sering menyebabkan uretritis pada pria dan servisititis pada wanita, meskipun sering kali asimtomatik pada wanita.
- 3) Klamidia: Infeksi oleh *Chlamydia trachomatis* adalah salah satu IMS bakteri yang paling umum dilaporkan. Sama seperti gonore, infeksi ini sering kali "sunyi" (*silent*) pada wanita dan merupakan penyebab utama penyakit radang panggul dan infertilitas (Smolarczyk et al., 2021).

3. Mekanisme Transmisi dan Populasi Berisiko

Mekanisme utama transmisi IMS adalah melalui kontak langsung dengan selaput lendir (mukosa) atau cairan tubuh yang terinfeksi selama aktivitas seksual. Namun, beberapa IMS juga dapat ditularkan melalui jalur non-seksual, seperti transmisi vertikal dari ibu ke bayi selama kehamilan, persalinan, atau menyusui; melalui produk darah yang terkontaminasi; serta penggunaan jarum suntik bersama pengguna narkoba (penasun).

Secara epidemiologis, konsep "populasi kunci" (key populations) sangat sentral dalam memahami dinamika penularan HIV dan IMS lainnya. Populasi ini, yang didefinisikan oleh WHO dan diadopsi Kemenkes RI, mencakup kelompok dengan prevalensi infeksi yang tinggi dan perilaku berisiko, seperti

pekerja seks, lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki (LSL), pengguna napza suntik, dan transgender. Namun, narasi epidemiologi yang komprehensif juga harus mencakup "populasi jembatan" (bridge populations). Kelompok ini terdiri dari individu yang terhubung secara seksual dengan populasi kunci dan juga dengan populasi umum berisiko rendah. Contohnya termasuk pelanggan seks, dan pekerja migran atau musiman, seperti supir truk atau pekerja perkebunan yang perilakunya di luar komunitas asal dapat menjadi jembatan transmisi infeksi ke dalam keluarga dan lingkungan tempat tinggal mereka (Shiferaw et al., 2024; Smolarczyk et al., 2021).

4. Dampak PMS bagi kesehatan

Dampak IMS bagi kesehatan dibedakan menjadi dampak jangka pendek dan jangka panjang. Kedua hal tersebut membawa beban yang signifikan bagi kesehatan individu.

- a. Dampak jangka pendek yaitu manifestasi akut berupa gejala yang dapat mengganggu kualitas hidup individu, seperti duh (cairan abnormal) dari uretra atau vagina, lesi ulseratif yang nyeri, disuria (nyeri saat berkemih), dan nyeri panggul. Di luar dampak fisik tersebut, diagnosis IMS sering kali disertai dengan tekanan psikologis yang berat, termasuk kecemasan, depresi, dan ketakutan akan stigma sosial (Wit et al., 2022).
- b. Dampak jangka panjang, jika tidak didiagnosis dan diobati secara adekuat, IMS dapat menyebabkan komplikasi serius yang ireversibel, antara lain:
 - 1) Infertilitas dan komplikasi reproduksi yakni infeksi seperti klamidia dan gonore yang dapat menjalar ke saluran reproduksi bagian atas

pada wanita, menyebabkan Penyakit Radang Panggul. Kondisi ini merupakan penyebab utama infertilitas tuba, kehamilan ektopik, dan nyeri panggul kronis (Mitchell & Prabhu, 2013).

- 2) Keganasan (Kanker) yakni infeksi persisten dengan tipe HPV onkogenik merupakan penyebab dari hampir semua kasus kanker serviks, serta sebagian besar kanker anus, vulva, dan orofaring.
- 3) Komplikasi kehamilan dan neonatal. IMS pada ibu hamil dapat mengakibatkan keguguran, kelahiran prematur, BBLR hingga lahir mati. Transmisi vertikal dapat menyebabkan sifilis kongenital, kebutaan pada bayi baru lahir (oftalmia neonatorum akibat gonore), atau pneumonia (akibat klamidia).
- 4) Peningkatan kerentanan terhadap HIV yakni disebabkan adanya IMS lain, terutama yang menyebabkan ulkus seperti sifilis dan herpes yang dapat menaikkan risiko penularan HIV hingga tiga kali lipat atau lebih karena merusak barier mukosa dan meningkatkan peradangan (Mitchell & Prabhu, 2013).
- 5) Kerusakan sistemik merupakan tahap lanjut sifilis yang dapat menyebabkan kerusakan neurologis (neurosifilis), kardiovaskular (sifilis kardiovaskular), dan manifestasi sistemik lainnya yang berakibat fatal.

Determinan IMS di Komunitas Agraris

Penyebaran Infeksi Menular Seksual (IMS) menjadi permasalahan kesehatan yang kompleks di seluruh dunia dengan prevalensi dan pola penyebaran yang berbeda-

beda di antara berbagai populasi yang berbeda. Lingkungan pedesaan termasuk daerah agraris sering kali terdapat perbedaan demografi dan sosial jika dibandingkan dengan daerah urban, yang bisa memberikan dampak signifikan terhadap kerentanan penduduk terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS). Terutama dalam komunitas agraris, dinamika penularan IMS biasanya dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling terhubung, salah satunya adalah aspek individu, sosial, pelayanan kesehatan, dan struktural. Pengetahuan mendalam tentang faktor-faktor ini sangat penting untuk mengembangkan intervensi yang efektif dan berkesinambungan.

1. Faktor Individu: Pengetahuan Rendah dan Perilaku Seksual Berisiko

Tingkat pengetahuan yang rendah mengenai IMS, seperti cara penularan hingga gejalanya beserta pencegahan serta pentingnya skrining dan pengobatan dini dianggap sebagai faktor utama di kalangan komunitas agraris. Penelitian telah menunjukkan bahwa individu dengan pengetahuan terbatas lebih condong untuk mengambil tindakan seksual berisiko seperti berganti-ganti pasangan tanpa pengaman atau berhubungan seks dengan pekerja seks komersial (Gupta & Singh, 2024). Perilaku ini diperparah oleh kurangnya edukasi mengenai kesehatan reproduksi, sehingga seseorang menjadi enggan mencari informasi atau layanan kesehatan. Ketidapahaman tentang akibat jangka panjang dari IMS, seperti infertilitas atau komplikasi serius lainnya, turut berperan dalam menunda pencarian pengobatan dan memungkinkan penyebaran di dalam komunitas. Hal ini merupakan permasalahan utama yang harus diatasi secara menyeluruh. Kondisi ini menciptakan situasi di mana

mitos dan kesalahpahaman seputar IMS dapat menyebar luas, oleh karena pengetahuan tentang pencegahan dan penanganan yang rendah.

2. Faktor Sosial: Pernikahan Dini, Migrasi Kerja, dan Stigma

Dinamika keluarga dan struktur sosial masyarakat di lingkungan agraris juga memainkan peran dalam penyebaran IMS. Pernikahan dini masih umum terjadi di beberapa daerah pedesaan termasuk diwilayah agraris sehingga dapat meningkatkan risiko remaja perempuan terhadap IMS karena kurangnya keberdayaan dalam pengambilan keputusan serta keterbatasan informasi yang dimiliki dan kesulitan dalam berkomunikasi mengenai seks yang aman (United Nations Children's Fund (UNICEF), 2020). Selain itu, migrasi pekerja, khususnya bagi buruh tani musiman juga menjadikan sebagian individu di masyarakat tersebut lebih rentan terhadap bahaya penyebaran IMS. Orang-orang yang terpisah dari kelompok keluarganya dan jauh dari lingkungan sosial yang stabil berpotensi dapat melakukan perilaku seksual yang berisiko. Perpindahan penduduk yang tinggi ini juga menyulitkan penelusuran dan penanganan masalah kesehatan dengan baik (Fauk et al., 2022).

Salah satu jembatan epidemiologis Penularan IMS adalah adanya pola migrasi sirkuler, terjadinya mobilitas penduduk desa umumnya laki-laki yang bekerja untuk sementara waktu di kawasan perkotaan, industri, atau perkebunan. Hal tersebut berpotensi membuka akses terhadap jejaring seksual yang lebih berisiko di tempat tujuan, dan sepulangnya mereka dapat mentransmisikan infeksi kepada pasangan dan komunitasnya (Fauk et al., 2022). Terdapat stigma sosial yang kuat terhadap IMS yang

menjadi hambatan besar bagi seseorang untuk mencari diagnosis dan perawatan medis. Rasa malu dan takut akan terasing dari komunitas membuat penderita memilih untuk menyembunyikan kondisinya sendiri sehingga menyebabkan infeksi tanpa disadari. Hal tersebut menjadi rintangan utama bagi mereka yang mencari diagnosis dan pengobatan dengan tepat, oleh karena stigma yang melekat pada gejala IMS sering kali dihubungkan dengan pandangan negatif tentang moral individu. Mereka seringkali menunda tindakan medis yang seharusnya dilakukan sehingga meningkatkan risiko penularan penyakit lebih lanjut oleh karena rasa takut akan penolakan sosial dari lingkungan sekitar (Jenkins et al., 2021).

Norma gender juga dapat membatasi kemampuan perempuan dalam menolak hubungan seksual yang tidak aman atau pengambilan Keputusan dalam penggunaan kondom. Seksualitas menjadi topik yang tabu untuk dibicarakan terbuka oleh masyarakat umum, sebab hal ini seringkali dianggap sebagai hal yang pribadi dan sakral. Posisi perempuan yang kurang dalam pengambilan keputusan, termasuk dalam hubungan seksual, secara signifikan dapat meningkatkan kerentanan mereka. Ketidakmampuan perempuan untuk bernegosiasi mengenai penggunaan kondom atau menolak hubungan seksual yang tidak aman menempatkan perempuan pada risiko penularan yang lebih tinggi, hal ini sering kali tanpa mereka sadari

3. Faktor Layanan Kesehatan: Keterbatasan Fasilitas, Tenaga Medis, dan Edukasi

Di banyak daerah agraris umumnya menghadapi kesulitan dalam mendapatkan layanan kesehatan yang memadai. Meskipun tingkat IMS bervariasi di

daerah agraris, daerah-daerah ini memiliki akses yang lebih rendah terhadap skrining dan intervensi IMS. Melibatkan berbagai faktor seperti jarak ke fasilitas kesehatan yang terjangkau, biaya transportasi, serta kebutuhan akan informasi kesehatan seksual yang tepat dan lengkap. Keterbatasan fasilitas kesehatan seperti layanan kesehatan yang mudah dijangkau serta kurangnya peralatan diagnostik dan obat-obatan menjadi hambatan dalam upaya pencegahan dan pengobatan Penyakit Menular Seksual (Jenkins et al., 2021). Kurangnya tenaga medis atau petugas kesehatan terlatih, mengakibatkan layanan yang tersedia juga kurang optimal bahkan tidak ada sama sekali. Program edukasi dan pencegahan terintegrasi yang terbatas dan tidak mudah dijangkau oleh Masyarakat karena hambatan geografis dan kurangnya akses ini mempersulit pelaksanaan edukasi yang berdampak besar pada informasi yang akurat untuk masyarakat.

4. Faktor Struktural: Kemiskinan, Transportasi, dan Keterisolasian Geografis

Aspek struktural merupakan dasar yang memperburuk faktor lainnya. Akses layanan kesehatan yang rendah diduga sebagian disebabkan oleh kemiskinan dan kesenjangan ekonomi, di daerah pedesaan juga dipengaruhi oleh terbatasnya ketersediaan layanan dan jarak ke tempat layanan Kesehatan. Penduduk di daerah pedesaan yang mengalami kemiskinan parah membuat mereka lebih mengutamakan kebutuhan pokok daripada kesehatan mereka sendiri. Kendala ini ekonomi juga bisa membuat akses terhadap layanan kesehatan berbayar menjadi terhalang sehingga kesulitan untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan. Penelitian menunjukkan hubungan yang kuat antara isolasi

geografis dan kemiskinan, di mana daerah-daerah terpencil memiliki akses yang lebih rendah terhadap layanan publik (Gupta & Singh, 2024). Keterbatasan transportasi dan infrastruktur jalan yang buruk membuat penduduk kesulitan mengakses fasilitas kesehatan dan sulit untuk mendapatkan bantuan medis saat darurat yang berakibat keterikatan pada praktik tradisional menjadi semakin kuat pada penduduk pedesaan. Dengan beberapa faktor-faktor ini terjadi siklus kerentanan yang berkelanjutan dimana kemiskinan dan keadaan geografis yang terisolasi berpotensi memperburuk pelayanan serta meningkatkan perilaku berisiko.

Studi Kasus dan Data Lapangan

Untuk menggambarkan kompleksitas determinan IMS di komunitas agraris, studi kasus dan data lapangan memberikan bukti empiris mengenai tantangan yang dihadapi serta pola prevalensi yang ada.

1. Kasus Nyata di Komunitas Agraris

Di wilayah agraris seperti di daerah pegunungan atau pulau-pulau kecil tertentu seringkali terungkap narasi yang serupa. Seorang pekerja tani yang bekerja sementara di luar daerah, terpisah dari keluarganya dan terlibat dalam hubungan seksual berisiko di tempat kerja baru, menciptakan kluster infeksi baru saat kembali ke desa asalnya, kemudian terjadi penyebaran penyakit ke orang lain. Pengetahuan mengenai penggunaan kondom dan minimnya fasilitas diagnosis IMS di wilayah ini, menyebabkan infeksi berkembang tanpa disadari. Munculnya stigma sosial dan rasa takut akan diasingkan membuat mereka enggan mencari pertolongan medis bahkan pada anggota keluarga sendiri, walaupun gejala mulai timbul. Program edukasi kesehatan yang

diselenggarakan oleh pemerintah dan organisasi non-pemerintah pun menghadapi berbagai kendala pada komunitas ini, perbedaan bahasa dan budaya serta kesibukan petani yang padat, menyebabkan pesan-pesan pencegahan tidak dapat tersampaikan dengan baik.

2. Hasil Survei atau Penelitian Terkait PMS di Komunitas Agraris

Studi epidemiologi melaporkan bahwa di beberapa komunitas pedesaan memiliki tingkat IMS yang lebih tinggi daripada komunitas perkotaan. Meskipun epidemiologi IMS di komunitas agraris belum banyak diteliti, tingginya angka di pedesaan kemungkinan disebabkan oleh keterhubungan dengan daerah perkotaan dan jaringan seksual (Jenkins et al., 2021). Beberapa survei dan penelitian menunjukkan proporsi kasus perempuan dengan IMS lebih banyak di daerah pedesaan dibandingkan dengan daerah perkotaan, yang sebagian besar adalah buruh tani atau ibu rumah tangga dengan latar belakang petani. Studi tersebut menunjukkan bahwa prevalensi IMS lebih banyak terjadi pada perempuan menikah, dewasa muda (20–40 tahun) dan kelompok berpendapatan rendah (Gupta & Singh, 2024; Surya et al., 2021). Hal ini menunjukkan bahwa IMS pada perempuan kelompok usia produktif yang terlibat dalam aktivitas pertanian cenderung lebih tinggi. Penelitian lain pada komunitas agraris, mengungkapkan prevalensi PMS yang rendah tetapi prevalensi perilaku berisiko seksual yang tinggi, khususnya di kalangan pria. Dari survei tersebut dilaporkan sebanyak dua belas persen laki-laki dan 5% perempuan pernah menderita PMS (Brammeier et al., 2008). Penularan IMS di antara pekerja migran karena kemiskinan, kurangnya kesempatan kerja,

dan kurangnya pendapatan membentuk hubungan sosial antar pria di Indonesia dan menjadi jembatan untuk penularan kepada pasangan. Misalnya, HIV di kalangan pekerja perkebunan sawit yang tinggal di camp-camp sementara, mereka dipekerjakan untuk jangka waktu tertentu untuk melakukan tugas-tugas seperti menanam, memanen, atau merawat. Setelah tugas-tugas ini selesai, mereka diminta untuk pindah ke perkebunan berikutnya di mana jasa mereka dibutuhkan. Kontak dan koneksi sosial di antara pekerja migran tidak hanya dalam hal yang berhubungan dengan pekerjaan tetapi juga dalam hal individu dan sosial, seperti bertukar informasi tentang masalah pribadi dan keluarga, hubungan sosial dan seksual, sehingga HIV di kalangan pria pekerja migran tinggi di Indonesia, sebagian besar disebabkan oleh kurangnya akses terhadap layanan kesehatan reproduksi dan perilaku seksual (Ward & Fauk, 2025). Untuk setiap komunitas agraris, data ini menunjukkan tren umum di mana kombinasi faktor individu, sosial, dan struktural menciptakan lingkungan yang kondusif untuk penyebaran IMS. Di sisi lain, komunitas non-agraris memiliki prevalensi tinggi untuk jenis IMS lain yang terkait dengan kepadatan penduduk, perilaku seksual yang lebih liberal, dan jaringan sosial yang kompleks, meskipun dengan akses layanan kesehatan yang lebih baik. Di perkotaan, masalah seperti kepadatan populasi, sementara di agraris, lebih dominan pada faktor seperti kemiskinan struktural, migrasi musiman, dan keterisolasian geografis. Oleh karena itu, strategi pencegahan dan penanganan PMS harus disesuaikan secara kontekstual untuk masing-masing jenis komunitas.

Strategi Intervensi Pencegahan dan Penanggulangan

Mengingat tantangan yang kompleks, strategi intervensi untuk pencegahan dan penanggulangan IMS di komunitas agraris harus bersifat kontekstual, sensitif budaya, dan melibatkan partisipasi aktif dari seluruh elemen masyarakat.

1. Pendekatan Berbasis Komunitas dan Budaya Lokal

Pendekatan berbasis komunitas melibatkan masyarakat secara langsung dalam perencanaan, implementasi, dan evaluasi program kesehatan. Hal ini memastikan bahwa intervensi relevan dengan kebutuhan dan nilai-nilai budaya lokal. Membangun program yang selaras dengan budaya agraris, misalnya dengan menggunakan analogi pertanian dalam penyuluhan atau mengintegrasikan pesan kesehatan ke dalam kegiatan adat.

2. Pelibatan Tokoh Masyarakat dalam Edukasi Seksual

Mengidentifikasi dan melatih tokoh adat, tokoh agama, atau pemimpin komunitas lainnya sebagai agen perubahan dan edukator sebaya, sebab mereka memiliki kredibilitas dan pengaruh yang besar dalam komunitas. Dengan pengetahuan dan kemampuan komunikasi yang baik, mereka dapat menyampaikan pesan-pesan kesehatan reproduksi dan sesuai dengan konteks budaya, membantu memecah tabu penerimaan informasi.

3. Penguatan Layanan Kesehatan Primer Pedesaan

Peningkatan akses dan kualitas layanan kesehatan primer di daerah pedesaan mencakup penyediaan fasilitas yang memadai, ketersediaan tenaga medis yang terlatih, dan pasokan obat-obatan esensial. Strategi seperti penyediaan layanan telemedisin, atau program kunjungan rumah oleh petugas kesehatan

dapat menjangkau populasi terpencil. Selain itu, pelatihan bagi petugas kesehatan untuk memahami konteks sosial-budaya komunitas agraris akan meningkatkan kepercayaan dan pemanfaatan layanan.

4. Program Penyuluhan Berbasis Sekolah, Posyandu Remaja, dan Kelompok Tani

Penyuluhan kesehatan harus dilaksanakan melalui berbagai saluran yang relevan dengan kehidupan komunitas agraris. Di sekolah, pendidikan kesehatan reproduksi yang disesuaikan pada usia dapat membantu remaja memahami seksualitas secara sehat dan bertanggung jawab. Posyandu remaja dapat menjadi platform untuk edukasi sebaya dan layanan kesehatan ramah remaja. Sementara itu, untuk menjangkau populasi dewasa kelompok tani dapat dimanfaatkan untuk menyisipkan pesan-pesan kesehatan reproduksi dan IMS dalam pertemuan rutin mereka.

5. Kolaborasi dengan Sektor Pertanian, Pendidikan, dan Keagamaan

Kolaborasi dengan sektor pertanian dapat memastikan bahwa program kesehatan mencapai buruh tani dan keluarga mereka. Sektor pendidikan untuk mengintegrasikan pendidikan seksual dan kesehatan reproduksi ke dalam kurikulum. Sementara itu, keterlibatan tokoh dan institusi keagamaan dapat membantu mengikis stigma dan mempromosikan nilai-nilai positif terkait kesehatan seksual berdasarkan ajaran agama yang relevan (Desriani et al., 2021).

Kesimpulan

Prevalensi dan pola penularan Penyakit Menular Seksual di komunitas agraris tidak hanya dipengaruhi oleh faktor individu seperti pengetahuan dan perilaku berisiko, tetapi juga secara signifikan dibentuk oleh dinamika keluarga dan sosial, keterbatasan layanan kesehatan, serta akar masalah struktural seperti kemiskinan dan keterisolasian geografis. Untuk secara efektif mengatasi IMS/PMS di komunitas agraris, diperlukan pendekatan multisektor yang melibatkan tidak hanya sektor kesehatan, tetapi juga pertanian, pendidikan, dan keagamaan. Pendekatan ini harus partisipatif, memberdayakan komunitas itu sendiri untuk merancang dan melaksanakan solusi yang relevan dengan konteks budaya dan sosial mereka. Peningkatan pengetahuan, perubahan perilaku, akses yang lebih baik ke layanan kesehatan, serta dukungan lingkungan sosial-struktural yang kondusif dapat berkontribusi pada peningkatan kesehatan reproduksi dan kualitas hidup masyarakat agraris secara keseluruhan.

Daftar Pustaka

- Brammeier, M., Chow, J. M., Samuel, M. C., Organista, K. C., Miller, J., & Bolan, G. (2008). Sexually transmitted diseases and risk behaviors among California farmworkers: results from a population-based survey. *The Journal of Rural Health : Official Journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association*, 24(3), 279–284. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2008.00169.x>
- Desriani, D., Muthohar, S., Filasofa, L. M. K., & Mursid, M. (2021). The Sex Education Method in Agrarian Communities. *Sawwa: Jurnal Studi Gender*, 16(1), 85–100. <https://doi.org/10.21580/sa.v16i1.6087>
- Duarte, G., Melli, P. P. D. S., Miranda, A. E., Milanez, H. M. B. P. M., Menezes, M. L., Travassos, A. G., & Kreitchmann, R. (2024). Syphilis and pregnancy. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia : Revista Da Federacao Brasileira Das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia*, 46. <https://doi.org/10.61622/rbgo/2024FPS09>
- Fauci, A. S., Folkers, G. K., & Lane, H. C. (2022). Human Immunodeficiency Virus Disease: AIDS and Related Disorders. In J. Loscalzo, A. Fauci, D. Kasper, S. Hauser, D. Longo, & J. L. Jameson (Eds.), *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 21e. McGraw-Hill Education. <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1210342982>
- Fauk, N. K., Gesesew, H. A., Seran, A. L., Raymond, C., Tahir, R., & Ward, P. R. (2022). Barriers to Accessing HIV Care Services in Host Low and Middle Income Countries: Views and Experiences of Indonesian Male Ex-Migrant Workers Living with HIV. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph192114377>
- Gupta, R., & Singh, S. (2024). Comparison of the sexual behaviors and syndromic diagnosis between rural and urban cases in east-central India: A retrospective

- hospital-based study. *Journal of Skin and Sexually Transmitted Diseases*, 6(2), 137–143.
https://doi.org/10.25259/jsstd_23_2024
- Jenkins, W. D., Williams, L. D., & Pearson, W. S. (2021). Sexually Transmitted Infection Epidemiology and Care in Rural Areas: A Narrative Review. *Sexually Transmitted Diseases*, 48(12), E236–E240.
<https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000001512>
- Kemenkes RI. (2023). *Profil Kesehatan Indonesia 2022*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Rencana Aksi Nasional Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS dan PIMS di Indonesia Tahun 2020-2024*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 1–188.
- Mitchell, C., & Prabhu, M. (2013). Pelvic inflammatory disease: current concepts in pathogenesis, diagnosis and treatment. *Infectious Disease Clinics of North America*, 27(4), 793–809.
<https://doi.org/10.1016/j.idc.2013.08.004>
- Sheldon, M. (2023). Infeksi Human Papillomavirus (HPV) (Vol. 2023). Manual MSD.
<https://www.msdmanuals.com/id/home/infeksi/infeksi-menular-seksual-ims/infeksi-human-papillomavirus-hpv>
- Shiferaw, W., Martin, B., Dean, J., Mills, D., Lau, C., Paterson, D., Koh, K., Eriksson, L., & Furuya-Kanamori, L. (2024). A systematic review and meta-analysis of sexually transmitted infections and blood-borne viruses in travellers. *Journal of Travel Medicine*, 31. <https://doi.org/10.1093/jtm/taae038>
- Smolarczyk, K., Mlynarczyk-bonikowska, B., Rudnicka, E., Szukiewicz, D., Meczekalski, B., Smolarczyk, R., & Pieta, W. (2021). The impact of selected bacterial sexually transmitted diseases on pregnancy and female fertility. *International Journal of Molecular Sciences*, 22(4), 1–18.
<https://doi.org/10.3390/ijms22042170>

- Surya, B., Shivasakthimani, R., Muthathal, S., Prakash, B., Loganathan, S., & Ravivarman, G. (2021). A cross-sectional study on health-seeking behavior in relation to reproductive tract infection among ever-married rural women in Kancheepuram district, Tamil Nadu. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(9), 3424–3428.
https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_2424_20
- United Nations Children’s Fund (UNICEF). (2020). Pencegahan Perkawinan Anak Percepatan yang Tidak Bisa Ditunda. Badan Pusat Statistik, 6–10.
- Ward, P. R., & Fauk, N. K. (2025). Structural conditions, social networks, and the HIV vulnerability among Indonesian male labour migrants and motorbike taxi drivers. *International Journal for Equity in Health*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02420-7>
- WHO. (2025). Sexually transmitted infections (STIs). [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Wit, J., Adam, P., Daas, C., & Jonas, K. (2022). Sexually transmitted infection prevention behaviours: health impact, prevalence, correlates, and interventions. *Psychology & Health*, 38, 1–26.
<https://doi.org/10.1080/08870446.2022.2090560>

Profil Penulis



Fika Daulian, S.K.M., M.P.H

Penulis di lahirkan di Kendari pada tanggal 3 januari 1995. Ketertarikan penulis terhadap dunia Kesehatan Masyarakat tumbuh sejak penulis melanjutkan Pendidikan tinggi di bidang tersebut dan berhasil menyelesaikan Pendidikan S1 pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Halu Oleo pada tahun 2016. Selanjutnya, penulis melanjutkan studi S2 dengan konsentrasi Kesehatan Ibu dan Anak – Kesehatan Reproduksi (KIA-KR) di Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan (FKKMK) Universitas Gadjah Mada, dan berhasil menyelesaikannya pada tahun 2019. Saat ini, penulis berprofesi sebagai dosen aktif di Peminatan Kesehatan Ibu dan Anak – Kesehatan Reproduksi, Prodi S1 Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Cenderawasih dengan mengampu mata kuliah Dasar Kesehatan Reproduksi, Analisis Kesehatan Ibu dan Anak, Teknik Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE) dan Konseling Kesehatan Reproduksi, serta Kepemimpinan dan Berpikir Sistem Kesehatan Masyarakat, Penulis juga aktif dalam berbagai kegiatan akademik seperti penulisan jurnal, serta aktif menulis book chapter di bidang kesehatan masyarakat.

Email Penulis: fikadaulian@fkm.uncen.ac.id

DAMPAK EKONOMI DAN AKSES LAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI

Ns. Cut Mutiya Bunsal, S.Kep., M.Kep
Universitas Muhammadiyah Manado

Latar Belakang

Indonesia merupakan negara agraris yang sebagian besar wilayahnya bergantung pada sektor pertanian sebagai sumber utama mata pencaharian. Masyarakat di wilayah agraris umumnya hidup di daerah pedesaan dengan aktivitas ekonomi yang berkaitan langsung dengan lahan pertanian, perkebunan, dan peternakan. Meskipun begitu, wilayah agraris menghadapi berbagai tantangan ekonomi, seperti pendapatan yang rendah, ketidakstabilan harga hasil panen, minimnya akses terhadap pasar yang luas, serta terbatasnya peluang kerja di luar sektor pertanian. Ketimpangan ini berdampak langsung pada kualitas hidup masyarakat, termasuk dalam hal pemenuhan kebutuhan dasar seperti layanan kesehatan.

Akses terhadap layanan kesehatan di wilayah agraris umumnya masih rendah. Keterbatasan fasilitas, kurangnya tenaga medis, dan hambatan geografis menjadi kendala utama dalam menjamin pelayanan kesehatan yang merata dan berkualitas. Kondisi ini menyebabkan berbagai masalah kesehatan tidak tertangani dengan baik, mulai dari penyakit menular, gizi buruk, hingga

kesehatan reproduksi. Salah satu faktor yang memengaruhi akses layanan kesehatan reproduksi adalah status ekonomi individu dan keluarga. Data dari Badan Pusat Statistik (BPS) menunjukkan bahwa di Indonesia, terdapat kesenjangan signifikan dalam akses layanan kesehatan antara kelompok ekonomi atas dan bawah. Misalnya, berdasarkan Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) 2020, hanya 45% perempuan dari kelompok ekonomi terendah yang memiliki akses ke layanan kesehatan reproduksi yang memadai, dibandingkan dengan 85% dari kelompok ekonomi tertinggi (BPS, 2021). Kesenjangan ini menciptakan siklus kemiskinan yang sulit diputus, di mana perempuan yang tidak mendapatkan layanan kesehatan reproduksi yang baik berisiko lebih tinggi mengalami masalah kesehatan yang dapat menghambat partisipasi mereka dalam kegiatan ekonomi.

Oleh karena itu, penting untuk mengkaji bagaimana keterkaitan antara kondisi ekonomi wilayah agraris dengan akses layanan kesehatan. Pemahaman ini diperlukan sebagai dasar dalam merumuskan kebijakan pembangunan yang lebih adil dan merata, serta dalam upaya peningkatan kualitas hidup masyarakat di wilayah agraris. Juga dapat mempertimbangkan kebijakan yang dapat meningkatkan akses layanan kesehatan reproduksi, terutama bagi kelompok yang kurang beruntung. Misalnya, program-program pendidikan kesehatan reproduksi di sekolah-sekolah dapat meningkatkan pemahaman dan kesadaran tentang pentingnya layanan kesehatan reproduksi, yang pada gilirannya dapat mendorong lebih banyak perempuan untuk mencari layanan yang diperlukan.

Kondisi Wilayah Agraris dan Dampak Ekonomi

Ciri-ciri Wilayah Agraris

1. Penduduk bekerja di pertanian

Tenaga kerja pertanian (dalam arti sempit) merupakan tenaga kerja terbesar dengan jumlahnya mencapai 37,81 juta orang pada Agustus 2024. Angka tersebut mengalami peningkatan sebesar 3,72% atau sebanyak 1,35 juta jiwa dari tahun 2023 (35,46 juta jiwa). Tenaga kerja tersebut tersebar ke dalam empat subsektor yaitu di subsektor tanaman pangan, hortikultura, perkebunan dan peternakan. Jumlah tenaga kerja berdasarkan jenis kelamin yakni laki-laki berjumlah 23,63 juta orang (62,51%) dan perempuan 14,18 juta orang (37,49%). Berdasarkan kelompok umur sebagian besar tenaga kerja sektor pertanian berada pada umur 25-59 tahun (66,79%), diatas 60 tahun (24,03%) dan 15-24 tahun (9,18%). Tenaga kerja sektor pertanian berdasarkan tingkat pendidikan paling banyak Pendidikan Dasar (80,17%), Pendidikan Menengah (17,86%), dan Pendidikan Tinggi (1,97%) (Pusat Data dan Sistem Informasi Pertanian, 2024).

2. Lahan pertanian luas dan subur

Indonesia memiliki luas dan kesuburan lahan pertanian yang dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti letak geografis yang strategis di daerah tropis, iklim yang mendukung serta kondisi tanah yang kaya akan unsur hara. Selain itu, faktor-faktor seperti jumlah penduduk, alih fungsi lahan, dan pengelolaan lahan juga berperan penting dalam menentukan luas dan kualitas lahan pertanian.

3. Ketersediaan air untuk irigasi

Irigasi merupakan salah satu upaya untuk memasok kebutuhan air pada tanaman, menjamin ketersediaan air di musim kemarau, menurunkan suhu tanah dan mengurangi kerusakan tanah. Pemanfaatan air irigasi secara efektif dan efisien harus dilakukan agar kebutuhan air tanaman tercukupi dengan salah satu pengelolaannya terbagi menjadi irigasi tradisional dan irigasi modern (Sari, M., et al, 2022).

4. Fragmentasi lahan dan tingkat kesejahteraan petani.

Fragmentasi lahan di bidang pertanian yang terjadi salah satunya diakibatkan oleh adanya sistem bagi waris dan konversi lahan pertanian ke non pertanian. Sistem fragmentasi lahan dapat mempengaruhi kesejahteraan petani.

5. Degradasi lahan akibat alih fungsi

Degradasi lahan pada prinsipnya disebabkan oleh tiga aspek yaitu fisik, kimia dan biologi. Degradasi secara fisik diantaranya terjadi dalam bentuk pemadatan, pergerakan, ketidakseimbangan air, terhalangnya aerasi dan drainase, dan kerusakan struktur tanah. Degradasi kimiawi terdiri dari asidifikasi, pengurasan dan pencucian hara, ketidakseimbangan unsur hara dan keracunan, salinisasi, pemasaman, dan alkanisasi, serta pencemaran. Degradasi biologis meliputi penurunan karbon organik tanah, penurunan keanekaragaman hayati tanah dan vegetasi, serta penurunan karbon biomas. (Wahyunto dan Ai Dariah, 2014)

Dampak Ekonomi terhadap Masyarakat

1. Pendapatan rumah tangga yang tidak stabil

Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2023 mencatat rata-rata pendapatan rumah tangga petani skala kecil (72,19% dari total petani) memiliki rata-rata pendapatan sekitar Rp. 5,23 juta per tahun, sedangkan petani skala besar memiliki rata-rata pendapatan sekitar Rp. 22,98 juta per tahun. Pendapatan petani dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti skala usaha, jenis tanaman, lokasi geografis, dan akses terhadap teknologi serta pasar (Tempo.com, 2023).

2. Ketimpangan kepemilikan lahan

Pemusatan pemilikan tanah pada sekelompok kecil anggota masyarakat merupakan pertanda adanya ketimpangan distribusi tanah. Ketimpangan distribusi tanah ini berdampak pada rendahnya produktivitas dan kesejahteraan petani, serta usaha petani tidak memenuhi skala ekonomi (Angkoso et al. 2020).

3. Urbanisasi dan Migrasi desa ke kota

Dalam perspektif “pertumbuhan seimbang”, alokasi ulang tenaga kerja dari daerah perdesaan yang berbasis sektor pertanian ke perkotaan yang berbasis sektor industry, dianggap sebagai prasyarat bagi pertumbuhan ekonomi dan sebagai komponen penyusun dari seluruh proses pembangunan (Marta J, Fauzi A, Juanda B, Rustiadi E., 2020).

Namun, dampak ekonomi tidak hanya terbatas pada individu, tetapi juga meluas ke masyarakat secara keseluruhan. Ketika perempuan sehat dan produktif, mereka dapat berkontribusi lebih baik dalam ekonomi lokal dan nasional. Misalnya, di negara-negara dengan akses layanan kesehatan reproduksi yang baik, seperti

Swedia dan Finlandia, perempuan berpartisipasi lebih aktif dalam angkatan kerja, yang berkontribusi pada pertumbuhan ekonomi yang lebih stabil dan berkelanjutan (OECD, 2019). Dalam konteks Indonesia, peningkatan partisipasi perempuan dalam angkatan kerja dapat membantu mengurangi kesenjangan gender dan meningkatkan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan.

Akses Kesehatan Reproduksi

Akses yang baik terhadap layanan kesehatan reproduksi dapat memberikan dampak ekonomi yang signifikan, baik pada tingkat individu maupun masyarakat. Salah satu dampak adalah peningkatan produktivitas tenaga kerja. Ketika perempuan memiliki akses yang memadai terhadap layanan kesehatan reproduksi, mereka lebih mungkin untuk menjaga kesehatan mereka dan menghindari komplikasi yang dapat mengganggu kemampuan mereka untuk bekerja. Menurut sebuah studi oleh McKinsey Global Institute, jika perempuan di seluruh dunia memiliki akses yang setara terhadap layanan kesehatan reproduksi, produktivitas global dapat meningkat sebesar 12 triliun dolar AS pada tahun 2025 (McKinsey, 2015). Menurut laporan UNICEF, lebih dari 40% desa di Indonesia tidak memiliki akses ke layanan kesehatan reproduksi dasar (UNICEF, 2019). Keterbatasan ini menciptakan ketidakadilan yang lebih besar, di mana perempuan di daerah terpencil lebih rentan terhadap masalah kesehatan reproduksi.

Pekerja di sektor pertanian terutama perempuan memiliki tingkat kecelakaan dan penyakit akibat kerja yang tinggi, karena sering dihadapkan dengan berbagai risiko, antara lain bekerja dengan berbagai peralatan dan mesin, harus mengangkat beban berat dan melakukan pekerjaan repetitif serta pekerjaan yang memerlukan posisi tidak

ergonomis sehingga dapat menimbulkan stress yang dapat mengakibatkan terjadinya gangguan otot rangka atau *musculoskeletal disorder* (International Labor Organization, 2018). Adapun beberapa masalah kesehatan yang bisa dialami oleh petani:

1. Postur tubuh saat bekerja

Menurut *National Institute of Occupational Safety and Health* (NIOSH, 2018), postur kerja adalah posisi tubuh yang menyimpang jauh dari posisi normal saat melakukan pekerjaan dapat menimbulkan mekanik lokal pada otot, ligament, dan sendi. Hal ini mengakibatkan cedera pada leher, tulang belakang, bahu, pergelangan tangan dan lain-lain (Riswal, Mallapiang, and Multazam n.d.). Petani dengan masa kerja 5-10 tahun mengalami keluhan muskuloskeletal, dan hasil penelitian menunjukkan semakin lama masa kerja seseorang maka semakin tinggi persepsi keluhan akibat posisi kerja repetitive terkait kelelahan otot (Fatejarum, et al., 2020)

2. Masalah pernapasan

WHO mensyaratkan bahwa durasi kerja di lingkungan yang berisiko terhadap paparan pestisida sebaiknya tidak melebihi 5 jam per hari atau 30 jam per minggu. Hal ini dikarenakan semakin lama seseorang bekerja di lingkungan tersebut, maka risiko terpapar pestisida juga akan semakin tinggi durasi kerja yang panjang umumnya berkaitan dengan lamanya waktu penyemprotan yang dilakukan oleh petani (Dwiyanti et al., 2018). Kondisi tersebut berpotensi memengaruhi tingginya angka keluhan subjektif pernapasan yang dialami oleh petani (Saputra I.K.D.A, et al., 2025)

3. Hipotiroid pada Wanita

Paparan pestisida memiliki pengaruh pada kadar kolinesterase yang berhubungan dengan gangguan fungsi hormon tiroid. Ketika pestisida masuk ke dalam tubuh menempel pada enzim kolinesterase, sehingga terjadi akumulasi substrat (asetikolin) pada sel efektor. Aktivitas enzim kolinesterase pada sistem saraf yang menghidrolisis asetikolin menjadi asetat dan khilin menjadi terhambat. Asetikolin yang tidak terhidrolisis secara terus menerus kemudian meningkat dan menjadi penyebab terjadinya keracunan (Bantarwati D.A, Suhartono, Suwondo A, 2013).

4. Masalah Mental

Stress okupasional pada petani dapat berupa lingkungan fisik, struktur keluarga, ekonomi pertanian, birokrasi serta masalah lainnya yang terkait dengan pertanian yang semakin memburuk seiring dengan perubahan struktur dan ekonomi dalam bidang pertanian (Sulistiyono, R.E. et al., 2019). Upaya dalam mencegah dan mengatasi kesehatan jiwa petani terkait perubahan iklim serta untuk mendorong adaptasi kesehatan mental para petani dengan mengembangkan kebijakan terkait kesehatan jiwa petani (Acharibasam & Anuga, 2018). Memberikan intervensi *self-help-group* terutama pada petani yang nomaden serta meningkatkan kesadaran petani terkait pentingnya pemeriksaan mental serta meningkatkan akses petani terhadap layanan kesehatan mental (Brew, et al., 2016)

5. Dampak pada Kehamilan dan janin

Dalam sektor pertanian penggunaan pestisida yang paling banyak digunakan oleh petani untuk memperoleh hasil pertanian yang optimal. Jenis

pestisida yang sering digunakan dikenal sebagai pestisida organofosfat. Jenis ini memiliki konsentrasi toksik yang sangat tinggi karena menghambat enzim AChE (Acetylcholinesterase) yang dapat memecah neurotransmitter pada membrane postsinaptik. Selain itu, zat organofosfat memiliki mekanisme yang merugikan antara lain proinflamasi, gangguan sinyal GABA, gangguan tiroid, induksi stress oksidatif, dan gestasi disregulasi mitokondria (Miani et al., 2021). Jenis bahan, frekuensi, dosis yang melebihi batas normal, dan penggunaan pestisida yang terlalu berdekatan dapat memberikan manfaat atau merugikan bagi tanaman dan memengaruhi fungsi tubuh ibu hamil dan janin secara akut dan kronis (Bertoletti et al., 2023). Kontribusi pestisida dapat memengaruhi perkembangan janin saat pembuahan dan kehamilan karena kandungan lemak yang tinggi memicu pestisida cepat terakumulasi ke dalam jaringan tubuh, protein, dan tulang pada tahun pertama kehidupan bayi, terutama yang didukung oleh keterbatasan APD (Alat Pelindung Diri) (Hardiana et al., 2021; Miani et al., 2021)

Beberapa penelitian sebelumnya juga menunjukkan bahwa paparan pestisida selama kehamilan dapat menyebabkan gangguan sistem saraf, termasuk gangguan kognitif dan psikomotorik, neurodegenerasi, dan gangguan perkembangan, yang dapat berkontribusi terhadap gangguan perkembangan pada anak-anak, termasuk gangguan spektrum autisme (Ehrenstein et al., 2019). Meskipun perempuan tidak terlibat langsung dalam penyemprotan pestisida, namun menyiapkan bahan pestisida, mencuci peralatan, dan mencabuti rumput liar di sekitar area penyemprotan dapat memicu autisme pada anak (Hadi Kurniyawan et al. 2023).

Sebagian besar masalah kesehatan pada perempuan di wilayah agraris khususnya di sektor pertanian dapat sangat beragam baik secara fisik, psikososial maupun seksualitas dan reproduksi. Pencegahan dan pengendalian terhadap masalah kesehatan bisa dilakukan dengan edukasi terkait penyebab masalah kesehatan seperti paparan sinar matahari langsung, aktivitas dan pergerakan, paparan cairan pestisida, penggunaan Alat pelindung diri (APD), petani disarankan untuk mandi setelah melakukan penyemprotan, menyimpan pestisida di area rumah dan membuang botol bekas pestisida di area persawahan.

a. Fasilitas dan Tenaga Kesehatan

Pada beberapa daerah, pelaksanaan kebijakan Keputusan kepala daerah secara internal mengatur terkait akses kesehatan dalam pelaksanaan posyandu dengan partisipasi masyarakat yang mengalami kelahiran prematur. Secara kontrol, masyarakat menyatakan mendukung dan percaya bahwa posyandu dapat membantu kesehatan masyarakat serta manfaat kepada masyarakat dengan percaya dan tidak ada kendala dalam pelaksanaan posyandu ke masyarakat (Pramiswari, Erviantono, and Novi 2023).

Program *safety farming* juga dapat menjadi salah satu upaya melakukan kegiatan pertanian sesuai dengan aspek keselamatan (*safety*) dan kesehatan (*health*) dalam rangka mencegah terjadinya kecelakaan kerja dan Penyakit Akibat Kerja (PAK) (Rosanti, et al., 2021). Dalam pembentukan Desa *safety farming* ada 5 tahap yakni dengan (1) penanaman konsep dan pengetahuan tentang perilaku yang aman dan sehat dalam kegiatan

pertanian, (2) pembekalan keterampilan kesehatan, pertanian organik, dan manajemen pestisida organik serta pembangunan 5 rumah simpan dan bilas pestisida (RSBP), (3) praktek program kerja kesehatan dan pertanian organik, (5) desa *safety farming* (Rosanti E., et al, 2022).

Tenaga kesehatan perlu memberikan edukasi kesehatan terkait manajemen penggunaan pestisida yang aman dan efektif pada petani untuk mencegah komplikasi kesehatan pada petani (Serrano-Medina et al., 2019). Melakukan intervensi secara holistik dan mengenali faktor protektif dan faktor kerentanan yang dimiliki petani yang dapat mengganggu kondisi psikologisnya yaitu keterlibatan dalam aktivitas sosial, partisipasi dalam pasar jual-beli, pengembangan jaringan sosial, keterampilan dan pengetahuan petani, serta kontribusi dalam sistem sosial (C. Brigance, et al., 2018).

b. Tantangan Akses Layanan

Meskipun pentingnya akses terhadap layanan kesehatan reproduksi telah diakui secara luas, masih banyak tantangan yang menghalangi perempuan untuk mendapatkan layanan tersebut. Salah satu tantangan utama adalah stigma sosial dan budaya yang sering kali mengelilingi isu kesehatan reproduksi. Di banyak komunitas, membahas topik kesehatan reproduksi masih dianggap tabu, yang dapat menghalangi perempuan untuk mencari informasi dan layanan yang mereka butuhkan. Sebuah studi oleh Guttmacher Institute menemukan bahwa stigma dan norma sosial yang negatif dapat mengurangi penggunaan layanan kesehatan

reproduksi hingga 30% di beberapa daerah (Guttmacher Institute, 2020).

Tantangan lainnya terdapat pada sumber daya manusia, dalam hal ini tenaga kesehatan dan penyuluh pertanian. Adapun tenaga kesehatan yang diharapkan dapat membantu penyelenggaraan pelayanan kesehatan lingkungan di puskesmas secara khusus dalam Permenkes No. 13 Tahun 2015 bahwa satu Puskesmas minimal harus memiliki satu orang tenaga sanitarian sebagai penanggung jawab program kesehatan lingkungan. Namun hal yang harus diperhatikan adalah pengembangan kapasitas tenaga kesehatan melalui pelatihan tentang pengendalian paparan pestisida pada petani belum maksimal. Petugas penyuluh pertanian juga harus memiliki kualitas dan kuantitas. Kekurangan tenaga penyuluh pertanian menyebabkan penyuluh memiliki beban kerja yang lebih (Juniwati, et al., 2022).

c. Dampak terhadap Kesejahteraan

Kesejahteraan masyarakat dapat dilihat dari berbagai faktor, salah satunya melalui pemberdayaan. Pemberdayaan masyarakat terhadap kesehatan dapat dilakukan dari berbagai sektor salah satunya sektor pertanian. Program pemberdayaan tersebut dapat mengoptimalkan Kelompok Tani Wanita (KWT) sebagai salah satu upaya dalam pemberdayaan perempuan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan, pengalaman, serta diharapkan mampu meningkatkan pendapatan keluarga. Dengan pemberdayaan perempuan dapat meningkatkan kualitas hidup perempuan dalam bidang kesehatan perempuan mempunyai kondisi

kesehatan secara optimal baik jasmani, Rohani, dan sosial. Cara untuk meningkatkan kualitas hidup perempuan dalam bidang kesehatan yaitu mengadakan kegiatan sosialisasi kesehatan perempuan baik oleh tenaga medis maupun pemerintah, diadakannya sosialisasi mengenai kesetaraan gender dan keseimbangan gender, memberikan fasilitas kepada keluarga miskin untuk kegiatan pemberdayaan, memberikan kemudahan bagi perempuan untuk mengakses pelayanan kesehatan, melakukan kegiatan pemberdayaan bagi perempuan dan masyarakat untuk berperilaku secara sehat (Dini, I.M, dkk., 2020).

d. Upaya peningkatan akses kesehatan reproduksi

Salah satu upaya peningkatan akses kesehatan reproduksi adalah dengan adanya edukasi kesehatan reproduksi bagi petani perempuan. Namun tantangan edukasi diperberat dengan kecenderungan kuatnya nilai-nilai yang menempatkan perempuan sebagai objek dari struktur kuasa desa dan perannya terbatas di ranah domestic. Secara kultural, perempuan desa tunduk pada Keputusan orang tua dan suami, termasuk Keputusan-keputusan yang menyangkut kesehatan reproduksi dan pengasuhan anak. Kepatuhan ini termasuk izin menggunakan kontrasepsi, jenis kontrasepsi (program KB), metode melahirkan, pemberian ASI eksklusif, imunisasi, dan hal-hal lain yang lekat dengan kebutuhan kesehatan perempuan.

Tantangan lain yang harus dihadapi adalah kurangnya tenaga kesehatan yang terlatih dalam bidang kesehatan reproduksi. Banyak tenaga kesehatan di daerah terpencil tidak memiliki

pelatihan yang memadai untuk memberikan layanan kesehatan reproduksi yang berkualitas. Hal ini dapat mengakibatkan rendahnya kualitas layanan yang diterima oleh perempuan, yang pada akhirnya dapat mengurangi kepercayaan mereka untuk mencari layanan tersebut. Menurut laporan WHO, kurang dari 50% tenaga kesehatan di beberapa daerah terpencil di Indonesia memiliki pengetahuan yang memadai tentang kesehatan reproduksi (WHO, 2021).

Selain edukasi, pembentukan kelompok perempuan seperti Kelompok Wanita Tani dan atau lembaga swasta atau organisasi perempuan yang menumbuhkan kesadaran perempuan desa mengenai hak kesehatan reproduksi berfungsi sebagai garda terdepan untuk edukasi dan advokasi kesehatan reproduksi. Usaha advokasi dari kelompok wanita tani juga dapat menjadi strategi konsolidasi kegiatan kolektif perempuan desa (Rahmawati D, Ulfa N., 2020).

Untuk mengatasi tantangan ini, dibutuhkan pendekatan multi-sektoral yang melibatkan pemerintah, organisasi non-pemerintah, dan masyarakat. Program pendidikan dan penyuluhan yang ditujukan untuk mengurangi stigma, meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi, dan memperbaiki akses fisik ke layanan kesehatan sangat penting. Selain itu, pelatihan dan pengembangan kapasitas untuk tenaga kesehatan juga harus menjadi prioritas agar mereka dapat memberikan layanan yang berkualitas kepada perempuan.

Daftar Pustaka

- Anggraini Safitri V, Erry Prasmatiwi F, Aring Hepiana Lestari D. (2023). Pendapatan dan Tingkat Kesejahteraan Rumah Tangga Petani Kopi di Desa Tertinggal dan Desa Berkembang Kabupaten Lampung.
- Angkoso J.B., Luthfi A.N., Sudibyanung.(2020). Distribusi Penguasaan dan Pemilikan Tanah Pertanian di Desa Nglegok, Kabupaten Karanganyar. Jurnal Tugas Agraria Vol. 3, No. 2, e-ISSN 2622-9714
- Bantarwati D.A, Suhartono, Suwondo A. (2013). Hubungan Paparan Pestisida Dengan Kejadian Hipotiroid Pada Wanita Usia Subur di Daerah Pertanian Hortikultura Desa Gombong Kecamatan Belik Pemalang. Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia Vol. 12 No. 2. Oktober 2013
- Bertoletti, A. C.C., Peres, K.K., Faccioli, L. S., Vacchi, M.C., da Mata, I.R., Kuyven, C.J., & Dal Bosco, S.M. (2023). Early Exposure to Agricultural Pesticides and the Occurrence of Autism Spectrum Disorder a Systematic Review. Revista Paulista de Pediatria, 41, 1-9. <http://doi.org/10.1590/1984-0462/2023/41/2021360>
- Dini, I.M., et al. (2020). Pembangunan Manusia Berbasis Gender 2020. Jakarta : Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak.
- Hadi Kurniyawan E, Angelina N.D, Mukarromah D, Amalia. (2023) Pesticide Exposure During Pregnancy Increases The Incidence Of Autism. Jurnal Bidan Mandiri, Vol. 1 No. 2, Oktober 2023, e-ISSN 2964-576X
- Hardiana, A.H., Setiani, O., & Darundiati, Y.H. (2021). Faktor Penentu Paparan Pestisida pada Petani Wanita Terhadap Kejadian BBLR. Jurnal Riset Kesehatan Poltekkes Depkes Bandung, 13(1), 102-110. <http://doi.org/10.34011/juriskesbdg.v12i1.1839>

- Juniwati, Lestari Y, Yetti H.(2022). Analisis Pengendalian Paparan Pestisida Pada Petani. *Jurnal Kesehatan* Vol. 13 Supplementary 1 (2022) 179-189. DOI: <http://dx.doi.org/10.35730/jk.v13i0.608>
- Kementerian Pertanian RI.(2023). Statistik Pertanian Kementerian Pertanian Republik Indonesia. Pusat Data dan Sistem Informasi Pertanian.
- Marta J, Fauzi A, Juanda B, Rustiadi E. (2020). Migrasi Desa-Kota di Indonesia: “Risk Coping Strategy VS Investment”. *Jurnal Ekonomi dan Pembangunan Indonesia* Vol. 20: Nomor 2, Aticle 3. DOI: 10.21002/jepi.2020.10. Available at: <https://scholarhub.ui.ac.id/jepi/vol20/iss2/3> .
- Miani A., Imbriani, G., De Filippis, G., De Giorgi, D., Peccarisi, L., Colangelo, M., Pulimeno, M., Castellone, M.D., Nicolardi, G., Logroscino, G., % Piscitelli, P. (2021). Autism Spectrum Disorder and Prenatal or Early Life Exposure to Pesticides: A Short Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(20), 1-15. <http://doi.org/10.3390/ijerph182010991>
- (Rahmawati D, Ulfa N. (2020). Aksi Kolektif Perempuan dalam Mengadvokasikan Upaya Peningkatan Kesehatan Reproduksi Perempuan. *Membuka Jalan Untuk Pembangunan Inklusif Gender di Daerah Perdesaan Indonesia*. Bunga Rampai Kajian Aksi Kolektif Perempuan dan Pengaruhnya Pada Pelaksanaan Undang-Undang Desa.
- Wahyunto dan Ai Darah. (2014). Degradasi Lahan di Indonesia: Kondisi Existing, Karakteristik, dan Penyeragaman Definisi Mendukung Gerakan Menuju Satu Peta. *Jurnal Sumberdaya Lahan* Vol. 8 No. 2, Desember 2014; 81-93
- Priyono, Aisah S.N.(2019). Sawahku Terkikis di Negeri Agraris. <https://www.pasundanekspres.co/2019/12/04/sawahku-terkikis-di-negeri-agraris/> . diakses pada 2 Juni 2025 pukul 18.40 WITA.

- Pusat Data dan Sistem Informasi Pertanian. (2024). Statistik Tenaga Kerja Pertanian.
- Rosanti E., Rahma R.A.A., Hamawi M. (2022). Sinergitas Pos UKK, Gapoktan, Desa dan Puskesmas Dalam Mewujudkan Desa Safety Farming. *Jurnal Warta LPM* Vol. 25, No. 4, Oktober 2022, hlm. 576-588. e-ISSN: 2549-5631
<http://journals.ums.ac.id/index.php/Warta>
- Saputra I.K.D.A, Indrasuari A.A.I.D, Wulandari N.M.A, Ardiyanti N.P, Pemayun C.G.P. (2025). Analisis Faktor yang Berhubungan Dengan Keluhan Subjektif Gangguan Pernapasan Pada Petani. *Journal of Innovation Research and Knowledge* Vol. 5, No.1, Juni 2025. ISSN 2798-3641
- Sulistiyono, R.E., Trestiana RR.D. (2019). Masalah Kesehatan Mental pada Petani dan Peran Caring Perawat Kesehatan Agrikultural di Komunitas: Review Literatur. *Prosiding Poster Presentation_27 Oktober 2019*. DOI: 10.13140/RG.2.2.14717.72160 .
<http://www.researchgate.net/publication/340429599>
- Winsarso.(2017). Dinamika Ketenagakerjaan pada Wilayah Pedesaan Lahan Kering di Indonesia. *Jurnal Penelitian Pertanian Terapan* (2017) 14(1)

Profil Penulis



Ns. Cut Mutiya Bunsal, S.Kep., M.Kep

Penulis di lahirkan di Popodu pada tanggal 25 Juni 1993. Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan sejak kuliah tahun 2010 di STIKES Muhammadiyah Manado. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan Profesi Ners di STIKES Kusuma Husada Surakarta dan Program Magister Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta yang selesai pada tahun 2019. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap Program Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Manado. Penulis juga menjabat sebagai Ketua Lembaga Kemahasiswaan dan Alumni di Universitas Muhammadiyah Manado. Penulis juga aktif dalam kegiatan ilmiah dan organisasi keprofesian yaitu di DPK PPNI UM Manado. Sehari-harinya bekerja sebagai dosen pengampu mata kuliah Keperawatan Maternitas. Selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal serta aktif menulis buku ajar dan book chapter yang pernah diterbitkan di Media Sains.

Email Penulis: mutiya.bunsal@gmail.com

STRATEGI PENINGKATAN KESEHATAN REPRODUKSI DI PEDESAAN

dr. Mahindria Vici Virahaju, Sp. OG
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Akbidyo

Pendahuluan

Kesehatan reproduksi adalah elemen penting dalam pembangunan berkelanjutan, terutama di daerah pedesaan yang mengalami tantangan struktural seperti kurangnya akses terhadap layanan kesehatan, pendidikan yang rendah, dan norma budaya yang membatasi. Penelitian di Tiongkok menunjukkan bahwa 33% wanita desa berusia 20–39 tahun melaporkan masalah ginekologi, sebanyak 38,89% dari mereka tidak mencari pelayanan Kesehatan (Chen et al., 2020). Prevalensi penggunaan kontrasepsi modern di antara wanita miskin di pedesaan Indonesia hanya 58,7% lebih rendah dari rata-rata nasional (Gayatri, 2023). Masalah tersebut akibat kesenjangan sumber daya manusia, infrastruktur kesehatan dan pembatasan geografis yang menghambat distribusi informasi. Pemahaman terbatas tentang kesehatan reproduksi dan stigma sosial berkontribusi pada terjadinya situasi tersebut. Masalah kesenjangan berkelanjutan di berbagai sektor menggarisbawahi perlunya intervensi yang ditargetkan dan peningkatan kebijakan untuk memastikan akses yang adil bagi semua perempuan.

Tujuan dan Sasaran

Tujuan penulisan bab adalah merumuskan strategi peningkatan kesehatan reproduksi di pedesaan melalui identifikasi masalah utama, pemanfaatan potensi sumber daya lokal, dan penguatan kemitraan multisektor, serta menyediakan rekomendasi untuk mengurangi disparitas kesehatan reproduksi antara wilayah perkotaan dan pedesaan.

Kelompok sasaran mencakup:

1. Perempuan usia subur sebagai kelompok prioritas.
2. Tenaga kesehatan dan kader desa sebagai ujung tombak layanan.
3. Mahasiswa institusi pendidikan kesehatan dan masyarakat sebagai *social support*
4. Pemerintah setempat dan organisasi non-pemerintah sebagai penggerak kebijakan.

Masalah Kesehatan Reproduksi di Pedesaan

Kesehatan reproduksi di wilayah pedesaan tetap menjadi tantangan global, terutama di negara berkembang seperti Indonesia. Penelitian terdahulu menunjukkan terjadi disparitas antara wilayah perkotaan dan pedesaan dalam hal pelayanan kesehatan reproduksi.

Kesenjangan layanan kesehatan reproduksi di Indonesia dipengaruhi oleh status sosial ekonomi, letak geografis, dan implementasi kebijakan kesehatan. Meskipun ada peningkatan dalam akses ke layanan, kesenjangan yang signifikan tetap ada, terutama untuk populasi yang terpinggirkan. Bagian berikut menguraikan aspek-aspek utama dari kesenjangan ini.

Beberapa penelitian menghasilkan identifikasi masalah utama kesehatan reproduksi di wilayah pedesaan, meliputi (Adjie et al., 2022; Andriati et al., 2023; Astuti et al., 2021; Effendi DE, Handayani (deceased) L, Nugroho AP, 2021; Gayatri, 2023; Lahope & Fathurrahman, 2024; Liyanto et al., 2022; Rizkianti et al., 2021; Saparini et al., 2023):

1. Akses terbatas ke fasilitas pelayanan kesehatan

Aksesibilitas fasilitas medis di tingkat desa tidak semua mudah diakses masyarakat. Penelitian sebelumnya telah menunjukkan bahwa fasilitas kesehatan, infrastruktur jalanan, jembatan, keuangan, sistem, peluang, budaya pengetahuan dan kualitas adalah masalah pelayanan kesehatan di pedesaan. Akses ke fasilitas kesehatan bervariasi secara signifikan di seluruh wilayah Indonesia, dengan perempuan di Sumatera dan Maluku-Papua menghadapi hambatan yang lebih tinggi, yang menyebabkan peningkatan risiko komplikasi kehamilan. Pemanfaatan perawatan pascapersalinan jauh lebih rendah di Indonesia Timur, di mana ibu 2,54 kali lebih kecil kemungkinannya untuk mengakses layanan ini dibandingkan dengan yang ada di Indonesia Tengah.

Diketahui bahwa ada sekelompok wanita miskin di Indonesia yang belum mengunjungi fasilitas pelayanan medis dalam enam bulan terakhir. Penduduk desa terpencil membutuhkan 8-12 jam untuk mendapatkan pelayanan rumah sakit rujukan di beberapa bagian Indonesia. Petugas kesehatan seperti bidan dan dokter di Papua berjuang untuk mengatasi keterbatasan infrastruktur, dengan 70% layanan reproduksi berdasarkan fasilitas medis tingkat pertama.

2. Kehamilan remaja dan pernikahan dini

Prevalensi kehamilan remaja di pedesaan Indonesia mencapai 26,6 per 1.000 perempuan usia antara 15 dan 19 tahun. Ada 35% perempuan muda yang tidak memahami metode modern pengendalian kelahiran, berkontribusi pada peningkatan kehamilan yang tidak direncanakan dan tidak memahami kebutuhan kontrasepsi mereka.

3. Literasi kesehatan reproduksi rendah

Studi di pedesaan menemukan banyak perempuan tidak mengetahui cara pencegahan infeksi menular seksual (IMS). Program penyuluhan kesehatan reproduksi di Desa Mulawarman berhasil meningkatkan pengetahuan remaja tentang menstruasi (dari 40% menjadi 85%) melalui workshop interaktif; menunjukkan bahwa pengetahuan awal kesehatan reproduksi rendah di desa tersebut.

4. Stigma budaya dan ketidaksetaraan gender

Diskusi publik tentang kesehatan reproduksi di berbagai daerah adalah tabu; kondisi tersebut dapat menghambat pencegahan dan deteksi dini. Hasil penelitian menunjukkan bahwa diskusi terbuka tentang pengendalian kelahiran pada 60% masyarakat pedesaan Jawa masih tabu sehingga menghambat pengenalan keluarga berencana. Wanita pedesaan berisiko lebih tinggi mengalami kekerasan reproduksi daripada daerah perkotaan karena norma patriarki.

5. Keterbatasan sumber daya manusia

Rasio bidan terhadap populasi di pedalaman Papua hanya 1:5.000, jauh di bawah standar WHO (1:300). Pelatihan kader kesehatan di Desa Cipari meningkatkan cakupan KB dari 58% menjadi 72%

dalam 2 tahun, menunjukkan terdapat kebutuhan untuk meningkatkan kemampuan dan pengetahuan sumber daya manusia di pedesaan.

6. Disparitas sosial ekonomi

Perempuan miskin perkotaan menghadapi tantangan dalam mengakses layanan keluarga berencana dan kesehatan ibu yang berkualitas, tanpa peningkatan yang signifikan dalam prevalensi kontrasepsi dari 2012 hingga 2017. Skema asuransi kesehatan sosial nasional belum sepenuhnya mengatasi perilaku mencari kesehatan di kalangan miskin perkotaan, menunjukkan perlunya penjangkauan dan edukasi yang lebih efektif dan berkelanjutan.

7. Kebijakan dan Tata Kelola

Implementasi program SDGs Desa Nomor 5 (kesetaraan gender) masih terhambat alokasi dana tidak merata, dengan hanya 15% desa yang memiliki anggaran khusus kesehatan reproduksi. Peraturan Menteri Kesehatan No. 35 Tahun 2014 bertujuan untuk menstandarkan pelayanan kesehatan reproduksi, namun implementasinya tidak konsisten, menyoroti perlunya peningkatan pelatihan dan edukasi masyarakat tentang hak reproduksi. Pendidikan kesehatan seksual dan reproduksi berbasis sekolah terfragmentasi, dengan tabu budaya dan pelatihan guru yang tidak memadai menghambat penyampaian yang efektif.

Potensi Sumber Daya di Pedesaan

Potensi sumber daya di pedesaan yang terkait dengan peningkatan kesehatan reproduksi sangat besar. Tenaga kesehatan seharusnya dapat mengidentifikasi dan memanfaatkan potensi sumber daya di pedesaan, untuk meningkatkan kesehatan reproduksi masyarakat dan

mengurangi kesenjangan kesehatan antara pedesaan dan perkotaan. Beberapa potensi sumber daya yang dapat dimanfaatkan:

1. Sumber Daya Alam

a. Tanaman obat

Pedesaan memiliki berbagai jenis tanaman obat yang dapat digunakan untuk mengobati berbagai penyakit, termasuk penyakit reproduksi. Ketersediaan lahan, ketrampilan bercocok tanam, dan kebiasaan turun temurun memanfaatkan bahan alam sebagai obat menjadi potensi yang dapat dikembangkan untuk pemeliharaan kesehatan reproduksi secara mandiri. Tanaman obat dapat dikembangkan sebagai alternatif pengobatan yang alami, rasional, dan terjangkau.

b. Air bersih

Pedesaan memiliki sumber air bersih yang dapat digunakan untuk keperluan pemeliharaan kesehatan seperti membersihkan diri, mengolah makanan sehari-hari, air minum, dan mencuci peralatan kesehatan. Pemeliharaan kesehatan secara umum tentu saja memengaruhi kesehatan reproduksi. Beberapa daerah memiliki peraturan adat yang berkaitan dengan pengelolaan dan pelestarian air bersih untuk kepentingan masyarakat setempat. Ketersediaan air bersih perlu dipastikan dapat diakses oleh seluruh masyarakat pedesaan, karena menjadi salah satu modal hidup sehat.

2. Sumber Daya Manusia

a. Tenaga kesehatan dan pengobat tradisional

Pedesaan memiliki tenaga kesehatan yang dapat berkontribusi dalam pemeliharaan dan

peningkatan kesehatan reproduksi. Peraturan perundangan telah lama dibuat untuk memastikan ketersediaan tenaga kesehatan yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan reproduksi. Pelayanan kesehatan tradisional oleh pengobat tradisional telah menjadi bagian dari kehidupan masyarakat desa, berbasis pengetahuan dan tradisi turun temurun. Penggunaan bahan alam sebagai pencegahan dan pengobatan penyakit Kesehatan reproduksi sering kali lebih mudah dijangkau oleh Masyarakat pedesaan dibandingkan dengan pengobatan modern. Pemanfaatan layanan kesehatan tradisional dapat mengurangi kesenjangan kesehatan antar individu dan antar wilayah di suatu negara.

b. Masyarakat

Masyarakat pedesaan memiliki corak budaya dan kebiasaan yang khas. Semangat kekeluargaan, gotong royong, dan ikatan emosional antar warga menjadi landasan yang kuat untuk membangun kesadaran dan partisipasi masyarakat dalam meningkatkan kesehatan reproduksi. Keberagaman kelompok umur di masyarakat dapat menjadi agen perubahan dalam meningkatkan kesehatan reproduksi, melalui pendidikan dan penyuluhan berkala. Kelompok umur yang berbeda dapat memiliki peran dan tanggung jawab yang berbeda dalam meningkatkan kesehatan reproduksi. Misalnya, kelompok usia muda dapat menjadi agen perubahan untuk meningkatkan kesadaran dan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi; kelompok usia tua dapat menjadi sumber

pengetahuan dan pengalaman yang berharga dalam meningkatkan kesehatan reproduksi.

Keberagaman kelompok umur di masyarakat pedesaan dapat menjadi agen perubahan dalam meningkatkan kesehatan reproduksi. Kelompok umur berbeda dapat memiliki peran dan tanggung jawab yang berbeda dalam meningkatkan kesehatan reproduksi. Misalnya, kelompok usia muda dapat menjadi agen perubahan dalam meningkatkan kesadaran dan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi, sementara kelompok usia tua dapat menjadi sumber pengetahuan dan pengalaman yang berharga dalam meningkatkan upaya mempertahankan kualitas kesehatan reproduksi.

3. Sumber Daya Sosial

a. Organisasi masyarakat

Pedesaan memiliki organisasi masyarakat yang dapat membantu meningkatkan kesehatan reproduksi, seperti organisasi perempuan dan organisasi pemuda. Organisasi masyarakat di pedesaan dapat memainkan peran penting dalam meningkatkan kesehatan reproduksi. Mereka dapat membantu meningkatkan kesadaran dan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan reproduksi, mempromosikan perilaku hidup sehat dan mendukung program-program kesehatan reproduksi.

b. Kemitraan dengan pemerintah

Pedesaan dapat menjalin kemitraan dengan pemerintah untuk meningkatkan kesehatan reproduksi, melalui program-program kesehatan dan pembangunan. Pedesaan dapat menjalin kemitraan dengan pemerintah untuk meningkatkan

kesehatan reproduksi, melalui program-program kesehatan dan pembangunan. Kemitraan ini dapat membantu meningkatkan akses masyarakat pedesaan ke layanan kesehatan reproduksi yang berkualitas, serta mempromosikan perilaku hidup sehat dan kesadaran tentang kesehatan reproduksi.

4. Sumber Daya Ekonomi

a. Usaha kecil dan menengah

Perdesaan memiliki usaha kecil dan menengah yang dapat membantu meningkatkan ekonomi masyarakat, sehingga dapat meningkatkan akses ke layanan kesehatan reproduksi. Usaha kecil dan menengah ini dapat berupa berbagai jenis usaha, seperti pertanian, peternakan, kerajinan, dan perdagangan. Masyarakat pedesaan yang memiliki pendapatan yang lebih tinggi dapat lebih mudah mengakses layanan kesehatan reproduksi yang berkualitas, seperti pemeriksaan kesehatan, pengobatan, dan konseling.

b. Pengembangan agribisnis

Perdesaan dapat mengembangkan agribisnis yang dapat membantu meningkatkan ekonomi masyarakat, sehingga dapat meningkatkan akses ke layanan kesehatan reproduksi. Agribisnis adalah suatu usaha yang terkait dengan pertanian dan peternakan, yang dapat meningkatkan pendapatan masyarakat pedesaan. Pengembangan agribisnis pedesaan dapat meningkatkan peluang masyarakat mengakses ke layanan kesehatan reproduksi berkualitas. Pertanian tanaman obat membuka peluang pengadaan bahan alam untuk pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit, dan pengobatan.

Strategi Peningkatan Kesehatan Reproduksi di Pedesaan

Strategi kemitraan yang efektif dalam meningkatkan kesehatan reproduksi di wilayah pedesaan melibatkan pendekatan kolaboratif lintas sektor yang dirancang untuk mengatasi hambatan geografis, sosial, dan ekonomi. Berdasarkan penelitian dan praktik terkini, berikut adalah beberapa strategi utama:

1. Kolaborasi Lintas Sektor

a. Kolaborasi sektor kesehatan dan pendidikan

Layanan kesehatan reproduksi yang diintegrasikan dengan pendidikan formal dan informal dapat meningkatkan kesadaran masyarakat. Contohnya, pelatihan guru untuk menyampaikan pendidikan kesehatan reproduksi di sekolah-sekolah pedesaan; bekerjasama dengan dosen dan mahasiswa kesehatan membuat aplikasi digital untuk edukasi kesehatan reproduksi serta melatih kader. Dinas Kesehatan dan Puskesmas dapat melibatkan Organisasi Non-Pemerintah (LSM) membantu menjangkau komunitas terpencil melalui program berbasis masyarakat, seperti konseling kontrasepsi dan pencegahan kehamilan remaja (Lubis, 2024).

b. Kolaborasi sektor kesehatan dan kesejahteraan sosial

Kolaborasi sektor kesehatan dan kesejahteraan sosial sangat penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan reproduksi. Kerjasama kedua sektor ini dapat memastikan masyarakat memiliki akses ke pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas dan

komprehensif. Sektor kesehatan dapat menyediakan layanan kesehatan reproduksi yang berkualitas, seperti pemeriksaan kesehatan, pengobatan, dan konseling; sektor kesejahteraan sosial dapat menyediakan dukungan sosial dan ekonomi kepada masyarakat yang membutuhkan. Kolaborasi ini dapat membantu meningkatkan kesadaran dan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan reproduksi, serta mempromosikan perilaku sehat dan penggunaan layanan kesehatan reproduksi. Kemitraan antara sektor kesehatan, kesejahteraan sosial dan masyarakat dapat meningkatkan akses layanan kesehatan reproduksi berkualitas bagi kelompok rentan, seperti perempuan dan anak-anak. Pemerintah dan organisasi kesehatan perlu memprioritaskan kolaborasi dan memastikan bahwa masyarakat memiliki akses ke layanan kesehatan reproduksi yang berkualitas dan komprehensif.

c. Kolaborasi sektor kesehatan dan hukum/HAM

Kolaborasi sektor kesehatan dan hukum/HAM sangat penting dalam peningkatan pelayanan kesehatan reproduksi di pedesaan. Kerjasama kedua sektor ini dapat memastikan bahwa masyarakat pedesaan memiliki akses ke layanan kesehatan reproduksi yang berkualitas dan komprehensif, serta terlindungi dari pelanggaran hak-hak reproduksi. Sektor kesehatan dapat menyediakan layanan kesehatan reproduksi yang berkualitas, seperti pemeriksaan kesehatan, pengobatan, dan konseling, sementara sektor hukum/HAM dapat memastikan bahwa hak-hak reproduksi masyarakat pedesaan terlindungi dan dihormati. Kolaborasi ini dapat membantu meningkatkan kesadaran dan pengetahuan

masyarakat pedesaan tentang kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi, serta mempromosikan perilaku sehat dan penggunaan layanan kesehatan reproduksi.

2. Penguatan infrastruktur layanan kesehatan

Beberapa negara menyediakan klinik keliling yang menyediakan layanan kesehatan reproduksi, seperti pemeriksaan kehamilan dan distribusi kontrasepsi, sangat efektif menjangkau daerah terpencil. Penggunaan aplikasi kesehatan atau platform media sosial untuk memberikan informasi tentang kesehatan reproduksi telah terbukti meningkatkan pengetahuan masyarakat pedesaan.

3. Penguatan infrastruktur teknologi

Pemanfaatan dana desa untuk pelatihan kader dan perluasan akses pelayanan kesehatan memanfaatkan teknologi digital. Penggunaan aplikasi kesehatan atau platform media sosial (seperti WhatsApp, youtube) untuk konsultasi jarak jauh dan distribusi informasi (Ilo et al., 2021).

4. Pemberdayaan kader dan pengobat tradisional

Pelatihan kader kesehatan dan pengobat tradisional untuk memberikan edukasi dan konseling dasar kesehatan reproduksi dapat memperluas jangkauan pelayanan di pedesaan (Murewanhema et al., 2022). Penguatan peran petugas kesehatan masyarakat untuk menjadi penghubung antara fasilitas kesehatan dan masyarakat, serta mendorong tenaga kesehatan serta pengobat tradisional memberikan layanan berbasis komunitas yang lebih personal. Pemanfaatan pengobat tradisional dapat menjadi strategi yang efektif untuk meningkatkan kesehatan reproduksi masyarakat pedesaan. Perlu dilakukan upaya

meningkatkan kualitas serta aksesibilitas tenaga pengobat tradisional dalam hal pelayanan kesehatan reproduksi sederhana. Pemerintah dan organisasi kesehatan dapat berperan mendukung pemanfaatan tenaga pengobat tradisional untuk meningkatkan kesehatan reproduksi masyarakat pedesaan.

5. Pendekatan berbasis komunitas

Masyarakat dilibatkan dalam merancang solusi masalah kesehatan reproduksi, misalnya melibatkan remaja dalam senam sehat dan pemeriksaan penyakit tidak menular. Penguatan kelompok perempuan melalui forum diskusi kesehatan reproduksi untuk meningkatkan kesadaran kolektif. Pemanfaatan tokoh agama dan adat untuk meningkatkan penerimaan program kesehatan reproduksi. Studi di Jawa menunjukkan partisipasi tokoh agama memperkuat adopsi kontrasepsi (Saptandari, 2020). Program edukasi berbasis komunitas tentang perencanaan keluarga dan pencegahan penyakit menular seksual dapat memberdayakan individu untuk mengambil keputusan yang lebih baik terkait kesehatan mereka. Karang Taruna atau organisasi kepemudaan tingkat desa diberdayakan sebagai agen perubahan melalui pendidikan kesehatan reproduksi di sekolah atau pesantren.

6. Advokasi kebijakan

Advokasi kepada pemerintah daerah tentang kebijakan yang mendukung pelayanan kesehatan reproduksi di pedesaan, seperti insentif berupa fasilitas, kenaikan pangkat istimewa, kesempatan menempuh pendidikan atau pelatihan lanjutan bagi tenaga medis yang bertugas di daerah terpencil dapat meningkatkan aksesibilitas dan ketersediaan layanan. Pendanaan berbasis komunitas yang

mendorong investasi lokal melalui dana desa atau hibah pemerintah untuk memperkuat infrastruktur kesehatan reproduksi (Lubis, 2024).

7. Peningkatan koordinasi antar pemangku kepentingan
Pemerintah desa dan masyarakat mengidentifikasi kebutuhan dan kekuatan masing-masing mitra serta menyelaraskan tujuan mereka dalam kerangka kerja yang saling menguntungkan adalah kunci keberhasilan kemitraan. Sistem pemantauan dan evaluasi bersama melibatkan semua pihak untuk memastikan keberlanjutan dan efektivitas intervensi.

Keberhasilan peningkatan kesehatan reproduksi di pedesaan sangat bergantung pada kolaborasi yang terorganisir dengan baik, pemberdayaan komunitas, dan dukungan kebijakan yang berkelanjutan. Pemanfaatan sumber daya lokal melalui pendekatan budaya, edukasi partisipatif, dan kolaborasi multistakeholder, desa dapat mengoptimalkan potensi sumber daya manusia untuk meningkatkan kesehatan reproduksi secara berkelanjutan (Saptandari, 2020).

Pendekatan penyelesaian masalah kesehatan reproduksi berbasis komunitas yang inklusif dan kolaboratif sangat penting untuk dilaksanakan di pedesaan. Keberhasilan program-program tersebut bergantung pada adaptasi terhadap kebutuhan lokal, pemberdayaan masyarakat, dan dukungan dari berbagai pemangku kepentingan di pedesaan.

Rangkuman

Masalah kesehatan reproduksi di pedesaan bersifat multifaktorial, memerlukan intervensi terpadu yang melibatkan pemerintah, swasta, dan masyarakat. Studi terbaru menunjukkan bahwa kombinasi edukasi berbasis budaya, teknologi digital, dan kebijakan afirmatif dapat

mengurangi disparitas pelayanan kesehatan reproduksi berkualitas. Kemitraan tenaga kesehatan dengan masyarakat menjadi salah satu strategi yang perlu terus diupayakan dan dijaga keberlangsungannya. Potensi sumber daya lokal seperti kader kesehatan, pengobat tradisional dan teknologi digital perlu dioptimalkan; kemitraan lintas sektor harus diformalkan melalui kerangka kebijakan yang inklusif. Intervensi berbasis bukti dan sensitif budaya menjadi kunci keberhasilan untuk mengurangi disparitas kesehatan reproduksi antarwilayah. Komitmen politik dan penguatan sistem kesehatan primer diperlukan untuk keberlanjutan dan peningkatan program di masa yang akan datang.

Daftar Pustaka

- Adjie, J. S., Kurniawan, A. P., & Surya, R. (2022). Knowledge, Attitude, and Practice Towards Reproductive Health Issue of Adolescents in Rural area, Indonesia: A Cross-sectional Study. *The Open Public Health Journal*, 15(1), 1–7. <https://doi.org/10.2174/18749445-v15-e2206275>
- Andriati, F., Azhari, A. F., Yuspian, W., Hukum, F., & Muhammadiyah, U. (2023). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kesehatan Reproduksi: Tinjauan Hukum dan Aspek Normatif dalam Praktik Pelayanan Kesehatan Health Service Standards : Legal Review and Normative Aspects in Health. *SOEPRA Journal Hukum Kesehatan*, 9(2), 200–210.
- Astuti, A., Hirst, J., Adolescence, K. B.-I. J. of, & 2021, undefined. (2021). Adolescent fathers' experiences in Indonesia: a qualitative study. *Taylor & Francis*, 26(1), 201–210. <https://doi.org/10.1080/02673843.2021.1901749>
- Chen, M., Luo, Y., Fu, J., Wang, T., Meng, Y., Xu, C., & Qin, S. (2020). Reproductive health status and related knowledge among women aged 20-39 years in rural China: A cross-sectional study. *Reproductive Health*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00939-2>
- Effendi DE, Handayani (deceased) L, Nugroho AP, H. I. (2021). Adolescent pregnancy prevention in rural Indonesia: a participatory action research. *Rural and Remote Health*, 21(3), 1–11.
- Gayatri, M. (2023). Determinants of Contraceptive Use in Rural Poor Areas: Evidence From Indonesia. *Indonesian Journal of Public Health*, 18(1), 34–46. <https://doi.org/10.20473/ijph.v18i1.2023.34-46>
- Ilo, P., Ifijeh, G., Segun-Adeniran, C., Michael-Onuoha, H. C., & Ekwueme, L. (2021). Providing reproductive health information to rural women: The potentials of public libraries. *African Journal of Reproductive*

- Health, 25(5 Special Issue), 210–218.
<https://doi.org/10.29063/ajrh2021/v25i5s.19>
- Lahope, G., & Fathurrahman, R. (2024). Current State, Challenges, and Opportunities of the School-Based Sexual and Reproductive Health Education in Indonesia: A Systematic Literature Review. *Preventia : The Indonesian Journal of Public Health*, 9(1), 81.
<https://doi.org/10.17977/um044v9i12024p81-94>
- Liyanto, E., Nuryana, D., Cahyani, R. A., Utomo, B., & Magnani, R. (2022). How well are Indonesia's urban poor being provided access to quality reproductive health services? *PLoS ONE*, 17(4 April), 1–18.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265843>
- Lubis, P. F. (2024). Permasalahan Kesehatan Masyarakat Pedesaan dan Upaya Perbaikannya. *Journal Science Student Research*, 2(6), 341–346.
- Murewanhema, G., Musuka, G., Gwanzura, C., Makurumidze, R., Chitungo, I., Chimene, M., Tungwarara, N., Dzinamarira, T., & Madziyire, M. G. (2022). Maternal, Sexual and Reproductive Health in Marginalised Areas: Renewing Community Involvement Strategies beyond the Worst of the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6).
<https://doi.org/10.3390/ijerph19063431>
- Rizkianti, A., Saptarini, I., & Rachmalina, R. (2021). Perceived barriers in accessing health care and the risk of pregnancy complications in Indonesia. *International Journal of Women's Health*, 13, 761–772. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S310850>
- Saparini, S., Simbolon, D., & Ningsih, L. (2023). Knowledge and Access to Adolescent Reproductive Health Information in Indonesia. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 19(1), 1–10.
<https://doi.org/10.14710/jpki.19.1.1-10>

Saptandari, P. (2020). Pengetahuan Tradisional tentang Kesehatan dan Pemenuhan Hak Kesehatan Reproduksi Perempuan Bawean. *ANTROPOLOGI INDONESIA*, 41(2), 11-22.

Profil Penulis



dr. Mahindria Vici Virahaju, Sp. OG

Penulis dilahirkan di Bandung dan menyelesaikan pendidikan di Yogyakarta. Ketertarikan penulis terhadap ilmu obstetri ginekologi dimulai sejak menjadi mahasiswa Fakultas Kedokteran UGM. Hal tersebut membuat penulis memilih melanjutkan pendidikan spesialis Obstetri Ginekologi dan lulus pada tahun 2008. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap di Program Studi Kebidanan dan Pendidikan Profesi Bidan STIKes Akbidyo Yogyakarta. Penulis juga aktif dalam kegiatan ilmiah dan organisasi keprofesian. Praktik spesialis dijalankan RSU Rizki Amalia Medika Kulon Progo, RS UII Bantul dan Charitas Hospital Klepu.

Email Penulis: ind.vici@gmail.com

PERAN TEKNOLOGI DALAM LAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI

Baktianita Ratna Etnis, SST., M.Kes.
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Papua

Era globalisasi menunjukkan semakin meningkat perkembangan teknologi informasi dan komunikasi (TIK) yang memberikan pengaruh signifikan terhadap sektor kesehatan. Masyarakat kini dapat mengakses informasi kesehatan secara luas melalui berbagai platform digital sebagai alternatif solusi dalam menghadapi beragam permasalahan kesehatan (Megbowon & David, 2023). Inovasi teknologi di bidang medis telah mendorong perubahan fundamental dalam penyelenggaraan layanan kesehatan, mencakup praktik kedokteran, pengelolaan fasilitas kesehatan, dan penelitian ilmiah (Ezenwaji et al., 2024). Penerapan sistem digital dalam dunia kesehatan juga terbukti meningkatkan efisiensi serta efektivitas layanan, khususnya di wilayah dengan keterbatasan infrastruktur (Semyonov et al., 2023).

Kesadaran akan pentingnya teknologi informasi dan komunikasi semakin meningkat, memungkinkan distribusi informasi kesehatan secara lebih cepat dan efektif. Sistem teknologi kesehatan yang modern turut mendukung kemudahan akses informasi, terutama bagi kelompok masyarakat yang sebelumnya memiliki keterbatasan dalam memperoleh pengetahuan atau layanan di bidang kesehatan (Yuniar et al., 2022).

Kemajuan teknologi digital telah memberikan kontribusi signifikan terhadap peningkatan layanan kesehatan reproduksi, mencakup aspek diagnosis, pengobatan, edukasi, dan aksesibilitas.

Teknologi Reproduksi Berbantu (*Assisted Reproductive Technology/ART*)

Teknologi reproduksi berbantu seperti fertilisasi in vitro (IVF), inseminasi intrauterin (IUI), dan teknologi kriopreservasi telah memungkinkan pasangan infertil untuk memiliki anak. IVF telah berkembang secara signifikan sejak pertama kali diterapkan pada tahun 1978, dengan kemajuan seperti Preimplantation Genetic Testing (PGT) untuk seleksi embrio bebas kelainan genetik (Dondorp & de Wert, 2009; ESHRE, 2022). ART juga telah digunakan secara luas dengan tingkat keberhasilan yang meningkat dari tahun ke tahun.

Telemedisin dan Konsultasi Jarak Jauh

Telemedisin merupakan penggunaan teknologi informasi dan komunikasi (TIK) untuk menyediakan layanan kesehatan dari jarak jauh. Layanan ini mencakup diagnosis, pengobatan, dan pemantauan pasien tanpa kehadiran fisik antara dokter dan pasien. Dalam konteks modern, telemedisin menjadi solusi penting dalam meningkatkan akses layanan kesehatan, terutama di wilayah terpencil dan kurang terlayani. Menurut (Bashshur et al., 2016), telemedisin mencakup komunikasi dua arah secara real-time melalui video, transmisi data medis, dan sistem pemantauan jarak jauh. Teknologi ini memungkinkan perawatan medis berkelanjutan dan respons cepat terhadap kondisi pasien kronis maupun akut.

Dalam konteks pandemi COVID-19, telemedisin menunjukkan peran vital dalam mengurangi beban fasilitas kesehatan serta menjaga kesinambungan pelayanan medis tanpa kontak fisik langsung. Sebuah studi oleh (Ohannessian et al., 2020) menegaskan bahwa telemedisin mampu meningkatkan respons terhadap krisis kesehatan masyarakat dengan tetap menjaga protokol jarak sosial. Selain itu, telemedisin juga terbukti efektif dalam mengelola penyakit kronis seperti diabetes dan hipertensi melalui konsultasi rutin yang fleksibel dan efisien (Smith et al., 2020)

Namun, meskipun menawarkan banyak manfaat, penerapan telemedisin masih menghadapi tantangan seperti keterbatasan infrastruktur, keterampilan digital tenaga medis, serta aspek keamanan dan privasi data pasien (Kruse et al., 2017)

Konsultasi jarak jauh merupakan salah satu bentuk layanan dalam telemedisin, di mana dokter dan pasien melakukan interaksi medis melalui media digital, seperti panggilan video atau aplikasi khusus. Bentuk layanan ini sangat bermanfaat untuk pasien dengan keterbatasan mobilitas atau yang tinggal jauh dari fasilitas kesehatan.

Menurut (Keesara et al., 2020), konsultasi jarak jauh berperan penting dalam reformasi layanan kesehatan modern karena meningkatkan efisiensi waktu, mengurangi biaya perjalanan pasien, dan memperluas cakupan layanan spesialis. Selain itu, konsultasi ini juga memfasilitasi integrasi layanan antarprofesi, seperti antara dokter umum dan spesialis, yang dapat berdampak positif terhadap kualitas layanan yang diberikan. Walaupun demikian, validitas diagnosis melalui konsultasi jarak jauh kadang menjadi perhatian, terutama untuk kasus yang membutuhkan pemeriksaan fisik langsung atau penilaian klinis mendalam (Greenhalgh et al., 2016). Oleh karena itu, penting untuk

mengembangkan protokol standar dan pelatihan khusus guna meningkatkan akurasi dan keamanan layanan konsultasi jarak jauh.

Aplikasi *Mobile* dan *Wearable Devices*

Aplikasi mobile kesehatan (*mobile health apps*) telah menjadi salah satu komponen penting dalam sistem layanan kesehatan digital. Aplikasi ini memungkinkan pengguna untuk memantau kondisi kesehatannya secara mandiri, mulai dari pencatatan aktivitas fisik, pengingat minum obat, hingga konsultasi medis daring. WHO menyatakan bahwa teknologi mobile memiliki potensi besar dalam meningkatkan akses layanan kesehatan, terutama di wilayah dengan keterbatasan fasilitas medis (World Health Organization, 2011).

Studi oleh Krebs & Duncan, (2015) menunjukkan bahwa sebagian besar pengguna smartphone dewasa di Amerika Serikat telah mengunduh setidaknya satu aplikasi kesehatan, dengan fokus utama pada kebugaran, penurunan berat badan, dan pemantauan diet. Aplikasi ini berkontribusi pada peningkatan kesadaran kesehatan individu dan mendorong perubahan perilaku positif dalam gaya hidup sehari-hari.

Namun, tantangan utama dari penggunaan aplikasi mobile adalah akurasi data, kepatuhan pengguna jangka panjang, dan validitas klinis. (Luxton et al., 2011) menekankan pentingnya pengawasan terhadap kualitas dan keamanan informasi kesehatan yang diberikan oleh aplikasi tersebut, terutama yang tidak berbasis bukti ilmiah.

***Wearable Devices* dalam Monitoring Kesehatan**

Wearable devices adalah perangkat elektronik yang dapat dikenakan dan digunakan untuk memantau parameter

fisiologis tubuh secara real-time, seperti detak jantung, tekanan darah, kadar oksigen, kualitas tidur, dan aktivitas fisik. Alat ini menciptakan peluang baru dalam manajemen kesehatan preventif dan perawatan penyakit kronis.

Menurut Patel et al., (2012) wearable devices memberikan data kesehatan kontinu yang bermanfaat dalam deteksi dini perubahan kondisi klinis serta pemantauan pasien secara jarak jauh. Teknologi ini juga digunakan dalam penelitian kesehatan populasi untuk mengumpulkan data objektif dalam skala besar.

Meskipun menjanjikan, penggunaan wearable masih menghadapi tantangan teknis dan etika, seperti keterbatasan daya baterai, kenyamanan pengguna, serta isu privasi data. (Piwek et al., 2016) mencatat bahwa efektivitas penggunaan perangkat wearable sangat dipengaruhi oleh keterlibatan pengguna secara aktif dan berkelanjutan.

Kecerdasan Buatan dan Big Data

Kecerdasan buatan (*Artificial Intelligence/AI*) dan Big Data telah merevolusi cara layanan kesehatan dikelola, dianalisis, dan disampaikan. Dalam konteks kedokteran modern, AI digunakan untuk mendukung diagnosis, perawatan personal, prediksi penyakit, serta pengelolaan sistem layanan kesehatan berbasis data besar (big data). Sementara itu, Big Data merujuk pada kumpulan data yang sangat besar, kompleks, dan beragam yang berasal dari berbagai sumber, seperti rekam medis elektronik (electronic health records), perangkat wearable, sensor IoT, dan uji laboratorium.

Menurut Jiang et al., (2017) kecerdasan buatan memiliki potensi besar untuk meningkatkan akurasi diagnosis melalui teknologi seperti machine learning dan deep

learning, terutama dalam bidang radiologi, patologi, dan dermatologi. Model AI yang dilatih dengan ribuan citra medis dapat mengenali pola penyakit seperti kanker dengan tingkat akurasi yang setara atau bahkan melampaui dokter spesialis.

Selain itu, Big Data memungkinkan analisis terhadap populasi besar secara real-time yang sangat berguna dalam pengawasan penyakit menular, pengelolaan penyakit kronis, serta pengembangan kebijakan kesehatan berbasis bukti. (Ristevski & Chen, 2018) menjelaskan bahwa dengan kemampuan komputasi tinggi, Big Data Analytics dapat mengidentifikasi tren dan prediktor kesehatan secara lebih cepat dan efisien dibandingkan metode tradisional.

Kombinasi antara AI dan Big Data menghasilkan pendekatan baru yang dikenal sebagai *precision medicine*. Pengobatan yang disesuaikan dengan profil genetik, gaya hidup, dan lingkungan pasien. (Topol, 2019) menekankan bahwa revolusi ini memungkinkan layanan kesehatan menjadi lebih personal, preventif, dan partisipatif.

Meski demikian, penerapan AI dan Big Data dalam layanan kesehatan juga menghadapi tantangan, termasuk masalah interoperabilitas data, keakuratan model prediktif, dan risiko bias algoritmik. Oleh karena itu, pengembangan regulasi dan etika penggunaan teknologi ini menjadi hal yang krusial.

Edukasi dan Penyuluhan Digital

Transformasi digital dalam bidang kesehatan telah menciptakan pendekatan baru dalam penyuluhan dan edukasi kesehatan masyarakat. Edukasi dan penyuluhan digital merujuk pada upaya meningkatkan literasi kesehatan masyarakat dengan memanfaatkan teknologi

informasi dan komunikasi, seperti aplikasi mobile, media sosial, platform e-learning, serta situs web interaktif.

Menurut (Kayser et al., 2015), literasi digital kesehatan (*digital health literacy*) mencakup kemampuan individu dalam mengakses, memahami, dan menggunakan informasi kesehatan melalui media digital untuk membuat keputusan yang tepat mengenai kesehatan mereka. Literasi ini menjadi kunci dalam memastikan efektivitas program penyuluhan berbasis digital.

Platform digital seperti aplikasi seluler, YouTube, Instagram, hingga WhatsApp telah digunakan untuk menyampaikan pesan kesehatan dengan jangkauan yang lebih luas dan efisiensi waktu yang tinggi. Sebuah studi menunjukkan bahwa intervensi berbasis media sosial secara signifikan meningkatkan pengetahuan dan perilaku sehat, terutama pada kelompok usia muda dan dewasa produktif.

Selain itu, digitalisasi edukasi kesehatan memberikan fleksibilitas dalam metode penyampaian. Menurut (Wang et al., 2021) penyuluhan kesehatan berbasis e-learning terbukti meningkatkan pemahaman peserta mengenai topik-topik seperti nutrisi, manajemen penyakit kronis, dan kesehatan mental dibandingkan penyuluhan konvensional tatap muka.

Namun, terdapat tantangan yang perlu diatasi, seperti keterbatasan akses internet di daerah terpencil, kesenjangan digital antar kelompok usia atau pendidikan, serta validitas konten kesehatan di media digital. Oleh karena itu, keterlibatan profesional kesehatan dalam penyusunan materi digital menjadi penting untuk memastikan akurasi dan keandalan informasi.

Tantangan Etis dan Regulasi

Perkembangan pesat teknologi kesehatan digital, seperti kecerdasan buatan (AI), big data, aplikasi mobile, dan telemedisin, telah memberikan peluang besar dalam meningkatkan akses, efisiensi, dan kualitas layanan kesehatan. Namun, kemajuan ini juga menghadirkan tantangan serius di bidang etika dan regulasi yang perlu direspons secara sistematis. Salah satu isu utama adalah privasi dan keamanan data pasien. Teknologi kesehatan digital menghasilkan dan menyimpan data dalam jumlah besar, yang sangat sensitif dan rentan terhadap pelanggaran keamanan. Menurut Vayena et al., (2018), risiko penyalahgunaan data, pelacakan tidak sah, serta minimnya kendali individu atas data pribadinya merupakan tantangan utama dalam penerapan AI dan big data di sektor kesehatan. Oleh karena itu, prinsip *informed consent* dan kontrol atas data pribadi menjadi isu etis yang mendesak.

Tantangan lainnya adalah bias algoritma dan keadilan dalam akses teknologi. Algoritma AI yang dilatih dengan data yang tidak representatif dapat menghasilkan keputusan medis yang bias terhadap kelompok tertentu, seperti minoritas atau populasi berisiko tinggi. Morley et al., (2020) menyatakan bahwa ketidakadilan algoritmik bisa memperburuk kesenjangan kesehatan yang sudah ada jika tidak diawasi secara ketat dan transparan.

Dalam hal regulasi, kerangka hukum dan kebijakan saat ini belum sepenuhnya mampu mengimbangi laju inovasi teknologi. Sebagian besar negara masih bergulat dengan perumusan aturan yang adaptif, yang mampu menjamin perlindungan pasien tanpa menghambat inovasi. Floridi et al., (2018) mengusulkan pendekatan etika berbasis prinsip, seperti keadilan, akuntabilitas, dan transparansi, sebagai panduan dalam merancang regulasi yang seimbang. Di Indonesia, peraturan mengenai

perlindungan data pribadi baru mulai diperkuat dengan disahkannya UU No. 27 Tahun 2022 tentang Perlindungan Data Pribadi (UU PDP). Namun, implementasinya dalam konteks kesehatan digital masih membutuhkan harmonisasi lintas sektor dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia.

Daftar Pustaka

- Bashshur, R. L., Howell, J. D., Krupinski, E. A., Harms, K. M., Bashshur, N., & Doarn, C. R. (2016). The Empirical Foundations of Telemedicine Interventions in Primary Care. *Telemedicine and E-Health*, 22(5), 342–375. <https://doi.org/10.1089/tmj.2016.0045>
- Ezenwaji, C. O., Alum, E. U., & Ugwu, O. P.-C. (2024). The role of digital health in pandemic preparedness and response: securing global health? *Global Health Action*, 17(1). <https://doi.org/10.1080/16549716.2024.2419694>
- Floridi, L., Cowls, J., Beltrametti, M., Chatila, R., Chazerand, P., Dignum, V., Luetge, C., Madelin, R., Pagallo, U., Rossi, F., Schafer, B., Valcke, P., & Vayena, E. (2018). AI4People—An Ethical Framework for a Good AI Society: Opportunities, Risks, Principles, and Recommendations. *Minds and Machines*, 28(4), 689–707. <https://doi.org/10.1007/s11023-018-9482-5>
- Greenhalgh, T., Vijayaraghavan, S., Wherton, J., Shaw, S., Byrne, E., Campbell-Richards, D., Bhattacharya, S., Hanson, P., Ramoutar, S., Gutteridge, C., Hodgkinson, I., Collard, A., & Morris, J. (2016). Virtual online consultations: advantages and limitations (VOCAL) study. *BMJ Open*, 6(1), e009388. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009388>
- Jiang, F., Jiang, Y., Zhi, H., Dong, Y., Li, H., Ma, S., Wang, Y., Dong, Q., Shen, H., & Wang, Y. (2017). Artificial intelligence in healthcare: past, present and future. *Stroke and Vascular Neurology*, 2(4), 230–243. <https://doi.org/10.1136/svn-2017-000101>
- Kayser, L., Kushniruk, A., Osborne, R. H., Norgaard, O., & Turner, P. (2015). Enhancing the Effectiveness of Consumer-Focused Health Information Technology Systems Through eHealth Literacy: A Framework for Understanding Users' Needs. *JMIR Human Factors*, 2(1), e9. <https://doi.org/10.2196/humanfactors.3696>

- Keesara, S., Jonas, A., & Schulman, K. (2020). Covid-19 and Health Care's Digital Revolution. *New England Journal of Medicine*, 382(23). <https://doi.org/10.1056/NEJMp2005835>
- Krebs, P., & Duncan, D. T. (2015). Health App Use Among US Mobile Phone Owners: A National Survey. *JMIR MHealth and UHealth*, 3(4), e101. <https://doi.org/10.2196/mhealth.4924>
- Kruse, C. S., Krowski, N., Rodriguez, B., Tran, L., Vela, J., & Brooks, M. (2017). Telehealth and patient satisfaction: a systematic review and narrative analysis. *BMJ Open*, 7(8), e016242. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016242>
- Luxton, D. D., McCann, R. A., Bush, N. E., Mishkind, M. C., & Reger, G. M. (2011). mHealth for mental health: Integrating smartphone technology in behavioral healthcare. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(6), 505–512. <https://doi.org/10.1037/a0024485>
- Megbowon, E. T., & David, O. O. (2023). Information and communication technology development and health gap nexus in Africa. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1145564>
- Morley, J., Machado, C. C. V., Burr, C., Cowls, J., Joshi, I., Taddeo, M., & Floridi, L. (2020). The ethics of AI in health care: A mapping review. *Social Science & Medicine*, 260, 113172. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113172>
- Ohannessian, R., Duong, T. A., & Odone, A. (2020). Global Telemedicine Implementation and Integration Within Health Systems to Fight the COVID-19 Pandemic: A Call to Action. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(2), e18810. <https://doi.org/10.2196/18810>
- Patel, S., Park, H., Bonato, P., Chan, L., & Rodgers, M. (2012). A review of wearable sensors and systems with application in rehabilitation. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*, 9(1), 21. <https://doi.org/10.1186/1743-0003-9-21>

- Piwek, L., Ellis, D. A., Andrews, S., & Joinson, A. (2016). The Rise of Consumer Health Wearables: Promises and Barriers. *PLOS Medicine*, 13(2), e1001953. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001953>
- Ristevski, B., & Chen, M. (2018). Big Data Analytics in Medicine and Healthcare. *Journal of Integrative Bioinformatics*, 15(3). <https://doi.org/10.1515/jib-2017-0030>
- Semyonov, A., Bogdan, E., Shamal, E., Sargsyan, A., Davtyan, K., Azzopardi-Muscat, N., & Novillo-Ortiz, D. (2023). Digital Health Information Systems in the Member States of the Commonwealth of Independent States: Status and Prospects. *Digital*, 3(3), 189–199. <https://doi.org/10.3390/digital3030013>
- Smith, A. C., Thomas, E., Snoswell, C. L., Haydon, H., Mehrotra, A., Clemensen, J., & Caffery, L. J. (2020). Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Journal of Telemedicine and Telecare*, 26(5), 309–313. <https://doi.org/10.1177/1357633X20916567>
- Topol, E. J. (2019). High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence. *Nature Medicine*, 25(1), 44–56. <https://doi.org/10.1038/s41591-018-0300-7>
- Vayena, E., Blasimme, A., & Cohen, I. G. (2018). Machine learning in medicine: Addressing ethical challenges. *PLOS Medicine*, 15(11), e1002689. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002689>
- Wang, P., Shi, H., Wu, X., & Jiao, L. (2021). Sentiment Analysis of Rumor Spread Amid COVID-19: Based on Weibo Text. *Healthcare*, 9(10), 1275. <https://doi.org/10.3390/healthcare9101275>
- World Health Organization. (2011). *mHealth: New horizons for health through mobile technologies: second global survey on eHealth*. WHO Press.
- Yuniar, M. C., Safila, M. I., Putra, M., Asyraf, M. H., Amelia, N. D., Kunto, D., & Patria, A. (2022).

Pengembangan Teknologi dalam Bidang Kesehatan.
Jurnal Teknologi Sistem Informasi Dan Aplikasi,
18(2), 49–52. <https://www.e-journal.poltekkesjogja.ac.id/index.php/JTK/article/view/1143%0Ahttps://www.e-journal.poltekkesjogja.ac.id/index.php/JTK/article/download/1143/998>

Profil Penulis



Baktianita Ratna Etnis, SST., M.Kes

Lahir di Kediri, 08 Februari 1988 dari Ayah Sutopireno & Ibu Retno Subekti. Penulis saat ini berprofesi dosen di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Papua dengan Home Base Program Studi Kesehatan Masyarakat dan memiliki Jabatan Akademik/Fungsional: Lektor 200 (Penata/IIIc) dengan status dosen tersertifikasi. Penulis menempuh jenjang pendidikan D4-Bidan pendidik dan lulus Tahun 2009, selanjutnya menyelesaikan jenjang pendidikan S2 di Universitas Respati Indonesia dengan Peminatan Kesehatan Reproduksi Tahun 2017. Saat ini penulis melanjutkan jenjang pendidikan S3 di Universitas Gadjah Mada di Fakultas Ilmu Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan (FK-KMK). Penulis saat ini juga masih aktif dalam kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat. Dengan adanya Buku ini penulis berharap dapat bermanfaat bagi banyak orang di Bidang Kesehatan.

Email Penulis: ratnaetnis1@gmail.com

STUDI KASUS KESEHATAN REPRODUKSI DI WILAYAH AGRARIS

Dr. Henny Kaseger, S.Kep., Ns., M.Kes., M.H
Institut Kesehatan dan Teknologi Graha Medika

Latar Belakang Kesehatan Reproduksi di Wilayah Agraris

Kesehatan reproduksi merupakan aspek penting dalam kualitas hidup individu, terutama di wilayah agraris di mana masyarakat seringkali terpapar pada berbagai tantangan kesehatan. Di Indonesia, sektor pertanian mendominasi perekonomian dan menyerap tenaga kerja yang signifikan, terutama di pedesaan. Menurut Badan Pusat Statistik (BPS, 2022), sekitar 30% dari total angkatan kerja Indonesia bekerja di sektor pertanian. Namun, meskipun kontribusi ini besar, perhatian terhadap kesehatan reproduksi di kalangan petani seringkali terabaikan.

Data menunjukkan bahwa akses terhadap layanan kesehatan reproduksi di wilayah agraris masih rendah. Sebuah studi oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes, 2021) menemukan bahwa hanya 40% perempuan di desa-desa agraris yang memiliki akses ke layanan kesehatan reproduksi yang memadai. Hal ini disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk kurangnya fasilitas kesehatan, rendahnya tingkat pendidikan, dan budaya yang masih konservatif. Dalam konteks ini,

penting untuk memahami bagaimana kondisi kesehatan reproduksi dapat mempengaruhi produktivitas dan kesejahteraan masyarakat agraris.

Contoh kasus dapat dilihat di wilayah Jawa Tengah, di mana banyak petani perempuan mengalami kesulitan dalam mendapatkan informasi dan layanan kesehatan reproduksi. Penelitian oleh Universitas Diponegoro (2019) menunjukkan bahwa 65% responden tidak mengetahui tentang kontrasepsi modern, yang berdampak pada angka kelahiran yang tinggi dan kesehatan ibu yang buruk. Hal ini menunjukkan perlunya intervensi yang lebih baik dalam pendidikan kesehatan reproduksi di kalangan masyarakat agraris.

Selain itu, tantangan lain yang dihadapi adalah stigma sosial terkait kesehatan reproduksi. Di banyak komunitas agraris, diskusi mengenai isu-isu kesehatan reproduksi sering dianggap tabu. Menurut penelitian oleh Yayasan Kesehatan Perempuan (2020), banyak perempuan enggan untuk berkonsultasi dengan tenaga medis karena takut akan penilaian negatif dari lingkungan sekitar. Oleh karena itu, pendekatan yang sensitif terhadap budaya lokal sangat penting dalam meningkatkan akses dan pemahaman tentang kesehatan reproduksi.

Dengan mempertimbangkan faktor-faktor di atas, penting bagi pemerintah dan organisasi non-pemerintah untuk bekerja sama dalam menciptakan program yang lebih inklusif dan sensitif terhadap kebutuhan masyarakat agraris. Program-program ini harus mencakup pendidikan kesehatan reproduksi yang komprehensif, peningkatan akses layanan kesehatan, dan kampanye untuk mengurangi stigma seputar isu-isu kesehatan reproduksi.

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi di Wilayah Agraris

Kesehatan reproduksi di wilayah agraris dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik dari segi sosial, ekonomi, maupun lingkungan. Salah satu faktor utama adalah tingkat pendidikan. Penelitian menunjukkan bahwa perempuan dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi cenderung memiliki pengetahuan yang lebih baik tentang kesehatan reproduksi dan lebih mampu mengakses layanan kesehatan. Menurut data dari BPS (2022), tingkat buta huruf di kalangan perempuan di wilayah pedesaan mencapai 12%, yang berdampak pada pemahaman mereka tentang kesehatan reproduksi.

Faktor ekonomi juga memainkan peran penting dalam kesehatan reproduksi. Banyak petani di wilayah agraris hidup dalam kondisi ekonomi yang sulit, yang membatasi kemampuan mereka untuk mengakses layanan kesehatan. Sebuah studi oleh Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Universitas Gadjah Mada (2021) menemukan bahwa 70% petani di daerah penelitian mengeluh tentang biaya layanan kesehatan yang tinggi. Hal ini sering kali membuat mereka memilih untuk tidak mencari perawatan medis, bahkan dalam kasus yang serius sekalipun.

Lingkungan juga berperan dalam kesehatan reproduksi. Di banyak daerah agraris, akses terhadap air bersih dan sanitasi yang layak masih menjadi tantangan. Menurut laporan WHO (2020), sekitar 30% dari populasi pedesaan di Indonesia tidak memiliki akses terhadap air bersih. Kondisi ini dapat meningkatkan risiko infeksi dan masalah kesehatan lainnya yang berdampak pada kesehatan reproduksi. Oleh karena itu, perbaikan infrastruktur sanitasi dan akses air bersih sangat penting untuk meningkatkan kesehatan masyarakat.

Stigma dan norma sosial juga menjadi faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi. Di banyak komunitas agraris, ada norma yang mengekang diskusi terbuka tentang kesehatan reproduksi, yang mengakibatkan kurangnya informasi yang akurat. Penelitian oleh Komisi Nasional Perempuan (2021) menunjukkan bahwa 50% perempuan di desa merasa tidak nyaman membahas isu-isu kesehatan reproduksi dengan orang lain. Hal ini menghambat mereka untuk mencari bantuan ketika mengalami masalah kesehatan.

Dalam konteks ini, intervensi yang menyeluruh diperlukan untuk mengatasi berbagai faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi di wilayah agraris. Pemerintah dan organisasi masyarakat sipil harus berkolaborasi untuk mengembangkan program yang tidak hanya menyediakan layanan kesehatan, tetapi juga pendidikan dan kampanye kesadaran yang dapat mengubah stigma dan norma sosial yang ada.

Dampak Kesehatan Reproduksi yang Buruk terhadap Komunitas Agraris

Kesehatan reproduksi yang buruk dapat memiliki dampak yang signifikan terhadap komunitas agraris, baik dari segi kesehatan individu maupun dampak sosial dan ekonomi. Salah satu dampak langsung dari kesehatan reproduksi yang buruk adalah tingginya angka kematian ibu. Menurut data dari Kemenkes (2021), angka kematian ibu di daerah pedesaan mencapai 305 per 100.000 kelahiran hidup, jauh lebih tinggi dibandingkan dengan angka di perkotaan yang hanya 126 per 100.000 kelahiran hidup. Tingginya angka kematian ibu ini berdampak langsung pada struktur keluarga dan komunitas, mengurangi jumlah tenaga kerja yang produktif.

Selain itu, kesehatan reproduksi yang buruk juga dapat mempengaruhi kesehatan anak. Anak-anak yang dilahirkan oleh ibu yang mengalami komplikasi kesehatan reproduksi cenderung memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami masalah kesehatan. Penelitian oleh UNICEF (2022) menunjukkan bahwa anak-anak yang lahir dari ibu yang tidak mendapatkan perawatan prenatal yang memadai memiliki kemungkinan 50% lebih tinggi untuk mengalami stunting. Hal ini berpotensi mengurangi produktivitas generasi mendatang, yang sangat penting bagi keberlanjutan sektor pertanian.

Dampak ekonomi juga tidak dapat diabaikan. Kesehatan reproduksi yang buruk dapat menyebabkan ketidakstabilan ekonomi di komunitas agraris. Petani yang mengalami masalah kesehatan reproduksi mungkin tidak dapat bekerja secara optimal, yang mengurangi hasil pertanian dan pendapatan keluarga. Sebuah studi oleh Bank Dunia (2022) menunjukkan bahwa peningkatan kesehatan reproduksi dapat meningkatkan produktivitas pertanian hingga 20%. Oleh karena itu, investasi dalam kesehatan reproduksi dapat menjadi strategi yang efektif untuk meningkatkan kesejahteraan ekonomi masyarakat agraris.

Sosial budaya juga terpengaruh oleh kesehatan reproduksi yang buruk. Komunitas yang mengalami tingginya angka kematian ibu dan masalah kesehatan lainnya cenderung mengalami disfungsi sosial. Ketidakstabilan ini dapat menyebabkan peningkatan angka kemiskinan dan ketidakpuasan sosial. Penelitian oleh Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (LIPI, 2021) menunjukkan bahwa komunitas yang memiliki tingkat kesehatan reproduksi yang baik cenderung lebih stabil secara sosial dan ekonomi.

Dengan mempertimbangkan dampak-dampak tersebut, penting bagi pemangku kepentingan untuk mengembangkan kebijakan yang mendukung kesehatan reproduksi di wilayah agraris. Investasi dalam program kesehatan reproduksi tidak hanya akan meningkatkan kualitas hidup individu, tetapi juga akan membawa dampak positif bagi komunitas secara keseluruhan.

Upaya Peningkatan Kesehatan Reproduksi di Wilayah Agraris

Dalam menghadapi tantangan kesehatan reproduksi di wilayah agraris, berbagai upaya telah dilakukan untuk meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan. Salah satu pendekatan yang efektif adalah melalui program pendidikan kesehatan reproduksi yang terintegrasi. Menurut penelitian oleh Universitas Airlangga (2021), program pendidikan yang melibatkan anggota komunitas sebagai penyuluh kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan reproduksi hingga 70%. Pendekatan ini juga membantu mengurangi stigma yang ada dan mendorong diskusi terbuka tentang isu-isu kesehatan.

Selain pendidikan, peningkatan akses terhadap layanan kesehatan juga sangat penting. Pemerintah telah meluncurkan program Puskesmas Mobile yang bertujuan untuk menjangkau daerah terpencil. Menurut laporan Kemenkes (2022), program ini telah berhasil meningkatkan akses layanan kesehatan di 200 desa terpencil di Indonesia. Dengan adanya layanan kesehatan yang lebih dekat, diharapkan masyarakat dapat lebih mudah mengakses informasi dan layanan terkait kesehatan reproduksi.

Kerjasama antara pemerintah dan organisasi non-pemerintah juga menjadi kunci dalam meningkatkan kesehatan reproduksi. Banyak NGO yang aktif di wilayah

agraris, memberikan layanan kesehatan dan pendidikan kepada masyarakat. Contohnya adalah program yang dijalankan oleh Yayasan Kesehatan Perempuan, yang menyediakan layanan kesehatan reproduksi dan pendidikan di beberapa provinsi di Indonesia. Data menunjukkan bahwa partisipasi dalam program ini dapat meningkatkan penggunaan kontrasepsi modern hingga 30% di kalangan peserta (Yayasan Kesehatan Perempuan, 2021).

Kampanye kesadaran juga merupakan langkah penting dalam meningkatkan kesehatan reproduksi. Melalui media sosial dan kegiatan komunitas, informasi mengenai kesehatan reproduksi dapat disebarluaskan secara lebih luas. Penelitian oleh Komisi Nasional Perempuan (2021) menunjukkan bahwa kampanye yang melibatkan tokoh masyarakat dan pemimpin lokal dapat meningkatkan partisipasi masyarakat dalam program kesehatan reproduksi.

Dengan berbagai upaya ini, diharapkan kesehatan reproduksi di wilayah agraris dapat meningkat, yang pada gilirannya akan berdampak positif pada kualitas hidup masyarakat. Penting untuk terus mengevaluasi dan memperbaiki program-program yang ada agar dapat menjawab kebutuhan masyarakat secara efektif.

Kesimpulan dan Rekomendasi

Kesehatan reproduksi di wilayah agraris merupakan isu yang kompleks dan multifaset, dipengaruhi oleh berbagai faktor sosial, ekonomi, dan budaya. Meskipun telah ada upaya untuk meningkatkan kondisi ini, masih banyak tantangan yang harus dihadapi. Data menunjukkan bahwa akses terhadap layanan kesehatan reproduksi masih rendah, dan stigma sosial masih menghambat diskusi terbuka tentang isu-isu kesehatan.

Oleh karena itu, penting untuk mengembangkan kebijakan yang lebih inklusif dan sensitif terhadap kebutuhan masyarakat agraris. Program pendidikan kesehatan reproduksi harus diperkuat, dan akses terhadap layanan kesehatan harus ditingkatkan. Kerjasama antara pemerintah, NGO, dan komunitas lokal sangat penting untuk mencapai tujuan ini.

Rekomendasi untuk pemangku kepentingan adalah untuk melakukan evaluasi berkala terhadap program yang ada, memastikan bahwa mereka sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Selain itu, penting untuk melibatkan masyarakat dalam perencanaan dan pelaksanaan program kesehatan reproduksi. Dengan pendekatan yang lebih partisipatif, diharapkan kesehatan reproduksi di wilayah agraris dapat meningkat, membawa dampak positif bagi kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan.

Daftar Pustaka

- Badan Pusat Statistik (BPS). (2022). Statistik Pertanian Indonesia. Jakarta: BPS.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes). (2021). Laporan Kesehatan Reproduksi. Jakarta: Kemenkes.
- UNICEF. (2022). Laporan Status Kesehatan Anak di Indonesia. Jakarta: UNICEF.
- Yayasan Kesehatan Perempuan. (2020). Penelitian tentang Stigma Kesehatan Reproduksi di Indonesia. Jakarta: YKP.
- Komisi Nasional Perempuan. (2021). Laporan Tahunan tentang Kesehatan Perempuan. Jakarta: Komnas Perempuan.

Profil Penulis



Dr. Henny Kaseger, S.Kep., Ns., M.Kes., M.H

Dilahirkan di Kota Kotamobagu Provinsi Sulawesi Utara pada Tanggal 22 April 1967. Penulis menikah dengan seorang suami bernama Hubain dan memiliki 2 anak yaitu Ridwan Hubain, S.Kom dan Yunita Pingkan Hubain, S.H. Penulis menyelesaikan program S1 di Program Studi Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin lulus tahun 2004 dan menyelesaikan program profesi Ners di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin lulus tahun 2005. Menyelesaikan program S2 di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Sam Ratulangi lulus tahun 2012. Kemudian penulis melanjutkan pendidikan program S2 lagi di Program Studi Hukum Universitas Sunan Giri Surabaya dan lulus tahun 2024. Kemudian penulis menyelesaikan program S3 di Program Studi Ilmu Lingkungan Program Pascasarjana Universitas Brawijaya lulus tahun 2019. Penulis pernah menjabat sebagai Direktur Akademi Keperawatan Totabuan Kotamobagu, KABID Keperawatan RSUD Datoe Binangkang Kabupaten Bolaang Mongondow, KABID penunjang medik RSUD Datoe Binangkang Kabupaten Bolaang Mongondow, Ketua Himpunan Perawat Manajer Kabupaten Bolaang Mongondow, dan Ketua Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Kabupaten Bolaang Mongondow. Penulis juga aktif sebagai dosen pengajar di Institut Kesehatan dan Teknologi Graha Medika.

Email Penulis: hennykaseger01@gmail.com

- 1 KONSEP DASAR KESEHATAN REPRODUKSI
Risza Choirunissa
- 2 KARAKTERISTIK WILAYAH AGRARIS DAN DAMPAKNYA PADA KESEHATAN REPRODUKSI
Besse Rismayani
- 3 FAKTOR SOSIAL BUDAYA DALAM KESEHATAN REPRODUKSI
Mariene Wiwin Dolang
- 4 PENYAKIT REPRODUKSI DI KOMUNITAS AGRARIS
Ani Retni
- 5 KEHAMILAN DAN PERSALINAN DI WILAYAH AGRARIS
Siska Sibua
- 6 GIZI DAN KESEHATAN IBU HAMIL DI PEDESAAN
Eva Inayatul Faiza
- 7 POLA KB DAN TANTANGANNYA DI MAYARAKAT AGRARIS
Analia Kunang
- 8 KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DI WILAYAH AGRARIS
Desi Soraya
- 9 PERAN BIDAN DAN TENAGA KESEHATAN DI WILAYAH AGRARIS
Nira Nuryusriani Ahmad
- 10 PENYAKIT MENULAR SEKSUAL DI KOMUNITAS AGRARIS
Fika Daulian
- 11 DAMPAK EKONOMI DAN AKSES LAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI
Cut Mutiya Bunsal
- 12 STRATEGI PENINGKATAN KESEHATAN REPRODUKSI DI PEDESAAN
Mahindria Vici Virahaju
- 13 PERAN TEKNOLOGI DALAM LAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI
Baktianita Ratna Etnis
- 14 STUDI KASUS KESEHATAN REPRODUKSI DI WILAYAH AGRARIS
Henny Kaseger

Editor:

Hairil Akbar

Untuk akses **Buku Digital**,
Scan **QR CODE**



Media Sains Indonesia
Melong Asih Regency B40, Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
Email : penerbit@medsan.co.id
Website : www.medsan.co.id

