

Asuhan Kebidanan Pada Remaja, Pranikah dan Prakonsepsi



Vitri Yuli Afni Amran

ASUHAN KEBIDANAN PADA REMAJA, PRANIKAH, DAN PRAKONSEPSI

Vitri Yuli Afni Amran



GETPRESS INDONESIA

ASUHAN KEBIDANAN PADA REMAJA, PRANIKAH, DAN PRAKONSEPSI

Penulis : Vitri Yuli Afni Amran

ISBN: 978-634-255-101-1

Editor : Prof. Dr. Neila Sulung, NS., S.Pd., M.Kes.

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd.

PENERBIT GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Jl. Palarik RT 01 RW 06 Kelurahan Air Pacah
Kecamatan Koto Tangah Padang Sumatera Barat

website: www.getpress.co.id

email: adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, Oktober 2025

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga buku dengan judul *“Asuhan Kebidanan pada Remaja, Pranikah, dan Prakonsepsi”* dapat terselesaikan dengan baik. Buku ini disusun sebagai salah satu upaya untuk memberikan kontribusi terhadap pengembangan ilmu kebidanan, khususnya dalam bidang pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif sejak masa remaja hingga persiapan kehamilan.

Buku ini hadir dilatarbelakangi oleh pentingnya pemahaman mendalam mengenai tahapan kehidupan reproduksi perempuan dan laki-laki, mulai dari masa remaja, pranikah, hingga prakonsepsi. Ketiga fase tersebut merupakan fondasi penting dalam mewujudkan generasi yang sehat, berkualitas, serta bebas dari masalah kesehatan reproduksi yang sering menjadi tantangan di masyarakat.

Sistematika penulisan buku ini terbagi dalam beberapa bab besar sesuai dengan kebutuhan pembaca. Bab pertama membahas **asuhan kebidanan pada remaja**, mencakup konsep dasar, filosofi, permasalahan kesehatan reproduksi, isu sosial, kebutuhan remaja, hingga peran peer motivasi serta strategi promosi dan edukasi kesehatan. Bab kedua menyoroti **asuhan kebidanan pada pranikah**, yang meliputi skrining pranikah, kebijakan nasional dan internasional, serta promosi dan edukasi kesehatan pranikah. Bab ketiga memaparkan **asuhan kebidanan pada prakonsepsi**, yang membahas konsep dasar, persiapan kehamilan sehat, pemeriksaan fisik, skrining genetik, pemenuhan gizi, suplementasi, imunisasi, serta manajemen asuhan prakonsepsi berbasis bukti.

Selanjutnya, bab keempat menguraikan secara komprehensif tentang **fertilitas dan infertilitas**, mulai dari definisi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, hingga penatalaksanaan sesuai kewenangan bidan dan penerapan teknologi reproduksi berbantu. Setiap topik dalam buku ini disertai dengan rangkuman, evaluasi, serta daftar pustaka untuk memudahkan pembaca memahami materi secara utuh dan mendalam.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa buku ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan demi perbaikan dan penyempurnaan pada edisi berikutnya. Besar harapan penulis, buku ini dapat menjadi referensi bermanfaat bagi mahasiswa kebidanan, tenaga kesehatan, akademisi, maupun praktisi yang berkecimpung dalam bidang pelayanan kesehatan reproduksi.

Akhir kata, semoga buku ini dapat memberikan kontribusi nyata dalam meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan di Indonesia serta mendukung terwujudnya kesehatan reproduksi yang optimal pada remaja, pasangan pranikah, hingga calon ibu pada masa prakonsepsi.

Padang, September 2025

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii

BAB I ASUHAN KEBIDANAN PADA REMAJA

TOPIK 1 KONSEP DASAR, FILOSOFI DAN PRINSIP ASUHAN KEBIDANAN DALAM ASUHAN REMAJA.....	2
A. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Remaja.....	2
B. Filosofi Asuhan Kebidanan Remaja.....	3
C. Prinsip Asuhan Kebidanan Dalam Asuhan Remaja	3
D. Tujuan dan Sasaran Asuhan Kebidanan Remaja	5
RANGKUMAN	6
EVALUASI	7
TOPIK 2 PERMASALAHAN KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA.....	9
A. Faktor Penyebab Permasalahan Kesehatan Reproduksi Remaja.....	9
B. Jenis dan Bentuk Permasalahan Kesehatan Reproduksi Remaja	10
C. Dampak Permasalahan Kesehatan Reproduksi Remaja.....	12
D. Strategi Penanggulangan Permasalahan Kesehatan Reproduksi Remaja.....	13
RANGKUMAN	14
EVALUASI	15
TOPIK 3 ISU SOSIAL YANG MEMPENGARUHI STATUS KESEHATAN REMAJA	17
A. Konsep Dasar Isu Sosial	17
B. Isu Sosial dan Dampaknya terhadap Kesehatan Remaja.....	17
C. Strategi Menghadapi Isu Sosial yang Mempengaruhi Status Kesehatan Remaja.....	20
RANGKUMAN	22
EVALUASI	23
TOPIK 4 KEBUTUHAN MASA REMAJA.....	25
A. Kebutuhan Masa Remaja	25
B. Peran Keluarga, Sekolah, dan Masyarakat dalam Pemenuhan Kebutuhan Remaja.....	27
C. Peran Bidan Dalam Memenuhi Kebutuhan Remaja	29
RANGKUMAN	29
EVALUASI	31
TOPIK 5 PERLIBATAN KELUARGA DAN MASYARAKAT DALAM KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA.....	33
A. Strategi Pelibatan Keluarga dalam Edukasi Reproduksi	33
B. Peran Tokoh Masyarakat dan Institusi Sosial.....	34
C. Model Intervensi Berbasis Keluarga dan Masyarakat.....	34
D. Evaluasi Program Keterlibatan Sosial dalam Kesehatan Reproduksi Remaja	35
RANGKUMAN	36
EVALUASI	37
TOPIK 6 PEER MOTIVASI DAN KONSELOR TEMAN SEBAYA DALAM PEMBERDAYAAN KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA.....	39
A. Pengertian Peer Motivasi dan Konselor Teman Sebaya	39
B. Pengembangan Program Peer Motivasi dan Konselor Teman Sebaya.....	40
C. Peran Peer Motivasi dalam Edukasi dan Perubahan Perilaku Reproduksi.....	41

D. Tantangan dan Solusi dalam Implementasi Peer Konseling dan Teman Sebaya.....	42
RANGKUMAN.....	44
EVALUASI.....	45
TOPIK 7 MELAKUKAN PROMOSI DAN EDUKASI DALAM BIDANG KESEHATAN	
REPRODUKSI REMAJA.....	47
A. Konsep Promosi Kesehatan Reproduksi Remaja.....	47
B. Edukasi Kesehatan Reproduksi Remaja.....	48
C. Strategi Pelaksanaan Promosi dan Edukasi.....	49
D. Dampak dan Efektivitas Promosi dan Edukasi.....	50
RANGKUMAN.....	51
EVALUASI.....	52
TOPIK 8 EVIDENCE BASED TERKAIT KESEHATAN REPRODUKSI ASUHAN REMAJA	54
A. Asesmen Kebutuhan Kesehatan Secara Sistematis.....	55
B. Intervensi Berbasis EBP Diterapkan Dalam Bentuk Konseling dan Edukasi Reproduksi yang Berbasis Bukti.....	55
C. Agen Perubahan dan Penggerak Komunitas.....	55
D. Pemantauan dan Evaluasi Program yang Berkesinambungan.....	56
E. Pengembangan Kapasitas Bidan dalam Memahami dan Menerapkan EBP.....	56
RANGKUMAN.....	57
EVALUASI.....	58
TOPIK 9 MANAJEMEN ASUHAN KESEHATAN REMAJA.....	59
A. Konsep Dasar.....	59
B. Prinsip Pelaksanaan Manajemen Asuhan Kesehatan Remaja.....	60
C. Peran Bidan dalam Manajemen Asuhan Kesehatan Remaja.....	61
RANGKUMAN.....	63
EVALUASI.....	64
DAFTAR PUSTAKA.....	66

BAB II ASUHAN KEBIDANAN PADA PRANIKAH

TOPIK 1 KONSEP DASAR ASUHAN PRANIKAH	68
A. Definisi Asuhan Pranikah.....	68
B. Tujuan Asuhan Pranikah.....	68
C. Ruang Lingkup Asuhan Pranikah.....	70
D. Prinsip Asuhan Pranikah.....	72
RANGKUMAN.....	73
EVALUASI.....	74
TOPIK 2 SKRINING PRANIKAH	76
A. Pengertian Skrining Pranikah.....	76
B. Tujuan dan Manfaat Skrining Pranikah.....	77
C. Pemeriksaan Skrining Pranikah.....	79
D. Tantangan dan Implementasi Skrining Pranikah.....	81
RANGKUMAN.....	82
EVALUASI.....	83
TOPIK 3 KEBIJAKAN TERKAIT ASUHAN PRANIKAH	85
A. Dasar Hukum dan Regulasi Nasional Asuhan Pranikah.....	85
B. Kebijakan Internasional Terkait Asuhan Pranikah.....	86
C. Implementasi Kebijakan di Layanan Kesehatan.....	87

D. Arah dan Rekomendasi Kebijakan Asuhan pranikah ke Depan	88
RANGKUMAN	89
EVALUASI	90
TOPIK 4 PROMOSI DAN EDUKASI KESEHATAN PRANIKAH	91
A. Konsep Dasar Promosi dan Edukasi Kesehatan Pranikah	91
B. Strategi Promosi Kesehatan Pranikah	91
C. Strategi Edukasi Kesehatan Pranikah	93
D. Media dan Materi Promosi-Edukasi Pranikah	93
E. Peran Tenaga Kesehatan dalam Promosi dan Edukasi Pranikah	94
F. Pemanfaatan Teknologi dalam Edukasi Kesehatan Pranikah	96
G. Kolaborasi Lintas Sektor dalam Promosi dan Edukasi Kesehatan Pranikah	97
RANGKUMAN	98
EVALUASI	99
DAFTAR PUSTAKA	101

BAB III ASUHAN KEBIDANAN PADA PRAKONSEPSI

TOPIK 1 KONSEP DASAR KESEHATAN REPRODUKSI PRAKONSEPSI	103
A. Pengertian dan tujuan Kesehatan Reproduksi Prakonsepsi	103
B. Ruang Lingkup Asuhan Prakonsepsi	103
C. Prinsip Dasar Asuhan Kebidanan Pada Masa Kontrasepsi	105
D. Peran Tenaga Kesehatan dalam Asuhan Prakonsepsi	106
RANGKUMAN	107
EVALUASI	108
TOPIK 2 PERSIAPAN DAN PERENCANAAN KEHAMILAN SEHAT	109
A. Konsep Perencanaan Kehamilan	109
B. Kesiapan Fisik dan Psikologis Calon Ibu	110
C. Perencanaan Finansial dan Sosial	111
D. Penentuan Waktu Ideal Kehamilan	112
E. Peran Dukungan Pasangan dan Keluarga	113
RANGKUMAN	114
EVALUASI	116
TOPIK 3 PEMERIKSAAN FISIK DAN SKRINING PRAKONSEPSI	117
A. Tujuan Pemeriksaan Fisik Prakonsepsi	117
B. Komponen Pemeriksaan Fisik Menyeluruh	118
C. Pemeriksaan Laboratorium Dasar	118
D. Skrining Penyakit Menular dan Tidak Menular	119
RANGKUMAN	120
EVALUASI	121
TOPIK 4 EDUKASI DAN KONSELING PERSIAPAN KEHAMILAN SEHAT DAN DENGAN KONDISI KHUSUS	122
A. Perencanaan Keluarga dan Jarak Kehamilan yang Ideal	122
B. Pemilihan dan Edukasi Alat Kontrasepsi	122
C. Pencegahan Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)	123
D. Persiapan Kehamilan Pada Ibu dengan Kondisi Khusus	124
E. Pemilihan Kontrasepsi Berdasarkan Kondisi Medis Tertentu	124
F. Edukasi Imunisasi dan Suplementasi Prakonsepsi	125
G. Dukungan Keluarga dan Sosial Dalam Persiapan Kehamilan	126

RANGKUMAN.....	126
EVALUASI.....	127
TOPIK 5 ANAMNESIS RISIKO PENYAKIT GENETIK	129
A. Pentingnya Riwayat Kesehatan Keluarga	129
B. Identifikasi Faktor Risiko Genetik.....	130
C. Penggunaan Pedoman dan Formulir Genetik.....	131
D. Tindak Lanjut dan Rujukan untuk Konseling Genetik	132
RANGKUMAN.....	133
TOPIK 6 PEMERIKSAAN BERAT BADAN IDEAL, NUTRISI, DAN RISIKO ANEMIA.....	135
A. Penilaian Status Gizi Calon Ibu	135
B. Pengukuran dan Interpretasi IMT.....	136
C. Risiko Anemia dan Dampaknya pada Kehamilan	136
D. Asupan Nutrisi Seimbang Prakonsepsi	137
RANGKUMAN.....	139
TOPIK 7 PEMBERIAN SUPLEMENTASI ASAM FOLAT	142
A. Peran Asam Folat dalam Prakonsepsi dan Kehamilan	142
B. Dosis dan Waktu Pemberian yang Disarankan.....	142
C. Efektivitas Suplementasi Asam Folat.....	143
RANGKUMAN.....	144
EVALUASI.....	145
TOPIK 8 PEMBERIAN IMUNISASI	147
A. Tujuan Imunisasi Prakonsepsi.....	147
B. Jenis Imunisasi dan Efek Samping Pemberian	148
C. Jadwal dan Kontraindikasi Pemberian Imunisasi.....	149
D. Edukasi dan Persetujuan Pemberian Imunisasi.....	150
RANGKUMAN.....	151
EVALUASI.....	152
TOPIK 9 EVIDENCE BASED TERKAIT ASUHAN PRAKONSEPSI.....	154
A. Pemberian Suplementasi Asam Folat	154
B. Skrining dan Manajemen Penyakit Kronis.....	154
C. Imunisasi Sebelum Kehamilan.....	155
D. Konseling Gaya Hidup dan Perubahan Perilaku.....	155
RANGKUMAN.....	156
EVALUASI.....	157
TOPIK 10 MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PRAKONSEPSI.....	159
A. Alur Manajemen Asuhan Kebidanan	159
B. Pengkajian Komprehensif Calon Ibu	160
C. Perencanaan Asuhan Berdasarkan Masalah	161
D. Implementasi dan Evaluasi Intervensi.....	161
E. Dokumentasi Asuhan Prakonsepsi	162
RANGKUMAN.....	163
EVALUASI.....	164
DAFTAR PUSTAKA.....	165

BAB IV FERTILITAS DAN INFERTILITAS

TOPIK 1 DEFINISI DAN KLASIFIKASI INFERTILITAS	167
A. Pengertian Fertilitas dan Infertilitas	167
B. Klasifikasi Infertilitas	168
C. Dampak Infertilitas	169
RANGKUMAN	170
TOPIK 2 ETIOLOGI DAN FAKTOR RISIKO INFERTILITAS.....	172
A. Faktor yang Berasal dari Perempuan.....	172
B. Faktor yang Berasal dari Laki-Laki	173
C. Faktor Gabungan dan Tidak Diketahui	174
D. Faktor Risiko yang Memperburuk Infertilitas.....	174
RANGKUMAN	175
EVALUASI	176
TOPIK 3 PATOFISIOLOGI INFERTILITAS	178
RANGKUMAN	180
EVALUASI	181
TOPIK 4 MANIFESTASI KLINIS INFERTILITAS	182
A. Tanda dan Gejala Infertilitas pada Perempuan	182
B. Tanda dan Gejala Infertilitas pada Laki-Laki.....	183
C. Manifestasi Klinis Terkait Penyebab Tertentu	184
D. Manifestasi Klinis Faktor Psikologis pada Infertilitas	186
RANGKUMAN	187
EVALUASI	188
TOPIK 5 SKRINING DAN PEMERIKSAAN PENUNJANG INFERTILITAS.....	190
A. Anamnesis.....	190
B. Pemeriksaan Fisik	191
C. Pemeriksaan Laboratorium.....	192
D. Pemeriksaan Penunjang	194
RANGKUMAN	195
EVALUASI	196
TOPIK 6 TEKNOLOGI REPRODUKSI BERBANTU ATAU ADOPSI	198
A. Konsep Teknologi Reproduksi Berbantu.....	198
B. Inseminasi Intrauterin (IUI).....	199
C. Fertilisasi In Vitro (IVF)	200
D. Perkembangan Psikologis dan Sosial dalam Teknologi Reproduksi Berbantu.....	202
E. Adopsi sebagai Alternatif	203
F. Etika, Hukum, dan Regulasi dalam Teknologi Reproduksi Berbantu serta Adopsi	205
RANGKUMAN	205
EVALUASI	206
TOPIK 7 PRINSIP PENATALAKSANAAN INFERTILITAS SESUAI KEWENANGAN BIDAN.....	208
A. Peran Bidan dalam Deteksi Dini Infertilitas	208
B. Edukasi, Skrining Awal, dan Rujukan.....	209
C. Pendekatan Promotif dan Preventif.....	210
D. Pendampingan Psikologis dan Sosial	211
E. Kolaborasi dengan Tenaga Kesehatan Lain	212
F. Prinsip Rujukan dan Tindak Lanjut.....	212

RANGKUMAN.....	213
EVALUASI.....	214
DAFTAR PUSTAKA.....	216
GLOSARIUM	217

BAB I

ASUHAN KEBIDANAN PADA REMAJA

Asuhan kebidanan pada remaja merupakan suatu topik yang sangat penting dan memerlukan perhatian khusus. Remaja merupakan fase krusial terhadap berbagai masalah Kesehatan reproduksi, termasuk kehamilan tidak diinginkan, penyakit menular seksual, dan masalah Kesehatan mental. Menurut *World Health Organization* (WHO) (2020), setiap tahunnya terdapat sekitar 21 juta remaja perempuan berusia 15-19 tahun yang melahirkan di negara – negara berkembang. Kehamilan pada remaja dapat memiliki dampak signifikan terhadap Kesehatan fisik dan mental mereka, serta dapat mempengaruhi masa depan mereka.

Penelitian yang dilakukan oleh Kementrian Kesehatan Republik Indonesia (2019) menunjukkan bahwa angka kejadian kehamilan pada remaja di Indonesia masih cukup tinggi, yaitu sekitar 48 per 1.000 remaja perempuan berusia 15 – 19 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa masih banyak remaja yang belum memiliki pengetahuan dan keterampilan yang cukup tentang Kesehatan reproduksi dan seksualitas. Oleh karena itu, asuhan kebidanan pada remaja menjadi sangat penting untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mereka dalam mengelola Kesehatan reproduksi.

Asuhan kebidanan pada remaja tidak hanya berfokus pada penanganan masalah Kesehatan reproduksi, tetapi juga mencakup upaya pencegahan dan promosi Kesehatan yang terintegrasi. Bidan memiliki peran penting dalam memberikan Pendidikan Kesehatan reproduksi kepada remaja, serta melakukan deteksi dini dan penanganan masalah Kesehatan reproduksi. Pendidikan Kesehatan yang diberikan oleh bidan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan remaja dalam mengelola Kesehatan reproduksi.

Meskipun asuhan kebidanan pada remaja telah berkembang, masih terdapat beberapa tantangan yang perlu diatasi, seperti rasa tidak nyaman remaja dalam membahas Kesehatan reproduksinya dengan bidan atau keterbatasan akses mereka terhadap layanan Kesehatan reproduksi. Oleh karena itu diperlukan strategi untuk meningkatkan kesadaran dan aksesibilitas layanan Kesehatan reproduksi bagi remaja. Pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi dapat menjadi salah satu solusi untuk meningkatkan aksesibilitas layanan Kesehatan reproduksi bagi remaja.

Dengan demikian, asuhan kebidanan pada remaja memiliki peran penting dalam meningkatkan Kesehatan reproduksi remaja. Bidan memiliki peran kunci dalam memberikan Pendidikan Kesehatan reproduksi dan melakukan deteksi dini serta penanganan masalah Kesehatan reproduksi. Perlu dilakukan upaya bersama untuk meningkatkan kualitas asuhan kebidanan pada remaja dan mengurangi masalah Kesehatan reproduksi yang dihadapi oleh remaja.

TOPIK 1

KONSEP DASAR, FILOSOFI DAN PRINSIP ASUHAN KEBIDANAN DALAM ASUHAN REMAJA

A. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Remaja

Menurut World Health Organization (WHO), remaja adalah individu yang berada dalam rentang usia 10 hingga 19 tahun. Tahapan ini merupakan bagian dari fase kehidupan yang lebih luas, yaitu *youth* (pemuda), yang mencakup usia 15 hingga 24 tahun dan *young people*, yaitu usia 10 hingga 24 tahun (WHO, 2022). Masa remaja merupakan transisi paling penting dari masa kanak – kanak menuju dewasa yang ditandai oleh perubahan biologis, psikologis, dan sosial yang kompleks. Dalam fase ini, individu mulai mengalami perkembangan karakteristik seksual sekunder, pencarian jati diri, dan peningkatan kemandirian dalam pengambilan keputusan, termasuk dalam hal kesehatan reproduksi.

Asuhan kebidanan remaja merupakan pelayanan kebidanan yang diberikan kepada individu yang berada dalam fase perkembangan remaja, yaitu antara usia 10 – 19 tahun. Fase ini merupakan masa transisi penting dari masa anak – anak menuju dewasa yang ditandai oleh perubahan fisik, psikologis, dan sosial. Dalam konteks kebidanan, pelayanan ini mencakup pemantauan dan promosi kesehatan reproduksi, pencegahan penyakit, serta dukungan psikososial.

Ruang lingkup pelayanan kebidanan remaja sangat luas dan kompleks, mencakup aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Upaya promotif mencakup pendidikan kesehatan, terutama terkait kesehatan reproduksi dan seksual, sementara tindakan preventif diarahkan pada pencegahan kehamilan remaja, infeksi menular seksual (IMS), dan perilaku berisiko lainnya. Dalam aspek kuratif, bidan dapat menangani masalah reproduksi dan psikologis dasar, sedangkan tindakan rehabilitatif difokuskan pada pemulihan kondisi kesehatan akibat permasalahan yang telah terjadi.

Pelayanan kebidanan remaja harus secara interdisipliner dan integratif, melibatkan tenaga medis lainnya, psikolog, pendidik, serta pihak keluarga dan masyarakat. Hal ini dilakukan untuk memastikan keberhasilan program pelayanan serta meningkatkan keberdayaan remaja dalam menjaga kesehatan dirinya. Kolaborasi lintas sektor menjadi landasan penting dalam implementasi kebijakan pelayanan remaja yang berkelanjutan.

Dalam ruang lingkup global, asuhan kebidanan remaja juga menjadi bagian dari agenda pembangunan berkelanjutan (*Sustainable Development Goals* / SDGs), khususnya tujuan ketiga tentang kesehatan yang baik dan kesejahteraan. Negara-negara anggota WHO dituntut untuk meningkatkan akses remaja terhadap

informasi dan layanan kesehatan reproduksi berkualitas sebagai bagian dari pemenuhan hak kesehatan seksual dan reproduksi (UNFPA, 2021).

B. Filosofi Asuhan Kebidanan Remaja

Pelayanan kebidanan remaja didasarkan pada landasan filosofis yang menekankan penghargaan terhadap martabat manusia, keadilan sosial, serta penghormatan terhadap hak-hak remaja. Filosofi ini berakar pada prinsip *youth-centered care*, yaitu pelayanan yang berfokus pada kebutuhan dan pengalaman hidup remaja sebagai individu yang unik dan berada dalam fase transisi penting. Pendekatan ini mendorong pelayanan yang bersifat inklusif, sensitif, dan empatik (Caffrey *et al.*, 2020).

Filosofi lainnya yang mendasari pelayanan kesehatan remaja adalah prinsip perkembangan, yaitu *developmentally appropriate care*. Artinya, pelayanan yang diberikan harus disesuaikan dengan tahap perkembangan biologis, psikososial, dan kognitif remaja. Pelayanan kebidanan tidak hanya berfokus pada penanganan masalah, tetapi juga pada pencegahan dan penguatan kapasitas individu. Dengan demikian, pelayanan tidak bersifat reaktif, tetapi lebih kepada pembentukan kebiasaan dan pola pikir sehat sejak dini.

Nilai-nilai dalam pelayanan kebidanan remaja juga mencakup penghormatan terhadap otonomi individu. Remaja dianggap memiliki kemampuan untuk membuat keputusan terkait kesehatannya, meskipun tetap memerlukan bimbingan. Oleh karena itu, pendekatan dialogis dan partisipatif sangat penting dalam praktik pelayanan. Bidan harus mampu menjadi fasilitator yang mendampingi remaja dalam memahami berbagai pilihan kesehatan yang tersedia.

Konsep *holistic care* juga menjadi bagian dari filosofi pelayanan kebidanan remaja. Pelayanan tidak hanya mencakup aspek fisik, tetapi juga emosional, sosial, dan spiritual. Remaja dipandang sebagai individu yang kompleks dan unik, sehingga pendekatan pelayanan harus mempertimbangkan berbagai dimensi kehidupan remaja. Misalnya, pengalaman trauma masa kecil atau tekanan sosial dari lingkungan sekolah harus diperhatikan dalam perencanaan asuhan.

Dalam penerapannya, landasan filosofis ini juga bersinergi dengan prinsip-prinsip etika kebidanan, seperti *beneficence* (berbuat baik), *non-maleficence* (tidak merugikan), *justice* (keadilan), dan *respect for autonomy* (menghormati otonomi). Hal ini menjadi landasan moral dalam mengambil keputusan klinis serta dalam merancang intervensi yang sesuai dengan konteks kehidupan remaja (Rosenbaum *et al.*, 2021).

C. Prinsip Asuhan Kebidanan Dalam Asuhan Remaja

Prinsip – prinsip asuhan kebidanan pada remaja merupakan pedoman etis dan operasional dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan yang responsif terhadap kebutuhan perkembangan remaja. Adapun prinsip asuhan kebidanan dalam asuhan remaja adalah :

a. Kerahasiaan (*Confidentially*)

Salah satu prinsip utama adalah kerahasiaan atau *confidentially*, yang menuntut bidan menjaga informasi pribadi remaja dengan ketat. Hal ini menjadi kunci utama dalam membangun kepercayaan antara remaja dan tenaga kesehatan, serta dalam menciptakan lingkungan layanan yang aman secara psikologis.

b. Aksesibilitas dan Kesenjangan

Prinsip aksesibilitas dan kesetaraan juga menjadi dasar penting. Pelayanan harus dapat dijangkau oleh seluruh remaja tanpa memandang status sosial, ekonomi, Pendidikan, atau kondisi disabilitas. Remaja, baik di perkotaan maupun pedesaan, memiliki hak yang sama untuk mendapatkan layanan kesehatan reproduksi yang berkualitas. Dalam hal ini, bidan harus mengupayakan penyediaan informasi dan layanan dalam berbagai bentuk, termasuk pemanfaatan teknologi digital dan media sosial.

c. Partisipasi Remaja

Prinsip partisipasi remaja mengacu pada keterlibatan aktif remaja dalam proses perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi layanan. Remaja harus dilibatkan sebagai subjek, bukan hanya objek layanan. Program seperti *Peer educator* atau duta kesehatan remaja menjadi bentuk konkret implementasi prinsip ini, yang secara signifikan terbukti meningkatkan efektivitas intervensi (UNICEF, 2023).

d. Holistik dan Komprehensif

Prinsip holistik dan komprehensif menekankan bahwa pelayanan harus mencakup semua aspek kesehatan remaja, bukan hanya fisik, tetapi juga mental, sosial, emosional, dan spiritual. Dalam praktiknya, bidan perlu melakukan asesmen menyeluruh, termasuk latar belakang keluarga, lingkungan sekolah, dan faktor psikososial lain yang mempengaruhi kondisi remaja.

e. Berbasis Bukti (*Evidence – Based*)

Prinsip berbasis bukti (*evidence-based*) menjadi dasar dalam menentukan intervensi yang akan diberikan kepada remaja. Setiap tindakan kebidanan harus merujuk pada pedoman praktik klinis yang terbukti secara ilmiah. Hal ini penting untuk menjamin kualitas pelayanan serta mencegah intervensi yang tidak relevan atau bahkan membahayakan.

f. Empowerment

Prinsip empowerment atau pemberdayaan remaja menjadi fokus utama dalam pelayanan kebidanan. Bidan berperan dalam membekali remaja dengan pengetahuan, keterampilan, dan kepercayaan diri agar mereka mampu menjaga kesehatannya secara mandiri. Pendekatan ini sejalan dengan filosofi promosi kesehatan dan pembangunan karakter remaja sebagai generasi yang sehat dan bertanggung jawab.

D. Tujuan dan Sasaran Asuhan Kebidanan Remaja

Tujuan utama pelayanan kebidanan remaja adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan reproduksi dan kualitas hidup remaja melalui pendekatan yang promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Hal ini sejalan dengan upaya menciptakan generasi muda yang sehat, cerdas, dan produktif. Pelayanan ini diharapkan dapat membantu remaja mengenal dan memahami perubahan yang terjadi pada dirinya secara menyeluruh, baik secara biologis, psikologis, maupun sosial. Dengan pemahaman yang baik, remaja dapat mengambil keputusan yang bertanggung jawab mengenai tubuh dan kesehatannya (BKKBN, 2022).

Tujuan lainnya adalah memberikan perlindungan terhadap remaja dari risiko kesehatan reproduksi, seperti kehamilan yang tidak direncanakan, infeksi menular seksual (IMS), kekerasan seksual, serta risiko psikologis seperti depresi dan kecemasan. Bidan memiliki peran strategis dalam melakukan deteksi dini dan intervensi awal terhadap berbagai faktor risiko tersebut. Hal ini dimungkinkan dengan pendekatan pelayanan yang sensitif, personal, dan didukung oleh hubungan yang baik antara bidan dan remaja.

Dalam konteks pembangunan kesehatan nasional, pelayanan kebidanan remaja juga bertujuan menekan angka kejadian kehamilan remaja dan risiko komplikasi kehamilan pada usia muda yang berdampak pada angka kematian ibu dan bayi. Data dari WHO (2022) menunjukkan bahwa komplikasi kehamilan dan persalinan merupakan penyebab utama kematian di kalangan remaja perempuan usia 15–19 tahun secara global. Oleh karena itu, pelayanan yang menasar edukasi dan pencegahan menjadi sangat penting dalam menekan risiko tersebut.

Sasaran pelayanan kebidanan remaja sangat luas dan beragam, mencakup remaja putri dan putra, baik yang masih dalam institusi pendidikan, yang sudah menikah, maupun yang berada dalam kelompok rentan seperti remaja dengan disabilitas, remaja jalanan, atau mereka yang mengalami kekerasan dan eksploitasi. Kelompok-kelompok ini memiliki kerentanan yang berbeda-beda dan memerlukan pendekatan pelayanan yang sesuai dengan karakteristik dan kebutuhannya.

Pelayanan juga ditujukan untuk mendukung remaja dalam membangun identitas dan harga diri yang positif, mendorong pengembangan keterampilan hidup (*life skills*), serta membentuk sikap dan perilaku yang mendukung kesehatan jangka panjang. Tujuan ini tidak hanya bersifat kuratif, tetapi juga transformatif, dengan harapan dapat menciptakan remaja yang menjadi agen perubahan di lingkungan sekitarnya.

Sasaran pelayanan kebidanan remaja tidak hanya mencakup individu, tetapi juga komunitas dan system. Artinya, bidan juga dituntut untuk memberikan intervensi berbasis komunitas, melakukan penyuluhan kepada keluarga dan masyarakat, serta mengadvokasi kebijakan yang berpihak kepada pemenuhan hak kesehatan reproduksi remaja. Dalam konteks ini, bidan bertindak tidak hanya sebagai praktisi klinis, tetapi juga sebagai pendidik, fasilitator, dan advokat kesehatan.

Dengan sasaran yang luas dan tujuan yang mendalam, pelayanan kebidanan remaja menjadi salah satu komponen penting dalam pembangunan sumber daya manusia. Keberhasilan pelayanan ini tidak hanya bergantung pada keterampilan teknis bidan, tetapi juga pada komitmen, empati, dan integritas moral dalam memberikan pelayanan yang berkeadilan, responsif, dan berorientasi pada hak serta kesejahteraan remaja.

RANGKUMAN

Masa remaja, sebagaimana didefinisikan oleh World Health Organization (WHO), merupakan fase krusial dalam rentang usia 10 hingga 19 tahun yang ditandai oleh perubahan biologis, psikologis, dan sosial yang signifikan. Asuhan kebidanan dalam fase ini diarahkan untuk mendukung perkembangan remaja secara menyeluruh melalui pelayanan yang bersifat promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Pelayanan ini tidak hanya terbatas pada intervensi klinis, tetapi juga mencakup pendidikan kesehatan reproduksi, pencegahan risiko kesehatan, serta pemberdayaan remaja dalam pengambilan keputusan yang berhubungan dengan kesehatannya. Dalam konteks global, pelayanan kebidanan remaja turut mendukung pencapaian tujuan pembangunan berkelanjutan (SDGs), khususnya dalam meningkatkan kesejahteraan dan kesehatan reproduksi remaja.

Filosofi pelayanan kebidanan remaja bertumpu pada prinsip *youth centered care* yang mengutamakan penghormatan terhadap hal dan martabat remaja sebagai individu yang unik dan mandiri. Pendekatan pelayanan ini mempertimbangkan aspek perkembangan biologis dan psikososial remaja serta mengedepankan nilai inklusivitas, partisipasi, dan empati. Prinsip pelayanan yang sesuai tahap perkembangan ini menekankan pada pentingnya pembentukan kebiasaan sehat sejak dini dan pemberdayaan remaja dalam memahami serta mengelola kesehatannya sendiri. Filosofi ini juga mengintegrasikan nilai-nilai etika profesi kebidanan seperti *beneficence*, *non-maleficence*, *justice*, dan *respect for autonomy*, yang menjadi dasar dalam memberikan pelayanan secara bermartabat dan profesional.

Pelaksanaan asuhan kebidanan remaja didasari oleh prinsip-prinsip etis dan operasional yang mencakup kerahasiaan informasi, aksesibilitas yang merata, partisipasi aktif remaja, serta pendekatan holistik dan komprehensif. Pelayanan juga harus berbasis bukti ilmiah yang sah (*evidence-based*), guna memastikan bahwa setiap intervensi memiliki dasar yang kuat dan relevan dengan kebutuhan remaja masa kini. Selain itu, pemberdayaan remaja menjadi prinsip sentral dalam pelayanan, di mana bidan tidak hanya sebagai pemberi layanan, tetapi juga sebagai pendamping dan fasilitator yang membangun kapasitas remaja agar mampu menjaga kesehatan dirinya secara mandiri dan bertanggung jawab.

Tujuan utama dari pelayanan kebidanan remaja adalah meningkatkan derajat kesehatan dan kualitas hidup remaja, mencegah risiko kesehatan reproduksi seperti kehamilan tidak direncanakan dan infeksi menular seksual, serta membentuk karakter

dan keterampilan hidup yang positif. Sasaran pelayanan ini meliputi seluruh remaja, termasuk mereka yang berada dalam kelompok rentan, baik di lingkungan pendidikan maupun komunitas. Dalam konteks yang lebih luas, bidan berperan sebagai agen perubahan yang tidak hanya memberikan layanan klinis, tetapi juga melibatkan keluarga, masyarakat, dan pembuat kebijakan dalam menciptakan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan remaja. Oleh karena itu, keberhasilan pelayanan kebidanan remaja sangat bergantung pada kolaborasi lintas sektor, pendekatan yang humanis, dan komitmen terhadap prinsip keadilan sosial dalam pelayanan kesehatan.

EVALUASI

1. Jelaskan definisi remaja menurut WHO dan bagaimana perbedaan istilah adolescent, youth, dan young people memengaruhi cakupan pelayanan kebidanan remaja!
2. Jelaskan mengapa masa remaja disebut sebagai periode transisi paling kompleks dalam kehidupan manusia!
3. Sebutkan dan jelaskan ruang lingkup asuhan kebidanan remaja yang mencakup promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif!
4. Mengapa pelayanan kebidanan remaja harus dilakukan secara interdisipliner dan integratif?
5. Jelaskan bagaimana asuhan kebidanan remaja berkontribusi dalam pencapaian *Sustainable Development Goals* (SDGs)!
6. Jelaskan prinsip *developmentally appropriate care* dalam konteks pelayanan kesehatan remaja!
7. Jelaskan bagaimana prinsip etika beneficence, non-maleficence, justice, dan respect for autonomy diaplikasikan dalam asuhan kebidanan remaja!
8. Mengapa aksesibilitas dan kesetaraan menjadi prinsip utama dalam asuhan kebidanan remaja?
9. Apa yang dimaksud dengan prinsip empowerment dalam pelayanan kebidanan remaja? Jelaskan contohnya!
10. Jelaskan peran bidan dalam melindungi remaja dari risiko kehamilan tidak diinginkan dan infeksi menular seksual!
11. Seorang remaja putri usia 16 tahun merasa cemas dengan perubahan fisiknya dan takut berbicara dengan orang tua. Bagaimana pendekatan kebidanan yang sesuai berdasarkan prinsip *confidentiality*?
12. Seorang remaja putri usia 17 tahun datang ke bidan untuk konsultasi mengenai menstruasi tidak teratur. Bagaimana bidan menerapkan prinsip *youth-centered care* dalam asuhan?
13. Seorang remaja perempuan dengan riwayat kekerasan seksual menunjukkan gejala depresi. Jelaskan pendekatan holistik yang harus dilakukan bidan!
14. Seorang remaja berusia 15 tahun merasa malu membicarakan kesehatan reproduksinya. Bagaimana bidan dapat membangun hubungan yang partisipatif dengan remaja ini?

15. Remaja 16 tahun mengalami tekanan sosial dari lingkungan sekolah yang menyebabkan stres. Bagaimana bidan dapat memberikan asuhan kebidanan dengan pendekatan holistik?
16. Kasus remaja perempuan dengan riwayat kehamilan tidak diinginkan. Jelaskan langkah-langkah promotif dan preventif yang dapat dilakukan bidan!
17. Remaja berusia 15 tahun tidak ingin orang tuanya tahu ia sedang mencari informasi tentang kontrasepsi. Bagaimana bidan harus menyikapi dilema etika ini?
18. Seorang remaja 17 tahun yang mengalami tekanan keluarga untuk menikah muda. Bagaimana bidan memberikan asuhan sesuai dengan prinsip *respect for autonomy*?
19. Remaja usia 14 tahun mengalami bullying akibat perubahan fisiknya saat pubertas. Bagaimana bidan dapat memberikan asuhan psikososial yang tepat?
20. Seorang remaja perempuan usia 17 tahun hamil dan mengalami komplikasi kehamilan. Jelaskan peran bidan dalam deteksi dini dan penanganan awal!

TOPIK 2

PERMASALAHAN KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA

A. Faktor Penyebab Permasalahan Kesehatan Reproduksi Remaja

Permasalahan kesehatan reproduksi pada remaja tidak muncul begitu saja, melainkan dipengaruhi oleh beragam faktor yang bersifat individual, keluarga, sosial, budaya, hingga structural. Pemahaman yang komprehensif terhadap penyebab-penyebab ini menjadi landasan penting dalam merancang intervensi yang efektif dan berkelanjutan. Berikut ini adalah uraian mengenai faktor-faktor utama yang menyebabkan terjadinya permasalahan kesehatan reproduksi pada remaja:

a. Kurangnya Pengetahuan dan Pendidikan Seksual Komprehensif

Salah satu penyebab dominan adalah kurangnya edukasi kesehatan reproduksi yang tepat sejak usia dini. Banyak remaja tidak mendapatkan informasi yang akurat mengenai sistem reproduksi, cara kerja kontrasepsi, maupun risiko hubungan seksual tanpa perlindungan. Pendidikan seksual yang komprehensif masih belum menjadi bagian integral dalam kurikulum sekolah di banyak negara berkembang, termasuk Indonesia. Hal ini membuat remaja mengandalkan informasi dari teman sebaya atau internet yang belum tentu dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah.

b. Norma Sosial dan Budaya yang Membatasi Akses Informasi

Norma sosial dan budaya tertentu sering kali menempatkan seksualitas sebagai hal yang tabu untuk dibicarakan secara terbuka, terutama kepada remaja. Dalam banyak komunitas, membicarakan tentang menstruasi, kontrasepsi, atau keingintahuan remaja terhadap tubuhnya dianggap tidak sopan. Akibatnya, remaja merasa malu atau takut untuk mencari informasi atau berkonsultasi dengan tenaga kesehatan.

c. Pengaruh Media dan Teknologi Digital

Akses mudah terhadap informasi melalui internet dan media sosial memberikan dampak ganda. Di satu sisi, teknologi dapat menjadi sumber edukasi yang positif, tetapi di sisi lain remaja rentan terhadap konten seksual yang tidak sehat seperti pornografi, kekerasan seksual, atau praktik seksual berisiko. Terpaparnya remaja secara dini terhadap konten seksual eksplisit dapat membentuk pola pikir dan perilaku seksual yang menyimpang (Zulkarnain *et al.*, 2021). Selain itu, media sosial juga menjadi ruang terjadinya pelecehan seksual secara daring.

d. Peran Keluarga yang Lemah dalam Edukasi Seksual

Keluarga, khususnya orang tua, memiliki peran sentral dalam memberikan nilai dan edukasi awal terkait seksualitas dan kesehatan reproduksi. Sayangnya,

banyak orang tua merasa canggung atau tidak memiliki pengetahuan yang cukup untuk menyampaikan informasi ini dengan baik. Akibatnya, remaja tidak memiliki figur yang dapat dipercaya untuk berdiskusi mengenai isu-isu reproduksi.

e. Tekanan Teman Sebaya dan Pencarian Identitas

Masa remaja adalah masa eksplorasi identitas diri dan pencarian penerimaan dari lingkungan sosial, terutama teman sebaya. Dalam konteks ini, tekanan kelompok atau peer pressure sangat memengaruhi perilaku remaja, termasuk dalam hal keputusan melakukan hubungan seksual. Ketakutan ditolak atau dianggap tidak gaul sering kali mendorong remaja melakukan tindakan berisiko tanpa mempertimbangkan dampak jangka panjangnya. Misalnya, remaja laki-laki yang merasa harus membuktikan maskulinitasnya melalui aktivitas seksual dini.

f. Kemiskinan dan Ketimpangan Sosial Ekonomi

Kondisi ekonomi keluarga yang rendah dapat menyebabkan remaja perempuan menjadi lebih rentan terhadap pernikahan dini, eksploitasi seksual, atau bahkan perdagangan manusia. Mereka mungkin melihat pernikahan atau hubungan dengan pasangan yang lebih dewasa sebagai jalan keluar dari kesulitan ekonomi. Selain itu, remaja di lingkungan miskin seringkali tidak memiliki akses terhadap layanan kesehatan reproduksi yang ramah remaja dan terjangkau (UNFPA, 2021). Hal ini memperbesar risiko komplikasi kesehatan dan sosial.

g. Keterbatasan Layanan Kesehatan Ramah Remaja

Banyak layanan kesehatan, terutama di tingkat primer, belum menerapkan prinsip ramah remaja. Pelayanan yang bersifat menghakimi, tidak menjaga privasi, dan tidak menghargai otonomi remaja akan membuat mereka enggan datang untuk berkonsultasi atau memeriksakan diri. Akibatnya, remaja lebih mencari informasi dari sumber tidak resmi, yang bisa saja menyesatkan.

B. Jenis dan Bentuk Permasalahan Kesehatan Reproduksi Remaja

a. Kehamilan Tidak Direncanakan di Usia Remaja

Kehamilan pada usia remaja menjadi masalah kesehatan yang signifikan di Indonesia. Kondisi ini sering terjadi akibat rendahnya pemahaman remaja terhadap kontrasepsi dan seksualitas. Remaja yang hamil cenderung belum siap secara fisik, emosional, dan sosial untuk menjadi orang tua, sehingga meningkatkan risiko komplikasi obstetrik seperti preeklamsia dan persalinan prematur. Selain itu, mereka juga menghadapi stigma sosial dan risiko putus sekolah, yang berdampak jangka panjang pada masa depan pendidikan dan ekonomi (UNFPA, 2022).

b. Penyakit Menular Seksual (PMS), termasuk HIV/AIDS

Remaja memiliki risiko tinggi tertular PMS karena keterbatasan akses terhadap informasi dan layanan kesehatan seksual. Banyak remaja yang melakukan hubungan seksual tanpa perlindungan, yang menyebabkan tingginya

angka penularan infeksi seperti gonore, klamidia, hingga HIV. Ketidaktahuan terhadap gejala dan enggannya mencari layanan kesehatan membuat PMS tidak tertangani, bahkan berkembang menjadi komplikasi seperti infertilitas dan kanker serviks.

c. Kekerasan Seksual dan Eksploitasi Seksual

Kekerasan seksual terhadap remaja mencakup pelecehan, pemerkosaan, hingga eksploitasi seksual berbasis digital. Banyak kasus yang tidak dilaporkan karena korban merasa malu atau takut terhadap pelaku yang dikenal. Kekerasan ini meninggalkan dampak serius, baik fisik maupun psikologis, termasuk trauma jangka Panjang, kehamilan yang tidak diinginkan, serta risiko tinggi terhadap IMS.

d. Manajemen Kebersihan Menstruasi yang Buruk

Banyak remaja perempuan tidak memiliki akses terhadap pembalut yang layak, air bersih, dan fasilitas sanitasi memadai di sekolah. Hal ini menyebabkan praktik manajemen menstruasi yang buruk, seperti penggunaan pembalut dalam waktu lama atau penggunaan kain tidak higienis. Akibatnya, risiko infeksi saluran reproduksi meningkat, dan banyak remaja absen dari sekolah saat menstruasi.

e. Aborsi Tidak Aman

Remaja yang menghadapi kehamilan tidak diinginkan kadang memilih jalan aborsi. Meskipun tidak memiliki akses pada layanan yang aman dan legal. Banyak dari mereka yang melakukannya secara sembunyi-sembunyi dengan bantuan pihak yang tidak terlatih, sehingga berisiko terhadap komplikasi seperti perdarahan hebat, infeksi, bahkan kematian. Dampak psikologis juga sangat besar, karena mereka tidak mendapatkan dukungan yang memadai.

f. Ketergantungan pada Narkoba dan Seks Bebas

Pergaulan bebas dan tekanan kelompok dapat mendorong remaja mencoba narkoba, yang kerap diiringi dengan perilaku seksual berisiko. Penggunaan zat seperti alkohol atau narkotika sebelum aktivitas seksual menurunkan kewaspadaan dan meningkatkan risiko hubungan tanpa perlindungan, penularan IMS, dan kehamilan. Fenomena ini juga terkait erat dengan rendahnya kontrol diri dan kurangnya pendidikan karakter sejak dini (BNN, 2022).

g. Gangguan Citra tubuh dan Kesehatan Mental

Media sosial menciptakan standar kecantikan dan tubuh yang tidak realistis, yang berdampak pada persepsi diri remaja, terutama perempuan. Banyak remaja mengalami gangguan citra tubuh, diet ekstrem, atau gangguan makan yang berpengaruh terhadap siklus menstruasi dan kesuburan. Selain itu, tekanan sosial ini bisa memicu depresi, kecemasan, dan penurunan harga diri, yang semuanya berkaitan erat dengan fungsi reproduksi dan kesehatan secara umum.

C. Dampak Permasalahan Kesehatan Reproduksi Remaja

a. Dampak Fisik

Permasalahan reproduksi pada remaja seperti kehamilan yang tidak direncanakan dan infeksi menular seksual (IMS) berkontribusi terhadap berbagai risiko kesehatan fisik. Remaja yang mengalami kehamilan dini memiliki peluang lebih tinggi untuk mengalami komplikasi obstetrik seperti preeklamsia, anemia, persalinan prematur, serta risiko kematian maternal dan neonatal (WHO, 2023). Selain itu, kurangnya pemahaman akan perilaku seksual aman meningkatkan risiko penularan IMS, seperti klamidia, gonore, bahkan HIV/AIDS. Dampak ini seringkali diperburuk oleh keterlambatan dalam mengakses layanan kesehatan.

b. Dampak Psikologis

Kehamilan yang tidak diinginkan, kekerasan seksual, serta stigma sosial yang melekat pada remaja dengan masalah reproduksi dapat menyebabkan gangguan psikologis jangka panjang. Remaja yang mengalami kehamilan di luar nikah sering kali menghadapi stress berat, kecemasan, rasa malu, hingga depresi klinis. Beberapa bahkan mengalami trauma psikologis berat, terutama jika kehamilan terjadi akibat kekerasan seksual. Perasaan tidak diterima oleh keluarga dan masyarakat menambah tekanan emosional yang signifikan dan dapat menyebabkan gangguan kepribadian, menarik diri dari lingkungan sosial, serta risiko bunuh diri.

c. Dampak Sosial

Permasalahan kesehatan reproduksi juga membawa konsekuensi sosial yang serius bagi remaja, seperti dikucilkan dari lingkungan sosial dan mengalami stigma dari teman sebaya, masyarakat, maupun keluarga. Remaja perempuan yang hamil sering kali dikeluarkan dari sekolah atau memilih untuk berhenti sekolah karena tekanan sosial dan kebijakan Pendidikan yang tidak inklusif. Hal ini mengurangi kesempatan mereka untuk mengakses Pendidikan dan mengembangkan potensi secara optimal. Selain itu, remaja yang menjadi orang tua juga berisiko mengalami keterasingan sosial dan terbatasnya partisipasi dalam kegiatan komunitas.

d. Dampak Ekonomi

Putusnya Pendidikan akibat kehamilan atau penyakit reproduksi berdampak langsung pada kapasitas ekonomi remaja. Mereka kehilangan peluang untuk memperoleh pekerjaan yang layak di masa depan, sehingga meningkatkan kerentanan terhadap kemiskinan. Remaja yang menikah atau memiliki anak di usia muda juga cenderung masuk ke dalam siklus kemiskinan antar generasi. Biaya pengobatan untuk komplikasi kehamilan atau IMS semakin memperburuk kondisi ekonomi keluarga, terutama apabila remaja berasal dari keluarga prasejahtera (UNFPA, 2022).

e. Dampak Pendidikan

Remaja yang mengalami masalah reproduksi, terutama kehamilan dan IMS, sering mengalami penurunan performa akademik dan absensi tinggi.

Ketidakhadiran di sekolah menghambat proses pembelajaran serta menurunkan motivasi belajar. Pendidikan seksualitas yang terbatas atau tidak komprehensif juga menyebabkan kesenjangan pengetahuan tentang tubuh, kontrasepsi, dan risiko seksual. Hal ini menciptakan siklus berulang di mana kurangnya informasi menyebabkan perilaku risiko tinggi.

D. Strategi Penanggulangan Permasalahan Kesehatan Reproduksi Remaja

a. Pendidikan Seksual Komprehensif (CSE)

CSE merupakan pendekatan strategis yang memberikan informasi ilmiah, nilai – nilai etis, dan keterampilan praktis mengenai seksualitas dan reproduksi. Program ini dirancang tidak hanya untuk menyampaikan fakta biologis, tetapi juga untuk membentuk sikap dan perilaku yang bertanggung jawab. Pendidikan ini terbukti menunda usia pertama kali berhubungan seksual, meningkatkan penggunaan kontrasepsi, serta menurunkan tingkat IMS dan kehamilan tidak diinginkan (UNESCO, 2021). Pelaksanaan CSE dapat disesuaikan dengan konteks lokal dan harus melibatkan guru yang telah dilatih secara khusus.

b. Pelayanan Kesehatan Ramah Remaja

Pelayanan kesehatan yang ramah remaja harus menyediakan layanan yang mudah diakses, rahasia, tidak menghakimi, dan bersifat edukatif. Remaja sering tidak mau mencari bantuan karena takut dikritik atau tidak nyaman dengan tenaga kesehatan. Oleh karena itu, penting untuk membangun pusat layanan kesehatan seperti Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK-R) yang bersifat inklusif. Tenaga kesehatan perlu mendapatkan pelatihan tentang komunikasi efektif dengan remaja dan pendekatan yang sesuai usia.

c. Pelibatan Keluarga dan Masyarakat

Keterlibatan keluarga dalam Pendidikan kesehatan reproduksi menjadi faktor penting dalam membangun komunikasi terbuka dan mencegah risiko. Keluarga berperan sebagai sumber informasi dan perlindungan utama. Pendidikan parenting yang menekankan pada pentingnya komunikasi dua arah dan penerimaan terhadap remaja dapat meningkatkan keterbukaan dalam membahas isu-isu seksual dan kesehatan reproduksi. Masyarakat, termasuk tokoh agama dan adat, juga perlu dilibatkan sebagai agen edukasi yang memperkuat nilai-nilai positif secara kontekstual.

d. Keterlibatan Remaja sebagai *Peer educator*

Remaja lebih mudah menerima informasi dari teman sebayanya. Oleh karena itu, program pelatihan *Peer educator* atau konselor sebaya sangat efektif dalam menjangkau remaja lain yang mengalami hambatan dalam mengakses informasi dari orang dewasa. Remaja yang dilatih dapat menyebarkan informasi kesehatan reproduksi, memberikan dukungan emosional, serta membantu menjembatani akses layanan. Strategi ini memperkuat pemberdayaan remaja dan menumbuhkan tanggung jawab sosial terhadap sesama.

e. Pemanfaatan Media Sosial dan Teknologi

Teknologi digital dan media sosial dapat menjadi sarana yang efektif dalam menyebarkan informasi tentang kesehatan reproduksi. Remaja merupakan pengguna aktif media digital, sehingga pendekatan berbasis teknologi seperti aplikasi edukasi, video informatif, dan kampanye media sosial sangat potensial. Namun, perlu diwaspadai penyebaran hoaks atau konten yang tidak sehat. Oleh karena itu, diperlukan kurasi konten dan literasi digital yang baik bagi remaja dan pembuatan kebijakan.

RANGKUMAN

Permasalahan kesehatan reproduksi pada remaja merupakan isu multidimensional yang dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik internal maupun eksternal. Kurangnya pengetahuan dan Pendidikan seksual yang komprehensif menjadi salah satu akar utama permasalahan ini. Norma sosial dan budaya yang membatasi akses terhadap informasi, ditambah dengan peran keluarga yang kurang optimal, semakin memperparah ketidaktahuan remaja mengenai tubuh dan reproduksinya. Selain itu, pengaruh negatif media digital, tekanan dari teman sebaya, ketimpangan sosial ekonomi, dan minimnya layanan kesehatan ramah remaja memperbesar potensi terjadinya perilaku seksual berisiko di kalangan remaja.

Permasalahan yang muncul sebagai konsekuensi dari kondisi tersebut mencakup berbagai aspek kesehatan fisik dan psikososial. Kehamilan yang tidak direncanakan pada usia remaja, penyakit menular seksual (PMS), kekerasan seksual, manajemen kebersihan menstruasi yang buruk, hingga aborsi tidak aman merupakan contoh nyata dari kompleksitas isu ini. Di samping itu, ketergantungan terhadap narkoba, seks bebas, dan gangguan citra tubuh yang dipengaruhi oleh standar media sosial juga menjadi faktor yang memperburuk kondisi kesehatan reproduksi remaja. Ketidaksiapan secara fisik dan emosional dalam menghadapi risiko reproduksi berkontribusi pada meningkatnya komplikasi medis dan psikologis.

Dampak dari permasalahan kesehatan reproduksi remaja sangat luas, meliputi aspek fisik, psikologis, sosial, ekonomi, dan pendidikan. Remaja yang mengalami kehamilan atau tertular PMS berisiko mengalami komplikasi serius, termasuk kematian ibu dan bayi. Secara psikologis, mereka rentan terhadap stres, depresi, dan isolasi sosial akibat stigma serta kurangnya dukungan dari lingkungan sekitar. Dampak sosial dan ekonomi juga signifikan, seperti meningkatnya angka putus sekolah, rendahnya peluang kerja, dan terjebaknya remaja dalam siklus kemiskinan antargenerasi. Kurangnya akses informasi yang akurat menyebabkan siklus permasalahan ini terus berulang di berbagai wilayah.

Untuk mengatasi permasalahan tersebut, diperlukan penerapan strategi yang menyeluruh dan melibatkan berbagai sector secara terpadu. Pendidikan kesehatan seksual yang menyeluruh (*Comprehensive Sexuality Education/CSE*) perlu diintegrasikan dalam kurikulum pendidikan dengan pendekatan yang disesuaikan menurut tahap

perkembangan usia dan norma budaya setempat. Layanan kesehatan yang ramah terhadap remaja juga harus diperluas cakupannya, serta didukung oleh tenaga profesional yang memiliki kompetensi khusus. Partisipasi aktif keluarga dan komunitas dalam mendorong komunikasi yang terbuka sangat krusial guna menciptakan lingkungan yang mendukung. Di samping itu, peningkatan kapasitas remaja melalui pelibatan sebagai pendidik sebaya (*peer educator*) dan pemanfaatan teknologi digital secara tepat dapat memperkuat literasi remaja mengenai kesehatan reproduksi serta mendorong kemandirian dalam menjaga kesehatannya.

EVALUASI

1. Jelaskan bagaimana kurangnya pendidikan seksual komprehensif dapat meningkatkan angka kehamilan tidak diinginkan pada remaja!
2. Bagaimana norma sosial dan budaya di Indonesia memengaruhi akses remaja terhadap informasi kesehatan reproduksi?
3. Analisis peran keluarga dalam pencegahan masalah kesehatan reproduksi remaja!
4. Mengapa kemiskinan dapat meningkatkan risiko pernikahan dini pada remaja perempuan?
5. Jelaskan hubungan antara keterbatasan layanan kesehatan ramah remaja dengan tingginya angka IMS pada remaja!
6. Mengapa remaja lebih rentan terhadap penularan penyakit menular seksual dibandingkan kelompok usia lain?
7. Uraikan faktor psikologis yang sering dialami remaja setelah mengalami kekerasan seksual!
8. Jelaskan dampak sosial dari stigma terhadap remaja yang mengalami kehamilan di luar nikah!
9. Bagaimana pendidikan seksual komprehensif (CSE) dapat mencegah pernikahan dini?
10. Jelaskan dampak jangka panjang kesehatan mental pada remaja akibat eksploitasi seksual berbasis digital!
11. Seorang remaja perempuan usia 16 tahun datang ke puskesmas dengan keluhan terlambat haid 2 bulan. Ia tampak cemas karena takut orang tua mengetahui kondisinya. Analisis faktor penyebab masalah yang dialami remaja ini!
12. Seorang remaja perempuan usia 15 tahun dipaksa menikah karena faktor ekonomi keluarga. Jelaskan dampak kesehatan reproduksi dan sosial yang mungkin dialaminya!
13. Di sebuah sekolah, ditemukan kasus beberapa siswi sering absen saat menstruasi karena tidak ada toilet layak. Apa rekomendasi intervensi yang bisa dilakukan tenaga kesehatan?
14. Seorang remaja perempuan mengalami kehamilan tidak diinginkan dan berniat melakukan aborsi secara sembunyi-sembunyi. Bagaimana pendekatan tenaga kesehatan dalam menangani kasus ini?

15. Seorang siswi usia 14 tahun merasa minder dan mengalami depresi karena diejek teman-temannya terkait bentuk tubuhnya. Analisis hubungan masalah ini dengan kesehatan reproduksi!
16. Seorang remaja perempuan usia 17 tahun melaporkan pelecehan seksual secara daring (*cyber harassment*). Apa bentuk dukungan yang bisa diberikan tenaga kesehatan?
17. Seorang remaja perempuan usia 16 tahun mengalami keputihan berulang dan malu untuk pemeriksaan ke puskesmas karena takut dihakimi. Bagaimana pendekatan pelayanan ramah remaja?
18. Seorang remaja yang pernah mengalami kekerasan seksual menolak bersekolah karena trauma. Analisis dampak psikologis dan pendidikan yang mungkin muncul!
19. Seorang siswi usia 17 tahun hamil di luar nikah dan berencana putus sekolah. Apa intervensi jangka pendek dan jangka panjang yang bisa diberikan?
20. Di sebuah kota, terdapat tren penggunaan aplikasi kencan online oleh remaja. Analisis dampak kesehatan reproduksi yang mungkin terjadi!

TOPIK 3

ISU SOSIAL YANG MEMPENGARUHI STATUS KESEHATAN REMAJA

A. Konsep Dasar Isu Sosial

Isu sosial dalam konteks remaja merujuk pada berbagai permasalahan sosial yang secara langsung maupun tidak langsung mempengaruhi kehidupan, perkembangan, dan kesejahteraan remaja dalam masyarakat. Isu-isu ini tidak hanya mencakup tantangan yang dihadapi individu remaja secara personal, tetapi juga mencerminkan permasalahan struktural yang ada dalam lingkungan sosial, ekonomi, budaya, dan politik yang lebih luas. Dalam fase perkembangan yang penuh transisi ini, remaja menjadi kelompok yang sangat rentan terhadap berbagai dampak negatif dari isu sosial, terutama karena keterbatasan akses, keterampilan menghadapi tekanan sosial, serta minimnya dukungan dari lingkungan sekitar.

Isu sosial pada remaja seringkali bersifat interseksional, yakni saling tumpang tindih dan memperburuk satu sama lain. Misalnya, seorang remaja yang hidup dalam kemiskinan kemungkinan besar juga mengalami keterbatasan akses terhadap Pendidikan dan layanan kesehatan, sehingga lebih berisiko mengalami kekerasan atau eksploitasi. Isu – isu ini tidak hanya berdampak jangka pendek seperti gangguan kesehatan mental atau putus sekolah, tetapi juga berdampak jangka Panjang pada kualitas hidup dan partisipasi dewasa kelak (UNICEF, 2022).

Dengan demikian, memahami isu sosial dalam konteks remaja tidak cukup hanya dengan melihat permasalahan secara permukaan. Diperlukan pendekatan holistik dan interdisipliner yang mempertimbangkan berbagai faktor penentu sosial, seperti keluarga, komunitas, kebijakan publik, dan norma budaya. Dengan pemahaman yang mendalam tentang isu sosial yang memengaruhi remaja, maka intervensi yang dilakukan baik melalui pendidikan, layanan kesehatan, maupun kebijakan sosial akan menjadi lebih efektif, relevan, dan berkeadilan.

B. Isu Sosial dan Dampaknya terhadap Kesehatan Remaja

a. Kekerasan Dalam Pacaran (KDP)

Kekerasan dalam pacaran (KDP) adalah bentuk kekerasan yang terjadi dalam hubungan romantis antar remaja, baik secara fisik, emosional, seksual, maupun psikologis. KDP tidak selalu mudah dikenali karena sering dibungkus dalam bentuk perilaku yang tampak “peduli” namun sebenarnya bersifat mengontrol. Contohnya adalah kecemburuan berlebihan, melarang pasangan berteman dengan lawan jenis, atau memaksa pasangan untuk melakukan aktivitas seksual.

Remaja sering kali tidak memiliki kemampuan atau pengetahuan cukup untuk mengenali tanda-tanda kekerasan ini. Hal ini membuat korban terjebak

dalam hubungan tidak sehat yang penuh tekanan, tetapi tetap bertahan karena merasa "itu cinta". Kurangnya pendidikan tentang relasi sehat dan keterbatasan dukungan sosial memperparah situasi ini

Dampak KDP terhadap kesehatan remaja :

- 1) Menimbulkan trauma emosional yang mendalam seperti kecemasan, depresi, hingga gangguan stres pascatrauma (PTSD).
- 2) Dapat menyebabkan cedera fisik dan masalah kesehatan reproduksi akibat hubungan seksual yang dipaksakan
- 3) Memicu isolasi sosial, karena pelaku seringkali memisahkan korban dari lingkungan
- 4) Menurunnya kepercayaan diri dan nilai diri remaja
- 5) Mengganggu prestasi akademik, karena sulit berkonsentrasi akibat tekanan emosional.

b. Kekerasan Berbasis Gender Online (KBGO)

KBGO merupakan bentuk kekerasan yang dilakukan melalui internet dan media digital, meliputi pelecehan seksual daring, pemerasan berbasis konten intim (*sextortion*), penyebaran foto pribadi tanpa izin (*revenge porn*), perundungan berbasis gender, hingga *cyberstalking*. Fenomena ini meningkat seiring dengan keterlibatan digital remaja yang tinggi, terutama melalui media sosial.

Dampak KBGO terhadap kesehatan remaja :

- 1) Menimbulkan gangguan mental seperti depresi, rasa malu berlebihan, gangguan tidur, dan *eating disorder*
- 2) Mengakibatkan kerusakan citra diri dan reputasi sosial, terutama jika konten tersebar luas
- 3) Meningkatkan risiko isolasi sosial, bahkan keinginan untuk bunuh diri pada beberapa kasus ekstrem.
- 4) Memicu ketakutan dan paranoia digital, yang bisa mengganggu keseharian

c. Isu Virginitas dan Tekanan Sosial

Konsep keperawanan masih sering dikaitkan dengan harga diri dan moralitas, khususnya pada remaja perempuan. Hal ini menciptakan tekanan sosial yang besar. Remaja laki-laki juga menghadapi ekspektasi untuk menjadi dominan secara seksual, yang sama berbahayanya.

Remaja perempuan yang kehilangan keperawanan di luar pernikahan kerap mengalami stigma berat, sedangkan remaja laki-laki malah mendapat "pengakuan". Ketimpangan nilai ini berdampak buruk terhadap kesehatan mental, perilaku seksual sembunyi-sembunyi, dan rendahnya penggunaan kontrasepsi karena takut diketahui

Dampak Isu Virginitas terhadap kesehatan remaja :

- 1) Munculnya tekanan batin, rasa takut, dan kecemasan dalam membicarakan atau mengalami pengalaman seksual.
- 2) Perilaku seksual sembunyi-sembunyi yang cenderung tanpa proteksi dan informasi memadai

- 3) Rasa bersalah dan stigma sosial, terutama setelah kehilangan keperawanan di luar pernikahan.
- 4) Berisiko pada gangguan harga diri dan kepercayaan diri, terutama pada remaja perempuan

d. Paparan Pornografi

Paparan pornografi pada remaja berdampak serius pada pemahaman mereka tentang hubungan seksual, cinta, dan tubuh manusia. Akses yang mudah melalui gawai membuat remaja bisa mengonsumsi konten ini bahkan sejak usia sekolah dasar.

Pornografi dapat mengubah cara remaja memandang tubuh mereka sendiri dan orang lain, serta menimbulkan ekspektasi tidak realistis dalam relasi seksual. Dalam jangka panjang, ini dapat menciptakan ketergantungan, kesulitan menjalin hubungan intim sehat, hingga disfungsi seksual.

Dampak paparan pornografi terhadap kesehatan remaja:

- 1) Memunculkan ketergantungan psikologis pada materi pornografi
- 2) Meningkatkan perilaku seksual impulsif atau agresif yang tidak sehat
- 3) Membentuk pola pikir objektifikasi, yaitu melihat orang lain sebagai objek seksual semata
- 4) Menurunnya motivasi belajar, terganggunya konsentrasi, dan performa akademik yang menurun.

e. Penyalahgunaan NAPZA

Penyalahgunaan NAPZA oleh remaja sering bermula dari tekanan kelompok sebaya, rasa ingin tahu, atau pelarian dari masalah keluarga dan emosi yang tidak terselesaikan. Jenis zat yang umum digunakan mencakup rokok, alkohol, lem, ekstasi, sabu, dan ganja.

NAPZA memengaruhi sistem saraf pusat yang menyebabkan euforia sesaat, tetapi kerusakan jangka panjang. Efek kecanduan juga mengarah pada perubahan perilaku, kriminalitas, serta gangguan psikososial berat.

Dampak penyalahgunaan NAPZA terhadap kesehatan remaja:

- 1) Kerusakan organ tubuh, seperti hati, ginjal, dan sistem saraf pusat
- 2) Meningkatkan risiko ketergantungan akut, overdosis, dan kematian
- 3) Memicu gangguan mental seperti psikosis, skizofrenia, dan depresi berat
- 4) Meningkatkan perilaku kriminal dan kekerasan, serta menyebabkan drop out dari sekolah.

f. Gangguan Oposisi *Deviant / Oppositional Defiant Disorder* (ODD)

ODD adalah gangguan perilaku yang ditandai dengan sikap mudah tersinggung, suka membantah otoritas, dan berperilaku menentang secara konsisten. Kondisi ini muncul sejak usia anak-anak atau awal remaja, dan bila tidak ditangani dapat berkembang menjadi gangguan perilaku lebih berat.

ODD sering kali berasal dari pola pengasuhan yang tidak konsisten, trauma masa kecil, atau lingkungan yang penuh konflik. Anak dengan ODD memiliki risiko tinggi untuk mengalami kegagalan akademik dan gangguan sosial dalam jangka Panjang.

Dampak ODD terhadap kesehatan remaja :

- 1) Menyebabkan konflik dalam keluarga dan lingkungan sekolah, bahkan isolasi sosial
- 2) Dapat berkembang menjadi gangguan perilaku berat, seperti *conduct disorder* atau bahkan perilaku kriminal
- 3) Menghambat kemampuan berelasi sosial sehat dan empati terhadap orang lain
- 4) Mempengaruhi prestasi akademik dan hubungan interpersonal jangka panjang.

C. Strategi Menghadapi Isu Sosial yang Mempengaruhi Status Kesehatan Remaja

a. Pendidikan Seksualitas Komprehensif

Memberikan informasi ilmiah tentang seksualitas, hubungan sehat, persetujuan, dan perlindungan diri sejak dini. Materi disesuaikan dengan usia dan budaya, serta memperkuat pemahaman tentang hak-hak reproduksi dan pencegahan kekerasan seksual.

b. Literasi Digital dan Etika Bermedia

Literasi digital adalah kemampuan individu dalam menggunakan teknologi informasi secara bijak dan bertanggung jawab. Pada era digital, remaja perlu dibekali keterampilan untuk memahami cara menjaga privasi data pribadi, menghindari jebakan konten negatif, dan menggunakan media sosial secara etis. Literasi digital ini menjadi krusial dalam mencegah Kekerasan Berbasis Gender Online (KBGO), perundungan digital, serta penyebaran konten pornografi.

c. Kelas Pengasuhan dan Parenting Berbasis Reproduksi

Kelas pengasuhan berbasis reproduksi adalah wadah edukatif yang dirancang khusus untuk meningkatkan kapasitas orang tua dalam mendampingi anak menghadapi masa pubertas dan tantangan reproduksi remaja. Kelas ini mencakup materi mengenai perubahan fisik, emosi, serta dinamika sosial yang dialami remaja. Orang tua dibekali dengan keterampilan komunikasi efektif agar mampu menciptakan ruang dialog yang terbuka dan aman.

d. Penguatan Layanan Konseling Remaja di Sekolah dan Puskesmas

Konseling remaja merupakan bagian penting dalam sistem pendukung kesehatan mental dan reproduksi. Sekolah dan puskesmas sebagai institusi layanan dasar memiliki peran krusial dalam menyediakan akses konseling yang aman, rahasia, dan inklusif. Remaja yang menghadapi tekanan sosial, kekerasan, atau masalah perilaku memerlukan tempat untuk bercerita tanpa takut distigma atau dihakimi.

e. Kampanye Sosial dan *Peer educator*

Kampanye sosial adalah strategi penyadaran publik yang melibatkan remaja secara aktif dalam kegiatan edukasi berbasis komunitas. Melalui kampanye ini, remaja dapat mengekspresikan pandangan mereka terhadap isu-isu seperti kekerasan dalam pacaran, penyalahgunaan NAPZA, dan pentingnya literasi

seksual. *Peer educator* atau pendidik sebaya berperan penting dalam menjangkau sesama remaja melalui pendekatan yang sejajar dan empatik. Remaja lebih mudah menerima informasi dari rekan sebaya yang berbicara dengan bahasa dan perspektif yang relevan dengan mereka.

f. Kolaborasi Multisektor

Isu kesehatan remaja memerlukan pendekatan kolaboratif yang melibatkan banyak sektor, seperti dinas pendidikan, kesehatan, kepolisian, lembaga sosial, dan tokoh agama. Kolaborasi ini penting untuk menciptakan sistem dukungan yang holistik dan responsif terhadap kebutuhan remaja. Pelatihan lintas sektor perlu dilakukan untuk meningkatkan kapasitas dalam mengenali tanda-tanda kekerasan, gangguan mental, atau perilaku menyimpang pada remaja. Dengan demikian, setiap aktor yang terlibat dapat berperan aktif dalam upaya preventif dan kuratif.

g. Penguatan Regulasi dan Penegakan Hukum

Regulasi yang kuat menjadi fondasi perlindungan hukum bagi remaja. Pemerintah perlu memperkuat dan menegakkan Undang-Undang Perlindungan Anak serta UU ITE dalam menghadapi kasus KBGO, eksploitasi seksual, dan penyebaran pornografi kepada anak di bawah umur. Penegakan hukum yang konsisten memberikan efek jera kepada pelaku dan perlindungan nyata bagi korban. Selain itu, kebijakan juga perlu diarahkan untuk mencegah keterpaparan anak terhadap konten berbahaya, termasuk melalui pengawasan platform digital.

RANGKUMAN

Isu sosial yang memengaruhi kesehatan remaja mencakup berbagai permasalahan yang timbul dari faktor individu maupun struktural dalam lingkungan sosial, ekonomi, budaya, dan politik. Remaja merupakan kelompok yang rentan karena berada pada masa perkembangan yang penuh perubahan dan sering kali memiliki keterbatasan keterampilan untuk mengelola tekanan sosial, keterbatasan akses terhadap pendidikan, serta kurangnya dukungan dari lingkungan sekitar. Permasalahan ini sering kali saling berkaitan, misalnya kemiskinan yang berhubungan dengan rendahnya akses terhadap layanan kesehatan dan pendidikan, serta meningkatnya risiko kekerasan dan eksploitasi. Pemahaman yang menyeluruh mengenai permasalahan ini penting agar langkah penanganan yang dilakukan dapat tepat sasaran dan memberikan keadilan bagi semua pihak.

Berbagai bentuk isu sosial dapat berdampak langsung terhadap kesehatan remaja, baik secara fisik maupun mental. Kekerasan dalam pacaran, kekerasan berbasis gender melalui media daring, tekanan sosial terkait keperawanan, paparan pornografi, penyalahgunaan narkoba, alkohol, dan zat adiktif lainnya, hingga gangguan perilaku seperti *Oppositional Defiant Disorder (ODD)* merupakan contoh nyata permasalahan yang sering dihadapi. Dampak yang ditimbulkan meliputi trauma emosional, cedera fisik, gangguan kesehatan reproduksi, penurunan prestasi belajar, kerusakan citra diri, isolasi sosial, dan bahkan risiko terjerumus pada tindak kriminal. Penyebab permasalahan tersebut sering berakar pada pola pengasuhan yang kurang tepat, tekanan dari lingkungan, serta paparan informasi atau konten negatif yang tidak tersaring dengan baik.

Penanganan isu sosial yang memengaruhi kesehatan remaja memerlukan pendekatan menyeluruh dan melibatkan berbagai pihak. Pendidikan seksualitas yang komprehensif penting untuk memberikan informasi yang tepat sesuai usia, sementara literasi digital membantu remaja memanfaatkan teknologi secara bijak dan aman. Kelas pengasuhan berbasis reproduksi dapat membekali orang tua dengan pengetahuan dan keterampilan dalam mendampingi remaja menghadapi masa pubertas. Selain itu, layanan konseling yang tersedia di sekolah maupun fasilitas kesehatan perlu diperkuat agar remaja memiliki tempat yang aman untuk menyampaikan masalah tanpa rasa takut atau stigma.

Upaya lain yang dapat dilakukan meliputi kampanye sosial yang melibatkan remaja sebagai pendidik sebaya, kerja sama lintas sektor untuk menciptakan sistem dukungan yang terpadu, serta penegakan hukum yang tegas untuk melindungi remaja dari kekerasan dan paparan konten berbahaya. Peran aktif keluarga, sekolah, masyarakat, dan pemerintah sangat diperlukan untuk mencegah dan mengatasi berbagai permasalahan tersebut. Melalui kerja sama yang berkelanjutan, kesehatan remaja dapat ditingkatkan sehingga mereka mampu tumbuh menjadi generasi yang sehat, mandiri, dan berdaya saing tinggi.

EVALUASI

1. Jelaskan pengertian isu sosial dalam konteks kesehatan remaja dan sebutkan tiga contoh yang relevan di Indonesia!
2. Sebutkan dan jelaskan 5 dampak kekerasan dalam pacaran (KDP) terhadap kesehatan mental remaja!
3. Bandingkan perbedaan karakteristik KDP dengan Kekerasan Berbasis Gender Online (KBGO)!
4. Jelaskan mekanisme psikologis mengapa korban KDP sering sulit keluar dari hubungan yang tidak sehat!
5. Uraikan 3 dampak jangka panjang isu virginitas terhadap perilaku seksual remaja!
6. Sebutkan 4 strategi pencegahan penyalahgunaan NAPZA di lingkungan sekolah?
7. Uraikan konsep pendidikan seksualitas komprehensif dan prinsip-prinsip penerapannya!
8. Sebutkan 3 keuntungan menggunakan pendekatan peer edukator dalam kampanye isu sosial remaja?
9. Jelaskan bentuk kolaborasi multisektor yang efektif untuk mengatasi masalah paparan pornografi pada remaja!
10. Uraikan 3 faktor budaya yang dapat memperkuat atau memperburuk isu virginitas pada remaja perempuan!
11. Seorang remaja perempuan 16 tahun mengaku pada bidan bahwa pacarnya melarangnya berteman dengan lawan jenis dan memeriksa ponselnya setiap hari. Jelaskan analisis masalah dan langkah intervensi awal yang tepat!
12. Seorang siswi SMA mengalami tekanan sosial karena tidak lagi perawan sebelum menikah. Ia mulai menghindari teman-temannya. Analisis masalah dan jelaskan pendekatan konseling yang tepat!
13. Siswa SMA ditemukan tidak masuk sekolah selama 1 minggu, dan diketahui mengonsumsi alkohol karena tekanan teman sebaya. Jelaskan analisis masalah dan intervensi berbasis sekolah!
14. Seorang siswi SMP menunjukkan perilaku menentang guru secara konsisten dan sering memprovokasi teman. Jelaskan kemungkinan diagnosis dan strategi penanganan awal!
15. Remaja korban KBGO enggan melapor ke pihak berwenang karena takut stigma. Sebutkan 3 pendekatan yang dapat digunakan bidan untuk membangun kepercayaan korban!
16. Di sebuah desa, angka penyalahgunaan NAPZA meningkat pada kelompok remaja putus sekolah. Jelaskan langkah pencegahan berbasis komunitas yang dapat dilakukan bersama tokoh masyarakat!
17. Seorang siswi SMA menjadi korban perundungan digital yang mengandung unsur pelecehan seksual. Jelaskan langkah koordinasi multisektor untuk menangani kasus ini!
18. Seorang remaja menunjukkan gejala PTSD setelah mengalami KDP. Jelaskan tanda-tanda klinis PTSD pada remaja dan rujukan yang sesuai!

19. Seorang siswi mengalami kekerasan fisik dari pacarnya namun enggan melapor.
Jelaskan hambatan pelaporan dan upaya mengatasinya!
20. Di sebuah sekolah, banyak siswa menganggap merokok adalah simbol kedewasaan.
Jelaskan strategi perubahan perilaku yang dapat diterapkan guru BK!

TOPIK 4

KEBUTUHAN MASA REMAJA

Kebutuhan masa remaja merujuk pada serangkaian aspek fisik, psikologis, sosial dan emosional yang harus dipenuhi selama periode perkembangan remaja guna menunjang pertumbuhan yang optimal dan pembentukan identitas diri yang sehat. Masa remaja merupakan fase transisi dari masa kanak-kanak menuju dewasa, yang ditandai dengan perubahan biologis yang cepat, perkembangan kognitif, pencarian jati diri, serta peningkatan kebutuhan akan penerimaan sosial dan kemandirian. Dalam konteks ini, kebutuhan remaja mencakup hal-hal yang harus tersedia dan dipenuhi agar mereka mampu menjalani proses perkembangan secara seimbang dan tanpa hambatan.

A. Kebutuhan Masa Remaja

a. Kebutuhan Fisik Remaja

1) Nutrisi dan gizi seimbang

Remaja membutuhkan asupan nutrisi yang cukup untuk menunjang percepatan pertumbuhan tinggi badan, berat badan, serta perkembangan otot dan organ reproduksi. Masa remaja dikenal sebagai *second window of opportunity* dalam siklus kehidupan, di mana kebutuhan zat gizi seperti zat besi, kalsium, protein, dan vitamin meningkat secara signifikan (WHO, 2022). Kekurangan gizi pada masa ini dapat menyebabkan anemia, hambatan pertumbuhan, serta gangguan fungsi kognitif.

2) Kebutuhan istirahat dan tidur yang cukup

Tidur yang berkualitas sangat penting untuk proses pematangan otak dan pengaturan hormon pertumbuhan. Rata-rata remaja membutuhkan tidur selama 8–10 jam per hari. Kurang tidur dapat memengaruhi konsentrasi belajar, stabilitas emosi, serta meningkatkan risiko obesitas dan gangguan metabolik.

3) Aktivitas fisik dan olahraga teratur

Kegiatan fisik sangat berperan dalam meningkatkan daya tahan tubuh, menjaga berat badan ideal, serta mengurangi stres dan kecemasan. WHO (2020) merekomendasikan remaja untuk melakukan aktivitas fisik intensitas sedang hingga tinggi setidaknya 60 menit per hari. Kurangnya aktivitas fisik juga berkorelasi dengan meningkatnya kejadian obesitas dan penyakit tidak menular sejak usia muda.

4) Kesehatan reproduksi dan pubertas

Perubahan fisiologis selama pubertas, seperti menstruasi pada perempuan dan mimpi basah pada laki-laki, memerlukan edukasi serta dukungan psikologis agar remaja memahami proses biologis tersebut secara positif. Asuhan kebidanan remaja harus memberikan pemahaman yang

benar tentang kebersihan diri, alat reproduksi, serta deteksi dini masalah kesehatan seperti keputihan abnormal atau gangguan siklus menstruasi.

5) Pencegahan dan perawatan kesehatan dasar

Remaja membutuhkan akses terhadap imunisasi lanjutan, skrining kesehatan, serta edukasi mengenai pencegahan penyakit menular dan tidak menular. Layanan kesehatan ramah remaja perlu menyediakan sarana yang mendukung untuk kunjungan rutin serta penanganan masalah-masalah yang berhubungan dengan remaja.

b. Kebutuhan Psikologis Remaja

1) Pembentukan identitas diri

Remaja berproses untuk memahami siapa diri mereka melalui eksplorasi nilai, keyakinan, dan tujuan hidup. Erikson menyebut fase ini sebagai krisis identitas dan kebingungan peran. Kegagalan dalam membentuk identitas dapat menyebabkan kecemasan, alienasi sosial, atau perilaku menyimpang. Bimbingan yang bersifat mendukung sangat penting dalam membantu remaja melewati fase ini.

2) Pengakuan dan penerimaan diri

Remaja membutuhkan pengakuan atas keunikan dan pencapaian mereka, baik dari orang tua, guru, maupun teman sebaya. Kurangnya penghargaan atau kritik yang berlebihan dapat menurunkan harga diri dan menyebabkan rasa tidak berharga. Oleh karena itu, lingkungan yang suportif dan apresiatif berperan penting dalam membentuk kepercayaan diri remaja.

3) Pengelolaan emosi dan stress

Perubahan hormon dan tuntutan lingkungan dapat membuat remaja rentan terhadap gangguan emosional seperti ledakan marah, kecemasan, atau depresi. Pelatihan keterampilan hidup (*life skills*), seperti pengelolaan stres dan kemampuan memecahkan masalah, terbukti efektif dalam meningkatkan ketahanan mental remaja (UNICEF, 2021).

4) Kemandirian dan pengambilan keputusan

Remaja perlu belajar mengambil keputusan yang tepat dalam berbagai aspek kehidupan, termasuk dalam hal belajar, memilih teman, dan menjaga diri dari risiko. Pemberdayaan remaja dalam mengambil keputusan dapat menumbuhkan rasa tanggung jawab dan kontrol atas kehidupannya sendiri

5) Dukungan emosional dan konseling

Remaja sangat membutuhkan tempat bercerita yang aman dan bebas dari penghakiman. Keberadaan guru BK, konselor sekolah, atau tenaga kesehatan yang bersikap terbuka dan empatik menjadi krusial dalam membantu remaja mengelola konflik batin dan tekanan sosial

c. Kebutuhan Sosial Remaja

1) Hubungan yang positif dengan keluarga

Keluarga adalah fondasi utama pembentukan nilai dan karakter remaja. Interaksi yang hangat, terbuka, dan penuh dukungan dari orang tua dapat menurunkan risiko perilaku menyimpang. Sebaliknya, konflik keluarga atau

komunikasi yang buruk dapat mendorong remaja mencari pelarian melalui pergaulan bebas atau penyalahgunaan zat.

2) Penerimaan dan interaksi dengan teman sebaya

Remaja sangat dipengaruhi oleh dinamika kelompok sebaya. Mereka cenderung mengidentifikasi diri dengan kelompoknya untuk memperoleh rasa diterima. Relasi sosial yang sehat akan meningkatkan kepercayaan diri dan keterampilan interpersonal, sementara tekanan dari kelompok sebaya yang negatif dapat memicu kenakalan remaja atau perilaku berisiko.

3) Partisipasi dalam aktivitas sosial dan organisasi

Keterlibatan dalam kegiatan ekstrakurikuler, organisasi pemuda, atau komunitas lokal membantu remaja mengembangkan rasa tanggung jawab sosial, kepemimpinan, serta keterampilan kerja tim. Pengalaman ini juga bermanfaat untuk memperluas jejaring sosial dan memperkuat identitas sosial.

4) Edukasi tentang etika dan norma sosial

Remaja perlu memahami batasan perilaku yang dapat diterima dalam masyarakat, serta nilai-nilai sosial seperti empati, kejujuran, dan tanggung jawab. Hal ini dapat ditanamkan melalui pendidikan karakter di sekolah serta contoh perilaku dari orang dewasa di sekitarnya.

5) Perlindungan dari kekerasan dan eksploitasi sosial

Remaja harus mendapatkan jaminan perlindungan dari berbagai bentuk kekerasan, baik fisik, verbal, seksual, maupun daring (*cyberbullying*). Pemerintah, sekolah, dan keluarga wajib bekerja sama membangun sistem pelaporan dan intervensi yang responsif terhadap kasus kekerasan pada remaja.

B. Peran Keluarga, Sekolah, dan Masyarakat dalam Pemenuhan Kebutuhan Remaja

a. Peran Keluarga sebagai Lingkungan Primer Remaja

Keluarga merupakan lingkungan pertama yang memberikan pengaruh paling mendalam dalam pembentukan karakter dan pemenuhan kebutuhan remaja. Peran keluarga terutama orang tua, sangat penting dalam menciptakan rasa aman, cinta, dan dukungan emosional. Orang tua yang memiliki perhatian terhadap kebutuhan anak, termasuk kebutuhan akan pemahaman seksualitas, kesehatan, dan perkembangan psikososial, akan meningkatkan rasa percaya diri dan kesejahteraan mental remaja (Santrock, 2021). Selain itu, komunikasi terbuka dalam keluarga terbukti mampu menurunkan perilaku berisiko seperti penyalahgunaan zat dan seks bebas pada remaja (WHO, 2023).

b. Peran Keluarga dalam Pendidikan Nilai dan Moral

Keluarga berperan dalam menanamkan nilai-nilai moral, agama, dan budaya yang menjadi pedoman dalam kehidupan remaja. Pada masa remaja, anak mulai mempertanyakan norma dan membentuk nilai-nilai pribadinya. Di sinilah pentingnya peran keluarga untuk tetap menjadi teladan dan pembimbing, bukan

sekadar pengontrol. Studi menunjukkan bahwa keluarga yang aktif berdiskusi mengenai etika, agama, dan nilai sosial, membantu remaja untuk memiliki ketahanan moral dalam menghadapi tekanan sosial.

c. Peran Sekolah sebagai Lembaga Edukasi dan Sosialisasi

Sekolah merupakan tempat kedua setelah keluarga yang berperan dalam memenuhi kebutuhan kognitif dan sosial remaja. Melalui kurikulum formal dan kegiatan ekstrakurikuler, sekolah memberikan kesempatan kepada remaja untuk mengembangkan potensi intelektual, keterampilan sosial, serta pengenalan terhadap kesehatan reproduksi. Edukasi kesehatan reproduksi yang terstruktur di sekolah terbukti meningkatkan pengetahuan dan sikap positif remaja terhadap perilaku seksual yang sehat.

d. Sekolah sebagai Fasilitator Layanan Kesehatan Remaja

Sekolah juga memiliki fungsi strategis dalam penyediaan layanan kesehatan dasar, seperti Unit Kesehatan Sekolah (UKS), program konseling, serta kerja sama dengan tenaga medis atau bidan. Dengan adanya layanan ini, siswa dapat memperoleh akses awal terhadap informasi dan pertolongan kesehatan, termasuk kesehatan mental dan reproduksi. Penelitian menyebutkan bahwa sekolah yang memiliki fasilitas konseling dan promosi kesehatan efektif menurunkan tingkat stress dan masalah perilaku remaja.

e. Peran Masyarakat sebagai Lingkungan Sosial yang Lebih Luas

Masyarakat, termasuk tokoh adat, pemuka agama, dan organisasi sosial, berperan dalam pembentukan norma sosial yang mendukung atau menghambat perilaku sehat pada remaja. Dukungan masyarakat sangat penting dalam menciptakan lingkungan yang aman dan sehat bagi remaja, terutama di wilayah dengan tingkat kemiskinan atau kekerasan tinggi. Intervensi berbasis komunitas terbukti efektif dalam meningkatkan kesadaran dan perilaku sehat di kalangan remaja, seperti dalam program PIK-R (Pusat Informasi dan Konseling Remaja) di Indonesia (BKKBN, 2022).

f. Kolaborasi Antara Keluarga, Sekolah, dan Masyarakat

Keluarga, sekolah, dan masyarakat, idealnya saling bersinergi dalam upaya memenuhi kebutuhan remaja secara holistik. Ketika terdapat komunikasi dan kerja sama yang baik antara ketiganya, maka akan tercipta dukungan yang kuat dan berkelanjutan. Kolaborasi ini mencakup penyusunan kebijakan pendidikan kesehatan remaja, pelatihan guru dan orang tua, hingga kampanye komunitas yang ramah remaja. Penelitian menunjukkan bahwa remaja yang tumbuh dalam sistem pendukung lintas sektor cenderung memiliki kesehatan fisik dan mental yang lebih baik serta prestasi akademik yang lebih tinggi (UNICEF, 2023).

C. Peran Bidan Dalam Memenuhi Kebutuhan Remaja

a. Pemberi Edukasi Kesehatan Reproduksi

Bidan berperan memberikan informasi ilmiah dan tepat mengenai perubahan fisik, emosional, serta kesehatan reproduksi pada masa remaja. Edukasi ini penting untuk meningkatkan pengetahuan remaja tentang tubuh mereka dan mendorong perilaku sehat.

b. Penyedia Layanan Konseling Ramah Remaja

Bidan menyediakan layanan konseling yang bersifat rahasia, inklusif, dan tidak menghakimi, terutama terkait isu psikologis dan seksual. Layanan ini memungkinkan remaja untuk berbicara terbuka mengenai kecemasan, tekanan teman sebaya, dan hubungan interpersonal (Utami & Wulandari, 2021).

c. Pelaksanaan Skrining dan Deteksi Dini Masalah Kesehatan Remaja

Bidan memiliki peran dalam melakukan deteksi dini terhadap masalah seperti anemia, kekurangan gizi, infeksi menular seksual, serta gangguan kesehatan mental. Kegiatan skrining ini mendukung tindakan preventif sebelum muncul komplikasi jangka Panjang.

d. Fasilitator Antar Sektor dan Advokat Remaja

Bidan memfasilitasi kegiatan promotif seperti posyandu remaja, peer education, dan kampanye literasi kesehatan di sekolah maupun komunitas. Melalui pendekatan ini, bidan membentuk jejaring remaja yang saling mendukung dalam menjaga kesehatan diri dan lingkungan.

RANGKUMAN

Kebutuhan masa remaja mencakup aspek fisik, psikologis, sosial, dan emosional yang harus dipenuhi untuk menunjang pertumbuhan optimal serta pembentukan identitas diri yang sehat. Masa ini merupakan fase transisi dari kanak-kanak menuju dewasa yang ditandai dengan perubahan biologis, perkembangan kognitif, pencarian jati diri, dan peningkatan kebutuhan akan penerimaan sosial serta kemandirian. Pemenuhan kebutuhan remaja meliputi gizi seimbang, tidur yang cukup, aktivitas fisik teratur, kesehatan reproduksi, serta akses terhadap layanan kesehatan dasar. Ketidakterpenuhinya kebutuhan tersebut dapat berdampak negatif pada kesehatan fisik, mental, dan perkembangan sosial remaja.

Selain kebutuhan fisik, remaja juga memiliki kebutuhan psikologis yang penting untuk pembentukan kepribadian, seperti pembentukan identitas diri, pengakuan dan penerimaan diri, kemampuan mengelola emosi dan stres, kemandirian, serta dukungan emosional. Proses ini memerlukan bimbingan, apresiasi, dan lingkungan yang aman agar remaja mampu mengembangkan rasa percaya diri serta keterampilan mengambil keputusan. Dukungan psikologis juga dapat mencegah munculnya perilaku berisiko dan membantu remaja mengatasi tekanan sosial maupun emosional yang dihadapinya.

Kebutuhan sosial remaja meliputi hubungan positif dengan keluarga, penerimaan dalam kelompok sebaya, partisipasi dalam kegiatan sosial, pemahaman norma dan etika, serta perlindungan dari kekerasan dan eksploitasi. Keluarga, sekolah, dan masyarakat memiliki peran yang saling melengkapi dalam pemenuhan kebutuhan ini. Keluarga berperan sebagai sumber dukungan emosional dan nilai moral, sekolah berfungsi sebagai tempat pendidikan dan sosialisasi, sementara masyarakat menciptakan lingkungan sosial yang aman. Kolaborasi ketiga pihak tersebut terbukti meningkatkan kesehatan fisik dan mental remaja serta mendukung keberhasilan akademiknya.

Bidan memiliki peran penting dalam pemenuhan kebutuhan remaja melalui edukasi kesehatan reproduksi, penyediaan layanan konseling ramah remaja, pelaksanaan skrining dan deteksi dini masalah kesehatan, serta fasilitasi kegiatan promotif dan advokasi. Peran bidan mencakup pemberian informasi yang akurat, mendukung pengambilan keputusan yang sehat, serta menghubungkan remaja dengan layanan dan komunitas pendukung. Dengan keterlibatan aktif semua pihak, remaja dapat menjalani masa transisi menuju dewasa dengan sehat, percaya diri, dan siap menghadapi tantangan kehidupan.

EVALUASI

1. Jelaskan secara rinci pengertian kebutuhan fisik pada masa remaja dan kaitannya dengan pertumbuhan serta perkembangan tubuh!
2. Uraikan lima faktor yang memengaruhi pemenuhan kebutuhan gizi pada remaja dan dampaknya terhadap kesehatan jangka panjang!
3. Jelaskan pengaruh perubahan hormon pubertas terhadap kebutuhan psikologis remaja!
4. Jelaskan peran keluarga dalam pemenuhan kebutuhan emosional remaja beserta implikasinya jika kebutuhan tersebut tidak terpenuhi!
5. Uraikan prinsip-prinsip pelayanan kesehatan reproduksi yang ramah remaja menurut standar WHO!
6. Jelaskan perbedaan karakteristik kebutuhan remaja awal, remaja madya, dan remaja akhir!
7. Jelaskan konsep dukungan sosial dan perannya dalam mencegah perilaku berisiko pada remaja!
8. Jelaskan strategi pemenuhan kebutuhan kesehatan mental pada remaja sekolah menengah!
9. Jelaskan hubungan antara bullying di sekolah dengan gangguan pemenuhan kebutuhan psikologis remaja!
10. Jelaskan pengaruh pola asuh orang tua terhadap pemenuhan kebutuhan masa remaja!
11. Seorang remaja putri berusia 15 tahun mengeluh cepat lelah, pucat, dan sulit konsentrasi di sekolah. Hasil pemeriksaan menunjukkan Hb 9 g/dL. Analisislah kemungkinan penyebabnya dan rencana intervensi bidan!
12. Remaja perempuan 16 tahun mengeluh nyeri saat menstruasi dan sering izin tidak masuk sekolah. Bagaimana bidan mengedukasi remaja ini agar kebutuhan aktivitas dan pendidikannya tetap terpenuhi?
13. Seorang remaja laki-laki sering menyendiri dan kehilangan minat pada kegiatan sekolah setelah mengalami perundungan. Analisis kebutuhan psikologis yang terganggu dan strategi pemenuhannya!
14. Remaja putri berusia 14 tahun memiliki IMT di bawah normal dan sering melewatkan sarapan. Jelaskan langkah penanganan dan edukasi gizi yang harus dilakukan bidan!
15. Remaja perempuan 17 tahun merasa tertekan karena orang tua terlalu membatasi pergaulannya. Jelaskan pendekatan konseling yang tepat untuk kasus ini!
16. Seorang remaja putri sering mengeluh pusing, sulit berkonsentrasi, dan mengalami siklus menstruasi tidak teratur. Analisis kemungkinan hubungan dengan status gizinya!
17. Remaja putri 15 tahun mengalami tekanan dari teman sebaya untuk mencoba minuman beralkohol. Jelaskan 31 anjang konseling untuk meningkatkan keterampilan penolakan (*refusal skills*)!

18. Seorang remaja 17 tahun mengalami konflik dengan orang tua mengenai pilihan jurusan sekolah. Jelaskan peran konseling dalam membantu pengambilan keputusan yang sehat!
19. Remaja perempuan 14 tahun tinggal di daerah dengan akses terbatas ke layanan kesehatan. Analisis strategi bidan untuk memastikan kebutuhan kesehatannya terpenuhi!
20. Remaja perempuan 15 tahun memiliki kebiasaan diet ekstrem untuk menurunkan berat badan. Analisis dampaknya terhadap kesehatan fisik dan reproduksi serta intervensi yang sesuai!

TOPIK 5

PERLIBATAN KELUARGA DAN MASYARAKAT DALAM KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA

A. Strategi Pelibatan Keluarga dalam Edukasi Reproduksi

- a. Pelatihan Literasi Kesehatan untuk Orang tua

Orang tua sering kali merasa tidak siap dalam menyampaikan informasi tentang seksualitas dan pubertas. Oleh karena itu, pelatihan literasi kesehatan reproduksi menjadi penting untuk membekali mereka dengan pengetahuan dan keterampilan komunikasi. Santelli *et al.* (2021) menunjukkan bahwa pelatihan semacam ini dapat memperkuat keterbukaan orang tua dalam berdiskusi dan meningkatkan kenyamanan remaja dalam berbicara mengenai tubuh dan relasi.
- b. Parenting Class Sebagai Wadah Edukasi Interaktif

Kelas pengasuhan (*parenting class*) memungkinkan pertukaran pengalaman antar orang tua dalam menghadapi dinamika perkembangan remaja. Modul pembelajaran yang dikembangkan dalam BKR (Bina Keluarga Remaja) telah membuktikan efektivitasnya dalam meningkatkan keterlibatan orang tua. Kegiatan seperti simulasi diskusi dan studi kasus memberikan pendekatan yang lebih aplikatif.
- c. Penyediaan Media Edukasi Ramah Keluarga

Penyediaan media edukasi seperti video animasi, modul visual, dan buku cerita berbasis budaya lokal memberikan pendekatan yang lebih akomodatif dalam keluarga. Media ini membantu membuka ruang diskusi tanpa tekanan dan dapat digunakan berulang kali sebagai bahan refleksi. UNESCO (2022) menyarankan agar materi yang disampaikan disesuaikan dengan norma budaya agar lebih mudah diterima.
- d. Kolaborasi dengan Tokoh Adat dan Agama

Perlibatan tokoh adat dan agama diperlukan untuk menyampaikan pesan kesehatan dengan pendekatan nilai yang sejalan dengan keyakinan masyarakat. Tokoh-tokoh ini dapat memberikan penekanan pada pentingnya menjaga tubuh sebagai amanah dan menjaga pergaulan dengan bijak tanpa menimbulkan resistensi terhadap informasi ilmiah.
- e. Faktor Keberhasilan Pelibatan keluarga

Strategi pelibatan keluarga akan berhasil jika tersedia sumber daya edukatif, pelatihan berkualitas, dan dukungan lintas sektor seperti sekolah, puskesmas, dan organisasi lokal. Kemitraan yang sinergis akan menciptakan lingkungan belajar yang kondusif bagi keluarga dan remaja.

B. Peran Tokoh Masyarakat dan Institusi Sosial

a. Tokoh Masyarakat Sebagai Juru Bicara Kesehatan

Tokoh masyarakat memiliki kekuatan persuasi yang tinggi dalam menyampaikan pesan moral dan kesehatan. Mereka dapat menjadi agen perubahan melalui ceramah, diskusi komunitas, atau dukungan terhadap program kesehatan remaja. Kepercayaan masyarakat terhadap tokoh lokal dapat mempercepat adopsi norma reproduksi sehat.

b. Tokoh Agama Sebagai Penjembatan Nilai dan Ilmu

Dalam masyarakat religious, tokoh agama menjadi perantara efektif antara pengetahuan medis dan nilai spiritual. Ketika pesan kesehatan disampaikan dengan narasi religius yang kontekstual, penerimaannya akan lebih baik. Hal ini telah diterapkan dalam program-program yang menyentuh isu pergaulan bebas dan penundaan usia nikah (Nasution *et al.*, 2021).

c. Institusi Sosial Sebagai Pelaksana Program Edukasi

Organisasi seperti karang taruna, PKK, dan LSM memiliki kapasitas untuk menyelenggarakan pelatihan, seminar, dan kampanye kesehatan. Dengan struktur yang sudah mapan, mereka mampu menjangkau populasi remaja di tingkat akar rumput.

d. Legitimasi Sosial dan Keberlanjutan Program

Peran tokoh dan institusi sosial memberikan legitimasi terhadap program, yang meningkatkan keberlanjutan dan keberhasilan jangka panjang. Partisipasi aktif mereka membuat program tidak hanya bersifat proyek, tetapi menjadi bagian dari budaya lokal.

C. Model Intervensi Berbasis Keluarga dan Masyarakat

a. Konsep Terintegrasi Keluarga dan Komunitas

Model ini menempatkan keluarga sebagai actor sentral dalam edukasi, dengan masyarakat sebagai pendukung. Melalui pendekatan ini, intervensi dilakukan secara simultan di ranah domestic dan sosial. Interaksi dua arah ini penting untuk menciptakan kesadaran kolektif.

b. Family Life Edycation (FLE)

FLE adalah pendekatan edukatif yang menysasar penguatan struktur keluarga dalam menghadapi isu reproduksi. Berdasarkan data UNFPA (2022), program FLE terbukti meningkatkan kualitas komunikasi, serta memperkuat kelekatan emosional antara orang tua dan anak dalam membahas seksualitas

c. Pendekatan *Positive Youth Development* (PYD)

PYD menekankan pada pembangunan aset internal dan eksternal remaja melalui partisipasi aktif. Pendekatan ini menumbuhkan rasa memiliki, tanggung jawab, serta kapasitas untuk membuat keputusan sehat dalam membuat keputusan sehat dalam konteks sosial dan keluarga.

d. Contoh Praktik di Indonesia

BKR (Bina Keluarga Remaja) fokus pada edukasi keluarga, sementara PIK-R menyediakan edukasi dan konseling bagi remaja. Keduanya merupakan wujud implementasi model intervensi terintegrasi yang telah menunjukkan keberhasilan dalam menurunkan kasus kehamilan remaja dan meningkatkan literasi seksual.

D. Evaluasi Program Keterlibatan Sosial dalam Kesehatan Reproduksi Remaja

Evaluasi terhadap program keterlibatan sosial dalam kesehatan reproduksi remaja menjadi komponen penting untuk mengukur keberhasilan, efektivitas, dan keberlanjutan program yang dilaksanakan. Evaluasi ini harus mencakup aspek input (sumber daya yang digunakan), proses (mekanisme pelaksanaan), output (hasil langsung), dan *outcome* (dampak jangka Panjang). Evaluasi berbasis data dan bukti ilmiah memungkinkan adanya penyempurnaan program agar lebih tepat sasaran.

Salah satu indikator keberhasilan program dapat dilihat dari peningkatan tingkat pengetahuan remaja tentang pubertas, kontrasepsi, penyakit menular seksual, dan relasi sehat. Survei berbasis pre-post test sering digunakan untuk mengukur perubahan pengetahuan dan sikap. Sebagai contoh, program PIK-R di beberapa wilayah Indonesia menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan remaja sebesar 30–40% setelah enam bulan intervensi (BKKBN, 2023).

Evaluasi juga mencakup aspek partisipasi orang tua dan masyarakat. Jumlah orang tua yang terlibat dalam pelatihan, frekuensi kegiatan komunitas, dan jumlah remaja yang memanfaatkan layanan konseling menjadi parameter kuantitatif penting. Selain itu, evaluasi kualitatif melalui wawancara mendalam dan FGD (*Focus Group Discussion*) diperlukan untuk memahami kendala, persepsi, serta kebutuhan yang belum terpenuhi.

Evaluasi bukan sekadar proses administratif, tetapi merupakan langkah strategis dalam menjamin keberlangsungan program kesehatan reproduksi remaja. Dengan evaluasi yang sistematis dan terarah, maka intervensi sosial berbasis keluarga dan masyarakat tidak hanya menjadi program temporer, melainkan menjadi bagian dari sistem pembangunan kesehatan yang berkelanjutan.

RANGKUMAN

Pelibatan keluarga dalam edukasi kesehatan reproduksi remaja merupakan strategi penting untuk membangun komunikasi yang terbuka antara orang tua dan anak. Pelatihan literasi kesehatan membantu orang tua memahami konsep pubertas dan seksualitas secara tepat sehingga mampu menyampaikan informasi dengan benar. Kegiatan seperti parenting class dan penyediaan media edukasi ramah keluarga memfasilitasi diskusi yang nyaman di rumah. Kolaborasi dengan tokoh adat dan agama juga berperan dalam menyampaikan pesan kesehatan melalui nilai yang sesuai dengan budaya setempat, sehingga dapat mengurangi resistensi terhadap informasi ilmiah. Keberhasilan strategi ini memerlukan dukungan sumber daya, pelatihan berkualitas, serta sinergi lintas sektor.

Tokoh masyarakat dan institusi sosial memiliki peran sentral sebagai agen perubahan dalam isu kesehatan reproduksi remaja. Tokoh masyarakat dapat mempengaruhi norma dan perilaku melalui ceramah, diskusi komunitas, serta dukungan terhadap program kesehatan. Tokoh agama menjadi penghubung efektif antara pengetahuan medis dan nilai-nilai spiritual, terutama dalam isu sensitif seperti pergaulan bebas dan penundaan usia nikah. Selain itu, institusi sosial seperti karang taruna, PKK, dan LSM mampu melaksanakan pelatihan, seminar, dan kampanye di tingkat akar rumput. Partisipasi aktif tokoh dan institusi ini memberikan legitimasi sosial yang memperkuat keberlanjutan program.

Model intervensi berbasis keluarga dan masyarakat menggabungkan peran keluarga sebagai pusat edukasi dengan dukungan lingkungan sosial. Pendekatan *Family Life Education* (FLE) meningkatkan kualitas komunikasi serta kelekatan emosional antara orang tua dan anak. Sementara itu, *Positive Youth Development* (PYD) menumbuhkan rasa tanggung jawab, kemampuan mengambil keputusan sehat, dan keterlibatan aktif remaja. Di Indonesia, program Bina Keluarga Remaja (BKR) dan Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK-R) merupakan contoh penerapan model ini yang telah terbukti menurunkan angka kehamilan remaja dan meningkatkan literasi seksual.

Evaluasi program keterlibatan keluarga dan masyarakat menjadi langkah penting untuk memastikan efektivitas dan keberlanjutan intervensi. Evaluasi dilakukan melalui pengukuran sumber daya, proses pelaksanaan, hasil langsung, dan dampak jangka panjang. Indikator keberhasilan dapat dilihat dari peningkatan pengetahuan remaja mengenai pubertas, kontrasepsi, penyakit menular seksual, dan relasi sehat. Selain data kuantitatif, evaluasi kualitatif seperti wawancara dan diskusi kelompok juga diperlukan untuk memahami tantangan dan kebutuhan yang belum terpenuhi. Evaluasi yang terarah memastikan bahwa program tidak hanya bersifat sementara, tetapi menjadi bagian dari pembangunan kesehatan yang berkelanjutan.

EVALUASI

1. Jelaskan secara rinci definisi pelibatan keluarga dalam edukasi kesehatan reproduksi remaja menurut perspektif WHO dan Kemenkes RI!
2. Uraikan 4 prinsip dasar pelibatan keluarga dalam mendukung kesehatan reproduksi remaja!
3. Sebutkan dan jelaskan tiga metode komunikasi efektif yang dapat digunakan orang tua dalam membicarakan topik seksualitas dengan remaja!
4. Jelaskan keterkaitan antara program Bina Keluarga Remaja (BKR) dengan Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK-R) dalam membentuk perilaku sehat!
5. Uraikan perbedaan antara pendekatan *Positive Youth Development* (PYD) dan *Youth Friendly Health Services* (YFHS) dalam program kesehatan remaja!
6. Sebutkan lima indikator keberhasilan program pelibatan masyarakat dalam kesehatan reproduksi remaja!
7. Jelaskan bagaimana norma sosial dapat menjadi hambatan sekaligus peluang dalam pelaksanaan edukasi kesehatan reproduksi remaja!
8. Jelaskan 4 faktor yang mempengaruhi efektivitas keterlibatan keluarga dalam edukasi kesehatan reproduksi remaja!
9. Jelaskan hubungan antara dukungan emosional keluarga dengan pencegahan perilaku berisiko pada remaja!
10. Jelaskan perbedaan antara evaluasi formatif, proses, dan sumatif dalam konteks program kesehatan reproduksi remaja!
11. Seorang bidan desa menemukan bahwa sebagian besar orang tua enggan membicarakan topik pubertas dengan anak remajanya. Bagaimana langkah-langkah yang dapat Anda lakukan untuk meningkatkan keterlibatan mereka?
12. Di sebuah desa, tokoh masyarakat menolak program edukasi reproduksi remaja karena dianggap bertentangan dengan adat setempat. Bagaimana Anda melakukan pendekatan agar program tetap berjalan?
13. Anda diminta memfasilitasi pertemuan orang tua untuk membahas pencegahan kekerasan seksual pada remaja. Jelaskan rencana kegiatan yang akan Anda buat!
14. Remaja di wilayah pesisir menunjukkan angka putus sekolah tinggi dan mulai bekerja di usia muda. Bagaimana strategi pelibatan keluarga dan masyarakat yang dapat diterapkan untuk menekan risiko pernikahan dini?
15. Dalam survei lokal, ditemukan bahwa 40% remaja tidak mengetahui cara mencegah infeksi menular seksual. Bagaimana peran keluarga dan tokoh masyarakat dalam mengatasi masalah ini?
16. Seorang remaja perempuan hamil di luar nikah merasa diusir dari rumah dan dikucilkan masyarakat. Jelaskan intervensi yang dapat dilakukan bidan dengan melibatkan keluarga dan komunitas!
17. Sebuah LSM ingin bekerja sama dengan PKK untuk mengadakan pelatihan keterampilan hidup bagi remaja. Jelaskan tahapan membangun kemitraan yang efektif!
18. Data puskesmas menunjukkan peningkatan kasus pernikahan dini dalam dua tahun terakhir. Rancang intervensi yang melibatkan keluarga dan masyarakat!

19. Dalam program penyuluhan, sebagian masyarakat lebih percaya informasi dari media sosial daripada tenaga kesehatan. Bagaimana pendekatan Anda untuk mengubah persepsi tersebut?
20. Suatu desa ingin membentuk kader kesehatan remaja dari kalangan pemuda. Jelaskan langkah-langkah pembentukan dan pembinaannya!

TOPIK 6

PEER MOTIVASI DAN KONSELOR TEMAN SEBAYA DALAM PEMBERDAYAAN KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA

A. Pengertian Peer Motivasi dan Konselor Teman Sebaya

Peer motivasi dan konselor teman sebaya merupakan pendekatan strategis yang digunakan dalam upaya pemberdayaan kesehatan reproduksi melalui partisipasi aktif dari remaja itu sendiri. Strategi ini bertumpu pada konsep bahwa remaja cenderung lebih terbuka terhadap informasi yang diberikan oleh rekan seusia mereka karena adanya kesamaan pengalaman, bahasa komunikasi, dan pemahaman terhadap konteks sosial yang mereka hadapi (UNFPA, 2022). Dalam konteks ini, teman sebaya berperan sebagai jembatan antara remaja dan sumber informasi atau layanan kesehatan yang relevan.

Peer motivator adalah individu dari kalangan remaja yang dilatih untuk memberikan motivasi positif, membangun semangat, dan menumbuhkan kesadaran akan pentingnya kesehatan reproduksi. Mereka berfungsi sebagai agen perubahan perilaku yang mendorong rekan-rekan sebayanya untuk mengambil keputusan yang sehat, termasuk dalam hal hubungan sosial, pengelolaan emosi, dan pencegahan risiko terkait seksualitas. Sementara itu, *peer counselor* memiliki peran yang lebih mendalam, yaitu memberikan dukungan psikososial dan konseling dasar bagi remaja yang mengalami permasalahan atau krisis terkait isu reproduksi, seperti kehamilan tidak direncanakan, kekerasan seksual, atau kebingungan identitas seksual.

Perbedaan utama antara *peer motivator* dan *peer counselor* terletak pada kedalaman interaksi dan jenis pelatihan yang mereka terima. *Peer motivator* lebih fokus pada promosi dan penyebaran informasi serta pembentukan perilaku preventif, sementara *peer counselor* dilatih untuk melakukan pendekatan empatik, mendengarkan secara aktif, dan membantu teman sebaya mengeksplorasi solusi terhadap masalah yang mereka hadapi (Guerra & Tebbets, 2023). Oleh karena itu, *peer counselor* biasanya mendapatkan pelatihan lebih intensif dalam bidang komunikasi interpersonal, teknik konseling dasar, serta prinsip kerahasiaan dan etika dalam konseling remaja.

Keberadaan *peer motivator* dan konselor sebaya sangat krusial dalam memperluas cakupan edukasi kesehatan reproduksi di kalangan remaja, terutama di wilayah dengan keterbatasan tenaga kesehatan profesional. Penelitian oleh Santelli *et al.* (2021) menunjukkan bahwa program *peer education* yang dirancang secara partisipatif dan berbasis komunitas terbukti meningkatkan pengetahuan remaja mengenai kontrasepsi, infeksi menular seksual (IMS), dan pentingnya komunikasi yang sehat dalam hubungan interpersonal.

B. Pengembangan Program Peer Motivasi dan Konselor Teman Sebaya

a. Identifikasi Kebutuhan dan Pemetaan Masalah Remaja di Komunitas

Langkah awal dalam pengembangan program *Peer educator* adalah melakukan assessment kebutuhan dan pemetaan masalah reproduksi remaja di komunitas, sekolah, dan lingkungan sosial. Proses ini mencakup pengumpulan data terkait perilaku berisiko, akses terhadap informasi kesehatan, dan persepsi remaja terhadap isu reproduksi. Pendekatan ini penting untuk menyusun program yang berbasis kebutuhan nyata dan kontekstual. Menurut WHO (2021), program berbasis *evidence-based needs* akan lebih efektif karena menysasar persoalan aktual yang dihadapi oleh kelompok sasaran.

b. Rekrutmen dan Seleksi *Peer educator* Berdasarkan Kriteria yang Jelas

Rekrutmen calon *Peer educator* dilakukan dengan mempertimbangkan beberapa kriteria, seperti kemampuan komunikasi, empati, pengaruh sosial di kalangan teman sebaya, serta komitmen terhadap misi program. Seleksi yang tepat akan menentukan kualitas penyampaian pesan dan keberhasilan perubahan perilaku. Karakteristik seperti kemampuan mendengarkan aktif dan kepercayaan dari teman sebaya adalah kunci dalam keberhasilan *peer education* (Salazer *et al*, 2020).

c. Pelatihan Terstruktur untuk *Peer educator* dan Konselor Sebaya

Calon *Peer educator* harus melalui pelatihan menyeluruh yang mencakup materi kesehatan reproduksi, keterampilan komunikasi interpersonal, teknik konseling dasar, penggunaan media edukatif, dan etika dalam menyampaikan informasi. Pelatihan harus interaktif dan berbasis pada metode partisipatif. Dalam konteks Indonesia, pelatihan ini dapat merujuk pada modul PIK-R yang telah dikembangkan oleh BKKBN (2023). Modul tersebut mendorong pendekatan *peer-to-peer* dengan memperhatikan sensitivitas budaya dan bahasa remaja.

d. Integrasi Program di Berbagai Lini

Pengembangan *Peer educator* harus terintegrasi dengan berbagai institusi remaja. Contoh integrasi program *Peer educator* di berbagai lini adalah :

- 1) Sekolah : Menjadi lokasi utama dalam edukasi formal dan informal. *Peer educator* dapat difasilitasi melalui ekstrakurikuler atau kegiatan OSIS.
- 2) PIK-R : Sebagai pusat layanan dan edukasi remaja, tempat ini menjadi basis pelaksanaan kegiatan edukatif dan konseling sebaya
- 3) Posyandu remaja : Menjadi titik temu antara remaja, kader kesehatan, dan tenaga medis dalam konteks komunitas
- 4) Organisasi Kepemudaan : Seperti karang taruna, pramuka, atau komunitas digital remaja, yang dapat memperluas jangkauan informasi.

e. Pengembangan Sistem Monitoring dan Evaluasi (Monev) yang Berkelanjutan

Sistem evaluasi perlu dirancang sejak awal untuk memantau proses dan mengukur dampak program *peer educator*. Indikator dapat mencakup: jumlah remaja yang terpapar informasi, perubahan pengetahuan, perubahan sikap dan perilaku, serta rujukan ke layanan kesehatan. Evaluasi dapat dilakukan secara

kuantitatif (kuesioner) dan kualitatif (diskusi kelompok fokus atau wawancara mendalam).

f. Penguatan Kapasitas dan Pendampingan Berkelanjutan

Program *Peer educator* yang sukses membutuhkan pendampingan secara berkelanjutan oleh pembina sekolah, tenaga kesehatan, atau fasilitator komunitas. Pendampingan ini tidak hanya untuk memantau kinerja, tetapi juga untuk menjaga semangat, meningkatkan kapasitas, serta mencegah penyebaran informasi yang keliru. Selain itu, dilakukan penyegaran berkala agar *Peer educator* tetap *up-to-date* terhadap isu-isu baru dan metode edukasi terkini.

g. Pemanfaatan Media Sosial dan Teknologi Digital sebagai Sarana Edukasi

Dalam konteks remaja masa kini, media digital menjadi kanal efektif untuk penyebaran informasi dan konseling ringan. *Peer educator* dapat dilatih untuk membuat konten edukatif melalui Instagram, TikTok, YouTube, atau podcast, serta mengelola forum diskusi online. Inisiatif seperti ini juga memungkinkan menjangkau remaja di wilayah yang tidak terjangkau oleh layanan tatap muka. Studi dari Kementerian Kominfo (2024) menyatakan bahwa konten edukasi kesehatan berbasis teman sebaya di media sosial menunjukkan *engagement* lebih tinggi dibandingkan konten formal dari institusi.

C. Peran *Peer Motivasi* dalam Edukasi dan Perubahan Perilaku Reproduksi

a. Educator

Sebagai edukator, *peer motivator* berfungsi menyampaikan informasi yang relevan, ilmiah, dan sesuai kebutuhan remaja terkait isu-isu kesehatan reproduksi. Topik-topik edukasi mencakup pubertas, manajemen menstruasi, kontrasepsi modern, pencegahan infeksi menular seksual (IMS), serta hak-hak seksual dan reproduksi. Informasi ini disampaikan menggunakan bahasa yang komunikatif dan dekat dengan kehidupan sehari-hari remaja, sehingga lebih mudah dipahami dan diterima.

b. Fasilitator

Peer motivator juga berperan sebagai fasilitator dalam merancang dan melaksanakan kegiatan edukasi yang interaktif. Mereka menggunakan berbagai pendekatan kreatif dan inovatif seperti diskusi kelompok sebaya, role play, kuis interaktif, konten audio-visual, bahkan media sosial seperti TikTok, Instagram, dan podcast. Metode ini lebih efektif menjangkau remaja karena sesuai dengan karakteristik digital-native mereka.

c. Role Model

Selain menyampaikan informasi, *peer motivator* juga diharapkan menjadi contoh nyata perilaku sehat di lingkungan sosialnya. Mereka menunjukkan gaya hidup yang bertanggung jawab, memiliki relasi sosial yang sehat, menghindari perilaku seksual berisiko, serta mampu mengambil keputusan secara bijak dan mandiri.

d. Agen Perubahan

Dalam perspektif teori *Stages of Change* (Prochaska & DiClemente), *peer motivator* membantu remaja melalui tahapan perubahan perilaku mulai dari prekontemplasi (belum sadar risiko), kontemplasi (menyadari tetapi belum bertindak), persiapan, tindakan, hingga pemeliharaan perilaku sehat. Mereka menyediakan dukungan informasi, motivasi emosional, dan lingkungan sosial yang kondusif untuk perubahan tersebut.

e. Pembentuk Ekosistem Sosial yang Supotif

Peer motivator tidak hanya bekerja secara individual, tetapi juga membangun komunitas atau lingkungan sosial yang mendukung praktik-praktik kesehatan reproduksi yang positif. Mereka dapat mengorganisasi kegiatan kampanye, pameran kesehatan, atau forum diskusi di sekolah dan komunitas remaja. Tujuan dari kegiatan ini adalah menormalisasi pembicaraan mengenai reproduksi dan menghapus stigma terhadap isu-isu kesehatan seksual yang selama ini dianggap tabu.

D. Tantangan dan Solusi dalam Implementasi Peer Konseling dan Teman Sebaya

a. Keterbatasan Kompetensi Konselor Sebaya

Salah satu tantangan utama adalah kurangnya keterampilan teknis dan emosional pada konselor sebaya. Banyak remaja yang terlibat sebagai konselor belum memiliki pelatihan yang memadai dalam komunikasi efektif, teknik konseling dasar, dan pemahaman isu reproduksi.

Menurut studi oleh Visser *et al.* (2021), konselor sebaya sering kali merasa tidak percaya diri dalam menghadapi kasus yang kompleks, terutama terkait kekerasan seksual atau kehamilan yang tidak direncanakan. Solusinya adalah dengan menyediakan pelatihan berjenjang yang berfokus pada peningkatan kapasitas komunikasi, penanganan krisis, dan pemahaman etika konseling. Pelatihan harus dilakukan secara berkala dan disertai supervisi dari tenaga profesional seperti psikolog atau bidan.

b. Kurangnya Dukungan Lingkungan dan Institusi

Program *peer motivasi* sering kali berjalan tanpa dukungan struktural dari sekolah, puskesmas, atau lembaga terkait. Hal ini menyebabkan keterbatasan fasilitas, waktu, dan pengakuan terhadap peran konselor sebaya. Penelitian dari UNESCO (2022) menunjukkan bahwa kolaborasi antara institusi pendidikan dan tenaga kesehatan meningkatkan efektivitas program *peer motivasi* secara signifikan. Maka, diperlukan komitmen kelembagaan melalui kebijakan sekolah yang inklusif, ruang konseling yang aman dan nyaman, serta dukungan pendanaan dari dinas pendidikan dan kesehatan.

c. Stigma Sosial dan Hambatan Budaya

Isu kesehatan reproduksi remaja masih dianggap tabu di banyak komunitas, sehingga remaja enggan terlibat dalam diskusi terbuka atau mencari bantuan dari teman sebaya. Hal ini menghambat efektivitas program *peer motivasi*, terutama di daerah konservatif. Solusi yang direkomendasikan adalah melalui

pendekatan kultural yang adaptif, melibatkan tokoh masyarakat, guru agama, atau pemuka adat dalam menyosialisasikan pentingnya edukasi kesehatan reproduksi. Selain itu, penggunaan bahasa yang tidak menghakimi dan bersifat memberdayakan dapat mengurangi resistensi masyarakat (Rahmawati *et al.*, 2020).

d. Ketidakstabilan Emosional Remaja Konselor

Sebagai remaja, konselor teman sebaya juga mengalami dinamika psikososial yang fluktuatif. Mereka dapat mengalami stres, tekanan sebaya, atau beban akademik, yang berdampak pada konsistensi dan kualitas layanan konseling. Untuk mengatasi hal ini, pendekatan supervisi dan pendampingan psikologis sangat penting. Program konseling perlu dilengkapi dengan sesi refleksi dan peer support group di mana para konselor bisa berbagi pengalaman dan mendapatkan dukungan dari sesama maupun fasilitator dewasa. Hal ini juga melatih resiliensi dan kecerdasan emosional para konselor (Putri & Sulaiman, 2023).

e. Minimnya Evaluasi dan Monitoring Program

Kurangnya evaluasi program secara berkala menyebabkan ketidaktahuan terhadap efektivitas, kelemahan, dan perkembangan program peer motivasi. Padahal evaluasi sangat penting untuk mengetahui keberhasilan intervensi. Solusinya adalah dengan mengembangkan sistem monitoring berbasis indikator, seperti jumlah sesi konseling, kepuasan pengguna layanan, dan perubahan perilaku. Evaluasi ini bisa dilakukan melalui survei, wawancara mendalam, atau diskusi kelompok terfokus (FGD) yang melibatkan konselor, konseli, dan stakeholder program. Hasil evaluasi kemudian menjadi dasar untuk perbaikan berkelanjutan (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

RANGKUMAN

Peer motivasi dan konseling teman sebaya merupakan pendekatan strategis dalam pemberdayaan kesehatan reproduksi remaja melalui partisipasi aktif dari remaja itu sendiri. Pendekatan ini didasarkan pada pemahaman bahwa remaja lebih mudah menerima informasi dari rekan seusia karena kesamaan pengalaman, bahasa, dan konteks sosial. *Peer motivator* berperan dalam memberikan motivasi, menyebarkan informasi, dan mendorong perilaku sehat, sedangkan *peer counselor* memberikan dukungan psikososial dan konseling dasar bagi remaja yang menghadapi masalah seperti kehamilan tidak direncanakan atau kekerasan seksual. Perbedaan utama keduanya terletak pada kedalaman interaksi dan jenis pelatihan yang diperoleh.

Pengembangan program peer motivasi dan konselor sebaya diawali dengan identifikasi kebutuhan dan pemetaan masalah di komunitas. Rekrutmen dilakukan berdasarkan kriteria yang jelas seperti kemampuan komunikasi, empati, dan pengaruh sosial. Pelatihan terstruktur mencakup materi kesehatan reproduksi, teknik konseling, etika, dan keterampilan komunikasi. Program ini diintegrasikan melalui berbagai lini seperti sekolah, pusat informasi dan konseling remaja (PIK-R), posyandu remaja, serta organisasi kepemudaan. Pemanfaatan media sosial menjadi salah satu strategi penting untuk menjangkau remaja, khususnya di wilayah yang sulit diakses layanan tatap muka.

Dalam pelaksanaannya, *peer motivator* berperan sebagai edukator, fasilitator, role model, agen perubahan, dan pembentuk ekosistem sosial yang mendukung perilaku reproduksi sehat. Mereka menyampaikan informasi ilmiah dengan bahasa yang komunikatif, memfasilitasi kegiatan edukasi interaktif, menjadi teladan perilaku sehat, serta membangun komunitas yang terbuka membicarakan isu reproduksi tanpa stigma. Proses ini selaras dengan teori tahapan perubahan perilaku, yang menekankan dukungan informasi, motivasi emosional, dan lingkungan sosial positif untuk memelihara perilaku sehat di kalangan remaja.

Meskipun efektif, implementasi program peer motivasi dan konselor sebaya menghadapi berbagai tantangan, seperti keterbatasan kompetensi, kurangnya dukungan institusi, stigma sosial, ketidakstabilan emosional konselor, dan minimnya evaluasi program. Solusi yang dapat diterapkan meliputi pelatihan berjenjang dengan supervisi profesional, kolaborasi lintas sektor, pendekatan kultural yang adaptif, pendampingan psikologis, serta penguatan sistem monitoring dan evaluasi. Dengan strategi yang tepat, peer motivasi dan konselor sebaya dapat menjadi agen perubahan signifikan dalam meningkatkan kesehatan reproduksi remaja secara berkelanjutan.

EVALUASI

1. Jelaskan konsep dasar *peer motivator* dan *peer counselor* dalam konteks pemberdayaan kesehatan reproduksi remaja!
2. Sebutkan lima perbedaan utama antara peran *peer motivator* dan *peer counselor*!
3. Uraikan tahapan perencanaan program *peer motivator* di lingkungan sekolah!
4. Jelaskan prinsip-prinsip etika yang harus diterapkan oleh *peer counselor* saat memberikan konseling pada remaja!
5. Uraikan hubungan antara *peer motivasi* dengan perubahan perilaku menurut teori transtheoretical model!
6. Sebutkan indikator keberhasilan program *peer motivator* yang dapat diukur secara kuantitatif!
7. Jelaskan teknik komunikasi efektif yang digunakan *peer motivator* untuk mengatasi resistensi informasi dari remaja!
8. Jelaskan hubungan antara *peer motivasi* dengan peningkatan kesadaran deteksi dini masalah kesehatan reproduksi!
9. Jelaskan mekanisme evaluasi berkelanjutan pada program *peer motivator* dan konselor sebaya!
10. Jelaskan pentingnya pendekatan kultural dalam implementasi program *peer motivasi* di daerah dengan nilai tradisi yang kuat!
11. Seorang siswi SMA terpilih menjadi *peer motivator*, namun ia merasa canggung saat pertama kali memimpin diskusi tentang kesehatan reproduksi. Sebagai bidan pembimbing, jelaskan langkah pembinaan yang tepat!
12. Dalam kegiatan PIK-R, seorang *peer counselor* menghadapi remaja yang menangis karena mengalami kekerasan seksual. Apa langkah konseling awal yang harus dilakukan sesuai prinsip etika?
13. Di sebuah desa, program *peer motivator* tidak berjalan optimal karena rendahnya minat remaja mengikuti kegiatan. Jelaskan strategi perbaikan yang dapat dilakukan!
14. Saat melakukan konseling, *peer counselor* menemukan bahwa kliennya mengalami depresi berat. Jelaskan tindakan rujukan yang tepat dan prosedurnya!
15. Dalam sesi diskusi kelompok, terjadi perdebatan keras antar peserta mengenai norma budaya dan kesehatan reproduksi. Bagaimana peran *peer motivator* dalam menyelesaikan konflik ini?
16. Program *peer motivator* di sebuah sekolah menengah berhasil meningkatkan pengetahuan siswa, namun angka perilaku berisiko tidak menurun. Jelaskan analisis penyebab dan solusi!
17. Dalam pelatihan, calon *peer motivator* menunjukkan keterbatasan dalam keterampilan komunikasi. Apa strategi pelatihan yang dapat digunakan untuk meningkatkan kemampuannya?
18. Seorang *peer motivator* ingin membuat konten edukasi di TikTok untuk menarik perhatian remaja. Jelaskan langkah perencanaan agar konten tersebut efektif dan sesuai etika!
19. Seorang *peer motivator* menjadi korban perundungan akibat perannya. Apa dukungan psikososial yang harus diberikan?

20. Program *peer motivator* gagal mencapai target capaian karena kurangnya koordinasi lintas sektor. Jelaskan peran bidan dalam membangun jejaring kemitraan!

TOPIK 7

MELAKUKAN PROMOSI DAN EDUKASI DALAM BIDANG KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA

Kesehatan reproduksi remaja merupakan bagian integral dari kesehatan masyarakat yang memerlukan perhatian serius, mengingat fase remaja adalah periode transisi yang ditandai dengan perubahan biologis, psikologis, dan sosial. Berdasarkan definisi WHO (2021), kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial secara utuh, bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan, dalam semua aspek yang berkaitan dengan sistem reproduksi dan fungsi serta prosesnya. Dalam konteks remaja, kesehatan reproduksi meliputi pengetahuan dan keterampilan untuk menjalani masa pubertas, mencegah kehamilan tidak diinginkan, infeksi menular seksual (IMS), hingga pemahaman tentang relasi yang sehat dan etis.

Promosi dan edukasi menjadi dua pilar utama dalam pemberdayaan remaja terhadap kesehatan reproduksinya. Promosi bertujuan untuk menciptakan lingkungan yang mendukung perilaku sehat, sementara edukasi berfokus pada pemberian informasi dan peningkatan kapasitas remaja dalam membuat keputusan yang bertanggung jawab. Keduanya menjadi intervensi preventif yang efektif dalam mengatasi berbagai persoalan kesehatan reproduksi remaja, seperti seks bebas, HIV/AIDS, pernikahan dini, dan kekerasan seksual (Sari *et al.*, 2023).

Sejumlah studi menunjukkan bahwa upaya promosi dan edukasi yang dirancang secara partisipatif dan berbasis bukti mampu meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku remaja dalam menjaga kesehatan reproduksinya (Yuliani *et al.*, 2022). Oleh karena itu, strategi promosi dan edukasi harus disesuaikan dengan karakteristik lokal, usia, jenis kelamin, dan kondisi sosial budaya remaja di wilayah sasaran.

A. Konsep Promosi Kesehatan Reproduksi Remaja

Promosi kesehatan adalah proses yang memungkinkan individu dan masyarakat untuk meningkatkan kendali atas kesehatan mereka dan meningkatkannya. Dalam konteks remaja, promosi kesehatan reproduksi mencakup kegiatan yang mendorong remaja untuk memahami tubuh mereka, menghargai integritas seksual, dan membentuk sikap positif terhadap reproduksi yang sehat dan bertanggung jawab. Promosi ini bisa diwujudkan dalam bentuk kampanye media massa, penyuluhan, pelatihan *peer educator*, pembentukan klub remaja, dan integrasi ke dalam kurikulum sistem pendidikan formal.

Prinsip dasar promosi kesehatan reproduksi remaja meliputi pendekatan partisipatif, berbasis hak asasi manusia, berorientasi pada kebutuhan kelompok rentan, dan mempertimbangkan aspek budaya serta gender (Haryanti & Yusriana, 2022). Strategi promosi yang sukses harus melibatkan remaja secara aktif, memperkuat kapasitas komunitas, dan menjalin kerja sama multisektoral antara Lembaga Pendidikan, pelayanan kesehatan, organisasi keagamaan, dan tokoh masyarakat.

Efektivitas promosi juga sangat dipengaruhi oleh saluran komunikasi yang digunakan. Penggunaan media sosial, aplikasi digital, dan kampanye visual yang menarik dinilai lebih mampu menjangkau remaja yang terbiasa dengan dunia digital. Di sisi lain, pendekatan tatap muka seperti diskusi kelompok dan seminar tetap penting untuk membangun dialog dan kedekatan interpersonal.

B. Edukasi Kesehatan Reproduksi Remaja

Edukasi kesehatan reproduksi remaja adalah suatu proses pemberian informasi, penanaman nilai, serta pembentukan sikap dan keterampilan yang bertujuan untuk membekali remaja dengan pengetahuan yang benar, komprehensif, dan ilmiah terkait fungsi, peran, serta tanggung jawab dalam hal reproduksi. Remaja sebagai kelompok usia transisi dari masa kanak-kanak menuju dewasa mengalami perubahan fisiologis dan psikologis yang kompleks, sehingga memerlukan edukasi yang terstruktur untuk menghadapi tantangan dalam memahami dan mengelola kesehatan reproduksinya secara sehat dan bertanggung jawab (WHO, 2021).

Tujuan utama dari edukasi ini adalah untuk membangun pemahaman remaja tentang hak-hak kesehatan reproduksi, memberikan informasi tentang cara menjaga organ reproduksi, serta mencegah risiko perilaku seksual yang tidak sehat. Edukasi ini juga bertujuan mendorong remaja agar mampu membuat keputusan yang tepat dan mandiri dalam menjaga integritas tubuhnya, menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, serta melindungi diri dari infeksi menular seksual (IMS), termasuk HIV/AIDS (UNESCO, 2022).

Materi dalam edukasi kesehatan reproduksi remaja bersifat menyeluruh dan mencakup berbagai aspek penting dalam system reproduksi manusia. Diantaranya adalah :

a. Perubahan Fisiologis saat Pubertas

Materi ini menjelaskan perubahan biologis yang terjadi selama masa pubertas, baik pada laki-laki maupun perempuan. Edukasi yang tepat akan membantu remaja memahami bahwa perubahan seperti menstruasi, mimpi basah, tumbuhnya rambut di area tubuh tertentu, dan perubahan suara merupakan bagian alami dari perkembangan diri.

b. Kebersihan Organ Reproduksi

Remaja diajarkan cara menjaga kebersihan organ reproduksi secara benar agar terhindar dari infeksi atau penyakit. Edukasi kebersihan juga menekankan pentingnya penggunaan pembalut bersih, mengganti pakaian dalam secara rutin, serta mengenali tanda-tanda infeksi.

c. Konsep Kehamilan dan Kontrasepsi

Meteri ini menyampaikan bagaimana proses kehamilan dapat terjadi, pentingnya pemahaman tentang masa subur, serta informasi tentang berbagai jenis kontrasepsi yang tersedia dan fungsinya. Pengetahuan ini sangat penting untuk pencegahan kehamilan tidak diinginkan akibat hubungan seksual pranikah.

d. Bahaya Hubungan Seksual Pranikah

Edukasi menjelaskan risiko fisik, emosional, dan sosial dari hubungan seksual di luar pernikahan, termasuk risiko kehamilan, IMS, serta stigma sosial yang dapat memengaruhi masa depan remaja.

e. Infeksi Menular Seksual (IMS)

Remaja diberikan pemahaman tentang jenis-jenis IMS seperti gonore, sifilis, herpes genital, HIV/AIDS, dan cara penularannya. Mereka juga diajarkan pentingnya pemeriksaan kesehatan secara berkala dan penggunaan kondom sebagai pencegahan.

f. Kekerasan dan Pelecehan Seksual

Edukasi ini membekali remaja dengan pemahaman tentang bentuk-bentuk kekerasan seksual, hak untuk berkata “tidak”, cara melaporkan pelecehan, serta pentingnya menjaga batasan tubuh secara pribadi dan sosial.

C. Strategi Pelaksanaan Promosi dan Edukasi

Strategi pelaksanaan promosi dan edukasi kesehatan reproduksi remaja merupakan kerangka sistematis yang dirancang untuk memastikan intervensi edukatif berjalan efektif, berkelanjutan, dan berdampak positif pada perubahan perilaku remaja. Pelaksanaan strategi ini harus berlandaskan pada pendekatan berbasis bukti dan teori komunikasi kesehatan yang relevan. Menurut WHO (2020), terdapat lima tahapan utama dalam pelaksanaan program edukasi yang efektif, yaitu: analisis situasi, perencanaan program, pengembangan materi, implementasi program, serta evaluasi dan tindak lanjut.

a. Analisis Situasi

Tahap awal dari strategi pelaksanaan adalah analisis situasi, yaitu proses identifikasi masalah dan kebutuhan remaja terkait kesehatan reproduksi. Analisis ini mencakup pemetaan perilaku berisiko (seperti seks bebas, penggunaan zat adiktif), keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan reproduksi, serta persepsi remaja dan masyarakat terhadap isu-isu reproduksi. Metode pengumpulan data dapat berupa survei, wawancara mendalam, dan diskusi kelompok terfokus. Hasil analisis ini menjadi dasar untuk intervensi yang relevan dan tepat sasaran (UNFPA, 2023).

b. Perencanaan Program

Setelah memperoleh gambaran situasi, terkait edukasi kesehatan reproduksi berikutnya adalah perencanaan program. Tahapan ini melibatkan penentuan tujuan jangka pendek dan panjang, sasaran program (misalnya remaja usia 12–18 tahun), indikator keberhasilan, dan pemilihan strategi promosi dan edukasi.

Strategi dapat bersifat langsung (edukasi tatap muka) maupun tidak langsung (kampanye media sosial). Selain itu, pendekatan harus disesuaikan dengan karakteristik audiens, apakah melalui model *one-to-many* (ceramah), *two-way communication* (diskusi), atau *peer-led approaches* (edukasi sebaya) (Kemenkes RI, 2022).

c. Pengembangan Materi Edukasi

Materi edukasi harus dikembangkan berdasarkan kebutuhan yang telah diidentifikasi, disesuaikan dengan usia, kemampuan berpikir, dan latar belakang budaya remaja. Materi sebaiknya mencakup aspek biologis, psikologis, dan sosial dari kesehatan reproduksi, termasuk informasi tentang pubertas, menstruasi, kontrasepsi, penyakit menular seksual, serta hak-hak seksual dan reproduksi. Bahasa yang digunakan harus komunikatif, tidak menggurui, dan menghindari istilah medis yang rumit. Penyampaian materi yang berbasis bukti ilmiah juga harus disesuaikan dengan pendekatan yang menyenangkan seperti infografik, video animasi, dan storytelling.

d. Implementasi Program

Tahap implementasi meliputi pelaksanaan kegiatan edukatif secara langsung maupun tidak langsung. Metode yang efektif meliputi kelas interaktif, seminar sekolah, konseling individual, *peer group discussion*, kampanye media sosial, hingga penyuluhan berbasis komunitas. Peran pendidik, bidan, tenaga kesehatan, dan konselor remaja sangat penting dalam menciptakan lingkungan belajar yang aman dan nyaman. Selain itu, pendekatan digital berbasis aplikasi dan media sosial menjadi sarana strategis untuk menjangkau remaja secara luas dan berkelanjutan.

e. Evaluasi dan Tindak Lanjut

Evaluasi bertujuan untuk mengukur dampak program terhadap pengetahuan, sikap, dan perilaku remaja. Evaluasi formatif dilakukan di awal untuk menilai kesesuaian materi, sementara evaluasi sumatif dilakukan di akhir program untuk mengukur keberhasilan secara keseluruhan. Teknik evaluasi dapat berupa *pre-test* dan *post-test*, kuesioner, wawancara, dan observasi perilaku. Hasil evaluasi menjadi dasar untuk perbaikan program ke depan, serta untuk melakukan advokasi kepada pemangku kepentingan agar program dapat direplikasi atau diperluas.

D. Dampak dan Efektivitas Promosi dan Edukasi

Promosi dan edukasi kesehatan reproduksi pada remaja merupakan intervensi yang memiliki dampak luas terhadap aspek kognitif, afektif, dan psikomotorik remaja dalam memahami serta menjaga kesehatan reproduksinya. Intervensi edukatif yang disusun secara sistematis dan berbasis bukti telah terbukti meningkatkan literasi kesehatan reproduksi secara signifikan, yang berujung pada perubahan sikap serta penguatan perilaku hidup sehat. Edukasi ini tidak hanya meningkatkan pengetahuan, tetapi juga memberikan efek preventif terhadap

perilaku seksual berisiko, kekerasan seksual, serta berbagai masalah sosial terkait kesehatan reproduksi.

Salah satu bentuk dampak nyata dari edukasi ini adalah peningkatan pemahaman remaja terhadap konsep pencegahan kehamilan dan infeksi menular seksual (IMS). Penelitian yang dilakukan oleh Lestari *et al.* (2022) menunjukkan bahwa penggunaan video animasi edukatif dalam menyampaikan informasi mengenai kontrasepsi dan kehamilan remaja berhasil meningkatkan pemahaman siswa hingga 87% dalam waktu singkat. Efektivitas media visual ini berkaitan erat dengan gaya belajar remaja yang cenderung visual dan audio-visual, sehingga pesan edukatif lebih mudah ditangkap dan diingat.

Intervensi promosi-edukasi yang dilakukan secara konsisten dan terstruktur juga berdampak pada peningkatan daya ingat serta pemahaman jangka panjang Remaja yang menerima materi edukasi secara berulang melalui berbagai platform seperti sekolah, media sosial, dan kegiatan komunitas cenderung memiliki ingatan yang lebih kuat terhadap informasi yang disampaikan. Penguatan ini penting untuk membangun sikap reflektif dalam mengambil keputusan terkait kesehatan reproduksi mereka sendiri. Rasa percaya diri yang meningkat dalam menjaga integritas tubuh dan berani mengatakan tidak terhadap ajakan seksual merupakan salah satu indikator penting keberhasilan intervensi.

RANGKUMAN

Kesehatan reproduksi remaja merupakan bagian penting dari kesehatan masyarakat karena masa remaja adalah periode transisi yang penuh perubahan biologis, psikologis, dan sosial. Menurut WHO (2021), kesehatan reproduksi mencakup kondisi sehat secara fisik, mental, dan sosial secara menyeluruh, tidak hanya bebas dari penyakit, serta meliputi semua aspek terkait pendidikan reproduksi, fungsi, dan prosesnya. Pada remaja, hal ini mencakup pengetahuan dan keterampilan menghadapi pubertas, pencegahan kehamilan tidak diinginkan, pencegahan infeksi menular seksual, serta pemahaman tentang hubungan yang sehat dan etis. Promosi dan edukasi kesehatan reproduksi menjadi intervensi preventif yang efektif untuk mengatasi masalah seperti seks bebas, HIV/AIDS, pernikahan dini, dan kekerasan seksual.

Promosi kesehatan reproduksi remaja berfokus pada penciptaan lingkungan yang mendukung perilaku sehat, sedangkan edukasi bertujuan meningkatkan pengetahuan dan kemampuan remaja dalam mengambil keputusan yang bertanggung jawab. Prinsipnya meliputi pendekatan partisipatif, berbasis hak asasi manusia, serta mempertimbangkan budaya dan gender. Strategi dapat berupa kampanye media, pelatihan pendidik sebaya, klub remaja, hingga integrasi ke dalam kurikulum sekolah. Efektivitasnya sangat dipengaruhi oleh saluran komunikasi yang digunakan, seperti media sosial untuk menjangkau remaja digital, dan pertemuan tatap muka untuk membangun dialog yang mendalam.

Edukasi kesehatan reproduksi membekali remaja dengan informasi ilmiah yang benar, sikap positif, serta keterampilan menjaga kesehatan reproduksi secara sehat dan bertanggung jawab. Materinya meliputi perubahan fisiologis saat pubertas, kebersihan organ reproduksi, konsep kehamilan dan kontrasepsi, bahaya hubungan seksual pranikah, infeksi menular seksual, serta pencegahan kekerasan seksual. Proses edukasi juga menekankan hak-hak remaja dalam menjaga integritas tubuh dan mencegah perilaku berisiko. Penyampaian materi harus disesuaikan dengan usia, kemampuan berpikir, dan budaya, serta dikemas secara menarik agar mudah dipahami dan diingat.

Pelaksanaan promosi dan edukasi yang efektif membutuhkan analisis situasi, perencanaan program, pengembangan materi, implementasi kegiatan, serta evaluasi dan tindak lanjut. Kegiatan yang dirancang secara berbasis bukti dan dilaksanakan berulang melalui berbagai saluran terbukti meningkatkan literasi kesehatan reproduksi, mengubah sikap, serta memperkuat perilaku hidup sehat pada remaja. Dampak positif yang dihasilkan antara lain meningkatnya pemahaman tentang pencegahan kehamilan dan infeksi menular seksual, bertambahnya rasa percaya diri untuk menolak ajakan seksual, serta terbentuknya kesadaran menjaga kesehatan reproduksi sebagai bagian dari tanggung jawab pribadi.

EVALUASI

1. Jelaskan pengertian kesehatan reproduksi remaja menurut WHO dan hubungannya dengan hak asasi manusia!
2. Uraikan prinsip-prinsip promosi kesehatan reproduksi yang efektif untuk remaja!
3. Sebutkan dan jelaskan faktor-faktor internal yang mempengaruhi perilaku kesehatan reproduksi remaja!
4. Sebutkan dan jelaskan faktor-faktor eksternal yang mempengaruhi perilaku kesehatan reproduksi remaja!
5. Jelaskan perbedaan antara promosi kesehatan reproduksi dan edukasi kesehatan reproduksi!
6. Sebutkan indikator keberhasilan program promosi kesehatan reproduksi remaja!
7. Jelaskan peran tenaga kesehatan dalam mengembangkan modul edukasi kesehatan reproduksi!
8. Jelaskan keterkaitan literasi digital dengan keberhasilan promosi kesehatan reproduksi remaja!
9. Sebutkan langkah-langkah perencanaan program promosi kesehatan reproduksi!
10. Jelaskan keterkaitan pendidikan seksual komprehensif (CSE) dengan pencegahan perilaku berisiko pada remaja!
11. Seorang siswi SMA usia 16 tahun merasa malu bertanya tentang menstruasi pada guru dan orang tuanya. Sebagai bidan di puskesmas, jelaskan langkah edukasi yang tepat!
12. Di sebuah desa, angka pernikahan dini meningkat. Sebagai bidan, jelaskan strategi promosi yang efektif untuk menurunkan angka tersebut!

13. Seorang remaja perempuan datang dengan keluhan keputihan berbau. Ia mengaku sering membersihkan organ intim menggunakan sabun pembersih kewanitaannya yang mengandung antiseptik kuat. Jelaskan edukasi yang tepat!
14. Di sekolah, ditemukan 5 siswi yang hamil di luar nikah. Jelaskan program edukasi dan promosi yang dapat diterapkan untuk mencegah kejadian serupa!
15. Seorang siswa SMP mendapatkan informasi salah tentang kontrasepsi dari media sosial. Sebagai bidan, jelaskan langkah edukasi yang tepat untuk meluruskan informasi tersebut!
16. Data puskesmas menunjukkan angka IMS pada remaja meningkat. Jelaskan rencana intervensi berbasis promosi kesehatan yang bisa dilakukan!
17. Seorang siswi berusia 15 tahun belum memahami siklus menstruasi dan masa subur. Buat rencana edukasi yang sesuai!
18. Dalam kelompok remaja, topik tentang consent atau persetujuan dalam hubungan seksual belum pernah dibahas. Jelaskan bagaimana Anda akan memperkenalkan konsep ini secara edukatif!
19. Remaja putri mengeluh nyeri hebat saat menstruasi sehingga sering tidak masuk sekolah. Jelaskan materi edukasi yang dapat membantu mengatasi masalah ini!
20. Dalam pelaksanaan program promosi kesehatan, ditemukan kendala rendahnya partisipasi remaja laki-laki. Jelaskan strategi untuk meningkatkan keterlibatan mereka!

TOPIK 8

EVIDENCE BASED TERKAIT KESEHATAN REPRODUKSI ASUHAN REMAJA

Evidence based practice (EBP) atau praktik berbasis bukti merupakan pendekatan sistematis dalam pelayanan kesehatan yang menggabungkan bukti ilmiah terbaik yang tersedia, keahlian klinis, serta nilai dan preferensi individu dalam pengambilan keputusan. Dalam konteks asuhan remaja, terutama dalam bidang kesehatan reproduksi, EBP memainkan peran penting dalam memastikan bahwa intervensi yang diberikan benar-benar efektif, relevan, dan dapat diterima oleh remaja sesuai dengan latar belakang sosial-budayanya.

Prinsip dasar EBP dimulai dengan mengidentifikasi masalah kesehatan yang dialami remaja, kemudian mencari dan menelaah bukti ilmiah yang relevan dan terpercaya, menilai kualitas metodologis dari penelitian yang ada, dan akhirnya mengintegrasikan hasil tersebut ke dalam praktik klinis atau program intervensi. Keputusan yang diambil tidak hanya berdasarkan intuisi atau pengalaman semata, melainkan dikukuhkan oleh data dan hasil penelitian yang telah terbukti memberikan dampak positif (Sackett *et al.*, 2021).

Dalam asuhan kebidanan remaja, pendekatan ini sangat berguna untuk menangani isu-isu kompleks seperti kehamilan remaja, penggunaan kontrasepsi, pencegahan infeksi menular seksual (IMS), serta edukasi mengenai seksualitas yang sehat. EBP mendorong praktisi kesehatan, termasuk bidan, untuk senantiasa memperbaharui pengetahuan dan keterampilan mereka berdasarkan temuan terbaru dari penelitian dan pedoman klinis. Dengan demikian, kualitas pelayanan yang diberikan kepada remaja akan lebih aman, tepat sasaran, dan bermakna bagi penerima layanan.

Lebih jauh lagi, pendekatan EBP dalam kesehatan reproduksi remaja memperkuat posisi remaja sebagai individu yang memiliki hak untuk mendapatkan informasi dan layanan kesehatan yang berbasis bukti. Hal ini sejalan dengan prinsip-prinsip promosi kesehatan remaja yang menekankan pentingnya pemberdayaan dan keterlibatan remaja dalam setiap proses pengambilan keputusan yang menyangkut tubuh dan kesehatannya. Oleh karena itu, keterlibatan remaja dalam menyuarakan kebutuhan dan preferensi mereka merupakan bagian tak terpisahkan dari praktik berbasis bukti.

Penerapan EBP juga mencakup evaluasi secara berkelanjutan terhadap efektivitas intervensi. Dengan kata lain, EBP tidak berhenti pada tahap implementasi program, tetapi terus dimonitor dan disesuaikan berdasarkan hasil pengukuran dampak serta umpan balik dari remaja. Ini menjadikan EBP sebagai proses dinamis dan adaptif yang bertujuan untuk meningkatkan efektivitas layanan secara berkelanjutan, serta

menjamin bahwa praktik yang diterapkan senantiasa sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan kebutuhan riil remaja di lapangan (Melnik & Fineout-Overholt, 2023).

Penerapan *Evidence-Based Practice* (EBP) dalam praktik kebidanan remaja merupakan strategi penting dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan dan hasil kesehatan remaja, khususnya di bidang kesehatan reproduksi. EBP bukan sekadar mengikuti panduan, melainkan melibatkan proses pengambilan keputusan yang informatif dan rasional berdasarkan bukti ilmiah terkini, pengalaman klinis bidan, serta kebutuhan dan preferensi individu remaja. Dalam konteks kebidanan, EBP menjadi landasan dalam memberikan intervensi yang aman, efektif, dan sesuai dengan karakteristik perkembangan psikososial remaja. Adapun penerapan EBP terkait kesehatan reproduksi asuhan remaja adalah :

A. Asesmen Kebutuhan Kesehatan Secara Sistematis

Pertama, dalam praktik kebidanan remaja, penerapan EBP dilakukan dengan melakukan asesmen kebutuhan kesehatan secara sistematis. Misalnya, bidan mengidentifikasi risiko dan kebutuhan remaja terkait kesehatan reproduksi melalui anamnesis menyeluruh, skrining psikososial, serta wawancara sensitif tentang pengalaman seksual, riwayat menstruasi, dan pemahaman terhadap kontrasepsi. Berdasarkan asesmen ini, bidan menentukan intervensi yang relevan dengan mengacu pada bukti ilmiah, seperti panduan WHO, Cochrane Review, dan jurnal praktik terbaik dalam kebidanan remaja (WHO, 2020).

B. Intervensi Berbasis EBP Diterapkan dalam Bentuk Konseling dan Edukasi Reproduksi yang Berbasis Bukti

Contohnya adalah penggunaan *motivational interviewing* untuk mendorong perilaku seksual yang sehat, pemilihan metode kontrasepsi yang disesuaikan dengan usia dan tingkat kedewasaan kognitif remaja, serta penggunaan media edukasi berbasis teknologi seperti aplikasi digital atau video interaktif yang telah terbukti meningkatkan pemahaman dan kepatuhan remaja terhadap informasi kesehatan reproduksi (Newton-Levinson *et al.*, 2021). Bidan tidak hanya menyampaikan informasi, tetapi memfasilitasi dialog dua arah yang mendorong refleksi dan partisipasi aktif remaja.

C. Agen Perubahan dan Penggerak Komunitas

Ketiga, dalam EBP, bidan juga memiliki peran sebagai agen perubahan dan penggerak komunitas, di mana mereka berkolaborasi dengan sekolah, keluarga, serta tenaga kesehatan lain untuk menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan reproduksi remaja. Salah satu bentuk konkret penerapan EBP adalah pengembangan program *peer education* berbasis bukti, yang menunjukkan peningkatan signifikan dalam perilaku aman seksual dan penurunan risiko IMS serta kehamilan yang tidak direncanakan (Chong *et al.*, 2022). Bidan dapat melatih remaja sebagai konselor sebaya dengan materi yang telah divalidasi oleh penelitian.

D. Pemantauan dan Evaluasi Program yang Berkesinambungan

Keempat, EBP dalam praktik kebidanan remaja juga menuntut adanya pemantauan dan evaluasi program yang berkesinambungan. Setiap intervensi yang dilakukan perlu dievaluasi dampaknya melalui pengukuran indikator-indikator seperti peningkatan pengetahuan, perubahan sikap, atau penurunan angka kehamilan remaja. Hasil evaluasi ini selanjutnya digunakan untuk menyesuaikan pendekatan yang digunakan agar tetap relevan dengan kondisi aktual dan karakteristik populasi sasaran. Proses ini sejalan dengan prinsip EBP yang bersifat siklik dan adaptif (Melnik & Fineout-Overholt, 2023).

E. Pengembangan Kapasitas Bidan dalam Memahami dan Menerapkan EBP

Kelima, pengembangan kapasitas bidan dalam memahami dan menerapkan EBP sangat krusial. Penerapan EBP yang optimal hanya dapat dicapai jika bidan dibekali dengan keterampilan untuk mencari, menelaah, dan menerapkan bukti ilmiah ke dalam praktik sehari-hari. Oleh karena itu, pelatihan dan pendidikan berkelanjutan bagi bidan tentang literasi riset, penggunaan database jurnal, dan metode evaluasi efektivitas intervensi harus menjadi bagian integral dari system pendidikan dan pengembangan profesional kebidanan.

Dengan demikian, Penerapan EBP dalam praktik kebidanan remaja tidak hanya meningkatkan efektivitas layanan, tetapi juga menjamin bahwa setiap tindakan yang diambil oleh bidan benar-benar berpihak pada kesejahteraan remaja secara holistik. Penerapan ini juga menjadi bentuk tanggung jawab etis dan profesional bidan dalam menjawab tantangan kesehatan reproduksi yang kompleks di era modern.

Salah satu contoh nyata dari penerapan EBP adalah program Pendidikan kesehatan reproduksi berbasis peer education. Berdasarkan penelitian oleh Pramudita *et al.* (2024), pendekatan ini terbukti meningkatkan pemahaman remaja terhadap bahaya hubungan seksual pranikah dan risiko IMS. Remaja yang menjadi pendidik sebaya lebih mudah diterima oleh teman-temannya karena adanya hubungan setara dan kepercayaan antar kelompok usia.

Contoh lain adalah intervensi penggunaan media digital interaktif, seperti aplikasi mobile edukatif atau video animasi, yang dilaporkan oleh Lestari *et al.* (2022) mampu meningkatkan retensi informasi dan membentuk sikap positif terhadap penggunaan kontrasepsi pada remaja di wilayah urban.

RANGKUMAN

Praktik berbasis bukti atau *evidence-based practice* (EBP) merupakan pendekatan sistematis dalam pelayanan kesehatan yang menggabungkan bukti ilmiah terbaik, keahlian klinis tenaga kesehatan, serta nilai dan preferensi individu penerima layanan. Dalam konteks kesehatan reproduksi remaja, EBP berperan penting untuk memastikan intervensi yang diberikan aman, efektif, relevan, dan sesuai dengan latar belakang sosial-budaya remaja. Pendekatan ini menekankan bahwa keputusan klinis tidak hanya bergantung pada intuisi atau pengalaman, tetapi harus didukung oleh data dan hasil penelitian yang telah terbukti bermanfaat.

Penerapan EBP dalam kebidanan remaja dimulai dengan asesmen kebutuhan secara sistematis melalui anamnesis, skrining psikososial, dan wawancara sensitif terkait kesehatan reproduksi. Hasil asesmen digunakan sebagai dasar dalam menentukan intervensi berbasis bukti, seperti penggunaan *motivational interviewing* untuk mendorong perilaku seksual sehat, pemilihan metode kontrasepsi yang sesuai, serta penyampaian edukasi melalui media digital interaktif. Proses ini menuntut keterampilan bidan untuk mencari, menelaah, dan mengintegrasikan temuan penelitian ke dalam praktik, sehingga pelayanan yang diberikan tetap mutakhir dan tepat sasaran.

Bidan dalam penerapan EBP juga berperan sebagai agen perubahan dan penggerak komunitas. Mereka dapat bekerja sama dengan sekolah, keluarga, dan lembaga terkait untuk menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan reproduksi remaja. Salah satu strategi yang efektif adalah program *peer education* berbasis bukti, di mana remaja dilatih menjadi pendidik sebaya untuk menyampaikan informasi kesehatan reproduksi secara setara dan dapat diterima oleh kelompoknya. Program seperti ini terbukti mampu meningkatkan perilaku aman seksual serta menurunkan risiko infeksi menular seksual dan kehamilan yang tidak direncanakan.

Selain implementasi intervensi, EBP menuntut adanya pemantauan dan evaluasi berkelanjutan untuk menilai efektivitas program melalui pendidikan seperti peningkatan pengetahuan, perubahan sikap, atau penurunan angka kehamilan remaja. Hasil evaluasi digunakan untuk menyesuaikan strategi agar tetap relevan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan kebutuhan remaja. Dengan demikian, EBP dalam kesehatan reproduksi remaja bukan hanya menjadi landasan peningkatan mutu layanan, tetapi juga wujud tanggung jawab etis dan profesional bidan dalam memastikan setiap intervensi benar-benar berpihak pada kesejahteraan remaja secara holistik.

EVALUASI

1. Jelaskan definisi *evidence-based practice* (EBP) dalam konteks kesehatan reproduksi remaja!
2. Jelaskan tiga komponen utama EBP yang perlu dipertimbangkan bidan dalam asuhan kebidanan remaja!
3. Sebutkan dan jelaskan tahapan proses penerapan EBP mulai dari identifikasi masalah hingga evaluasi!
4. Mengapa asesmen kebutuhan kesehatan secara sistematis menjadi langkah awal penting dalam EBP untuk remaja?
5. Jelaskan lima sumber bukti ilmiah yang dapat digunakan bidan untuk mendukung pengambilan keputusan klinis dalam asuhan remaja!
6. Jelaskan metode *critical appraisal* yang dapat digunakan bidan untuk menilai kualitas penelitian sebelum diimplementasikan!
7. Apa perbedaan antara praktik berbasis bukti (*evidence-based practice*) dan praktik berbasis pengalaman (*experience-based practice*)?
8. Mengapa program *peer education* dinilai efektif sebagai intervensi EBP pada remaja? Sertakan hasil penelitian yang relevan!
9. Jelaskan hubungan antara faktor budaya lokal dan keberhasilan penerapan EBP pada remaja!
10. Mengapa pelatihan literasi riset penting bagi bidan dalam penerapan EBP pada kesehatan reproduksi remaja?
11. Seorang bidan menemukan peningkatan kasus kehamilan remaja di wilayah kerjanya. Jelaskan langkah penerapan EBP yang dapat dilakukan untuk menurunkan angka tersebut!
12. Di sebuah sekolah menengah, sebagian besar siswi tidak mengetahui cara mencegah IMS. Buat rencana intervensi berbasis bukti yang dapat diterapkan!
13. Puskesmas mendapatkan dana untuk program kesehatan reproduksi remaja. Bagaimana menentukan prioritas intervensi dengan prinsip EBP?
14. Seorang remaja perempuan 16 tahun datang untuk konsultasi kontrasepsi. Jelaskan bagaimana bidan menerapkan EBP dalam proses konseling!
15. Survei menunjukkan remaja lebih banyak mengakses informasi kesehatan dari media sosial. Rancang strategi EBP berbasis temuan tersebut!
16. Audit internal menunjukkan sebagian bidan belum menggunakan bukti ilmiah terkini. Rancang intervensi EBP untuk meningkatkan kompetensi mereka!
17. Remaja korban kekerasan seksual datang untuk mendapatkan dukungan. Jelaskan langkah intervensi aman dan berbasis bukti!
18. Bidan akan mengimplementasikan aplikasi edukasi reproduksi pada remaja. Bagaimana cara mengevaluasi efektivitasnya sesuai prinsip EBP?
19. Data menunjukkan peningkatan penggunaan kontrasepsi darurat oleh remaja. Jelaskan pendekatan EBP untuk mengatasi masalah ini!
20. Evaluasi tahunan program EBP menunjukkan angka IMS remaja tidak menurun. Buat langkah perbaikan berdasarkan bukti!

TOPIK 9

MANAJEMEN ASUHAN KESEHATAN REMAJA

A. Konsep Dasar

Manajemen asuhan kesehatan remaja merupakan suatu pendekatan sistematis yang mencakup proses perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, dan evaluasi pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk memenuhi kebutuhan remaja secara menyeluruh. Konsep ini dikembangkan sebagai respons terhadap kompleksitas kebutuhan kesehatan fisik, psikologis, sosial, dan reproduktif remaja yang berkembang seiring dengan fase transisi dari masa kanak-kanak menuju dewasa. Pendekatan manajerial ini mengintegrasikan prinsip-prinsip pelayanan kebidanan, kesehatan masyarakat, serta hak-hak remaja, dengan menekankan pada penyediaan layanan yang holistik, berkelanjutan, dan berpusat pada remaja (WHO, 2020).

Sebagai suatu proses, manajemen asuhan kesehatan remaja menempatkan remaja sebagai subjek utama yang memiliki hak untuk memperoleh informasi, akses layanan, serta ruang partisipatif dalam pengambilan keputusan terkait kesehatannya. Hal ini sejalan dengan konsep Youth Friendly Services (YFS) yang mengutamakan pendekatan ramah remaja dalam pemberian layanan kesehatan. Manajemen ini juga menekankan pada pembentukan hubungan yang saling menghargai antara tenaga kesehatan dan remaja, guna membangun kepercayaan serta mendorong keterlibatan aktif dalam program kesehatan yang dilaksanakan (UNFPA, 2021).

Dari sisi struktur, manajemen asuhan ini dimulai dengan identifikasi masalah atau kebutuhan remaja, baik melalui asesmen individu maupun survei populasi. Data yang dikumpulkan kemudian dijadikan dasar dalam perumusan tujuan spesifik, penetapan prioritas intervensi, dan penyusunan rencana program. Dalam pelaksanaannya, tenaga kesehatan bekerja sama dengan berbagai pihak, termasuk keluarga, sekolah, dan organisasi remaja, guna memastikan pendekatan yang kolaboratif dan multisektoral. Setelah program berjalan, dilakukan monitoring dan evaluasi secara berkala untuk menilai efektivitas, efisiensi, serta keberlanjutan layanan (Rokhmah *et al.*, 2022).

Penting untuk dicatat bahwa manajemen asuhan remaja tidak hanya berfokus pada aspek kuratif, tetapi juga mencakup upaya promotif dan preventif. Edukasi kesehatan, penguatan keterampilan hidup (*life skills*), serta pembentukan perilaku sehat menjadi bagian integral dari manajemen ini. Oleh sebab itu, keterlibatan lintas sektor dan keberadaan sistem rujukan yang efektif menjadi faktor pendukung utama dalam keberhasilan implementasi manajemen asuhan kesehatan remaja secara komprehensif.

B. Prinsip Pelaksanaan Manajemen Asuhan Kesehatan Remaja

Manajemen asuhan kesehatan remaja harus berlandaskan prinsip-prinsip fundamental yang menjamin efektivitas, kesetaraan, dan keberlanjutan layanan. Prinsip-prinsip ini tidak hanya mencerminkan etika pelayanan kesehatan, tetapi juga menjadi landasan operasional bagi tenaga kesehatan, khususnya bidan, dalam memberikan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan dan karakteristik perkembangan remaja.

a. Holistik dan Berkelanjutan

Prinsip holistik menekankan bahwa layanan kesehatan remaja harus mencakup seluruh dimensi kehidupan, yaitu fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Remaja merupakan individu yang berada dalam masa transisi yang kompleks, sehingga pendekatan yang parsial akan mengabaikan kebutuhan mendasar lainnya. Misalnya, masalah kesehatan reproduksi tidak dapat dipisahkan dari kondisi psikologis dan lingkungan sosial remaja. Pendekatan holistik ini harus disertai keberlanjutan, artinya layanan tidak bersifat sesaat, melainkan berkesinambungan sesuai fase perkembangan remaja. Studi oleh Sawyer *et al.* (2021) menekankan pentingnya kesinambungan intervensi mulai dari edukasi, konseling, hingga tindak lanjut

b. Partisipatif

Pelibatan aktif remaja dalam setiap tahap pelayanan mulai dari identifikasi kebutuhan, penyusunan program, hingga evaluasi merupakan prinsip partisipatif yang penting. Keterlibatan ini akan meningkatkan rasa kepemilikan terhadap program dan membangun kesadaran kritis remaja terhadap kesehatan diri. Menurut WHO (2020), pelayanan yang bersifat partisipatif terbukti meningkatkan efektivitas program, karena intervensi menjadi lebih relevan dan kontekstual. Partisipasi juga membantu menciptakan hubungan yang setara antara tenaga kesehatan dan remaja, yang berkontribusi pada peningkatan kepercayaan dan kepatuhan.

c. Rahasia dan Aman

Remaja memiliki hak atas privasi dan kerahasiaan informasi kesehatan mereka. Prinsip ini sangat penting untuk membangun rasa aman dalam mengakses layanan, terutama untuk isu-isu sensitif seperti kesehatan reproduksi, kekerasan seksual, atau orientasi seksual. Jika prinsip ini diabaikan, remaja cenderung enggan untuk mengakses layanan atau menyampaikan masalah mereka secara jujur. Layanan yang menjamin kerahasiaan akan menciptakan ruang aman (*safe space*) bagi remaja untuk mengungkapkan pengalaman pribadi mereka, sebagaimana ditekankan dalam pedoman pelayanan remaja oleh Kementerian Kesehatan RI (2023).

d. Berbasis Bukti (*Evidence Based*)

Setiap intervensi yang diterapkan dalam manajemen asuhan remaja harus dilandasi oleh bukti ilmiah terkini. Prinsip ini menjamin bahwa pelayanan yang diberikan bukan berdasarkan asumsi atau tradisi semata, melainkan telah terbukti efektif melalui penelitian atau uji coba terkontrol. Praktik berbasis bukti

juga mencakup pemanfaatan pedoman klinis, data epidemiologis, serta hasil evaluasi program sebelumnya. Misalnya, penggunaan modul *peer education* telah terbukti mampu menurunkan perilaku seksual berisiko pada remaja (Putri & Hartati, 2023), sehingga intervensi tersebut dapat diintegrasikan dalam program kesehatan sekolah.

e. Adil dan Inklusif

Pelayanan kesehatan remaja harus diberikan secara adil tanpa diskriminasi. Semua remaja, terlepas dari jenis kelamin, status sosial ekonomi, etnis, agama, atau orientasi seksual, harus memiliki akses yang setara terhadap informasi dan layanan. Inklusivitas ini sangat penting mengingat tingginya kerentanan kelompok minoritas terhadap stigma dan pengucilan. Oleh karena itu, tenaga kesehatan harus dilatih untuk memiliki sensitivitas budaya dan gender agar dapat memberikan layanan yang responsif dan empatik. Studi oleh UNESCO (2022) menyoroti bahwa ketidaksetaraan dalam layanan kesehatan remaja masih menjadi hambatan utama dalam upaya global mencapai kesehatan universal bagi remaja.

C. Peran Bidan dalam Manajemen Asuhan Kesehatan Remaja

Peran bidan dalam manajemen asuhan kesehatan remaja merupakan komponen penting dalam upaya meningkatkan kualitas hidup dan kesehatan generasi muda. Dalam praktik kebidanan, bidan tidak hanya memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak, tetapi juga memiliki tanggung jawab dalam menangani kesehatan remaja secara menyeluruh, khususnya dalam aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative. Berikut adalah penjelasan detail dan mendalam mengenai peran bidan dalam manajemen asuhan kesehatan remaja :

a. Peran Sebagai Edukator

Bidan memiliki peran utama dalam memberikan edukasi kepada remaja terkait isu-isu kesehatan yang relevan dengan fase perkembangan mereka. Edukasi ini meliputi:

- 1) Kesehatan reproduksi dan seksual, termasuk menstruasi, pubertas, kontrasepsi, dan infeksi menular seksual.
- 2) Kesehatan mental dan emosional, seperti pengelolaan stres, kecemasan, dan tekanan teman sebaya.
- 3) Gaya hidup sehat, seperti nutrisi, aktivitas fisik, dan pencegahan perilaku berisiko (merokok, alkohol, narkoba)

Bidan menyampaikan informasi menggunakan bahasa yang sesuai usia, ramah, dan non-diskriminatif, sehingga remaja merasa nyaman untuk bertanya dan berdiskusi. Edukasi yang efektif membantu remaja membentuk sikap dan perilaku sehat sejak dini (Indriani & Wahyuni, 2021).

b. Peran Sebagai Konselor

Dalam kapasitasnya sebagai konselor, bidan menyediakan layanan konseling individu maupun kelompok. konseling ini bersifat rahasia dan memberikan

ruang aman bagi remaja untuk membicarakan masalah pribadinya tanpa takut dihakimi. Isu yang sering muncul dalam konseling remaja antara lain :

- 1) Konflik keluarga atau sekolah
- 2) Krisis identitas
- 3) Kehamilan tidak direncanakan
- 4) Kekerasan dalam pacaran atau kekerasan seksual

Melalui konseling yang empatik dan suportif, bidan membantu remaja menemukan solusi dan membuat keputusan yang tepat bagi kesehatannya. Peran ini juga mendukung prinsip partisipatif dan menghormati otonomi remaja dalam pengambilan keputusan (WHO, 2020)

c. Peran Sebagai Pelaksana Layanan Kesehatan

Bidan terlibat langsung dalam pelayanan kesehatan dasar bagi remaja, baik di fasilitas pelayanan kesehatan primer (puskesmas, posyandu remaja), maupun di sekolah atau komunitas. Pelayanan ini mencakup:

- 1) Pemeriksaan kesehatan berkala
- 2) Skrining anemia dan status gizi
- 3) Imunisasi remaja (misalnya HPV)
- 4) Pemberian suplemen (tablet Fe, asam folat)
- 5) Deteksi dini masalah psikososial

Bidan juga memastikan remaja mendapatkan rujukan ke tenaga ahli apabila ditemukan masalah yang memerlukan penanganan lebih lanjut, seperti ke psikolog, dokter, atau pekerja sosial.

d. Peran Sebagai Advokat Hak Remaja

Bidan memiliki tanggung jawab moral dan profesional untuk menjadi advokat hak-hak kesehatan remaja. Ini berarti bidan aktif memperjuangkan akses remaja terhadap layanan yang aman, rahasia, dan sesuai kebutuhan, terutama bagi kelompok rentan (remaja perempuan, remaja dengan disabilitas, atau remaja dari komunitas terisolasi).

Bidan juga bekerja sama dengan keluarga, sekolah dan masyarakat dalam menciptakan lingkungan yang mendukung perkembangan remaja secara sehat. Hal ini termasuk mengurangi stigma terhadap remaja yang mengakses layanan kesehatan reproduksi, serta meningkatkan kesadaran orang tua tentang pentingnya komunikasi terbuka dengan anak remaja mereka.

e. Peran Sebagai Manajer Program Kesehatan Remaja

Dalam kerangka manajemen asuhan, bidan bertindak sebagai perencana, pelaksana, pemantau, dan evaluator program kesehatan remaja. Bidan:

- 1) Melakukan analisis kebutuhan kesehatan remaja di wilayah kerjanya.
- 2) Menyusun rencana kegiatan berbasis data (misalnya penyuluhan, klinik remaja, konseling sebaya).
- 3) Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap efektivitas program dan mencatat data hasil capaian.
- 4) Menggunakan pendekatan berbasis bukti dan kolaboratif dalam pengambilan keputusan.

Kemampuan manajerial ini sangat penting untuk menjamin bahwa pelayanan yang diberikan benar-benar menjawab permasalahan yang dihadapi remaja, serta berkesinambungan dan terintegrasi dengan layanan lain di tingkat komunitas.

RANGKUMAN

Manajemen asuhan kesehatan remaja adalah proses terstruktur yang mencakup perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, dan evaluasi pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk memenuhi kebutuhan remaja secara menyeluruh. Pendekatan ini menempatkan remaja sebagai pusat pelayanan dengan mempertimbangkan aspek fisik, psikologis, sosial, dan reproduktif. Prosesnya selaras dengan konsep *Youth Friendly Services* yang mengedepankan layanan ramah remaja, akses yang mudah, dan keterlibatan aktif remaja dalam pengambilan keputusan terkait kesehatannya. Manajemen ini tidak hanya fokus pada pengobatan, tetapi juga pada upaya pencegahan dan promosi kesehatan yang berkelanjutan.

Prinsip pelaksanaan manajemen asuhan kesehatan remaja meliputi layanan yang holistik, partisipatif, rahasia dan aman, berbasis bukti, serta adil dan inklusif. Layanan holistik memastikan semua dimensi kebutuhan remaja terpenuhi secara berkesinambungan. Prinsip partisipatif melibatkan remaja secara aktif agar program lebih relevan dan meningkatkan rasa kepemilikan terhadap layanan. Prinsip kerahasiaan menjaga privasi remaja sehingga mereka merasa aman untuk mengakses layanan, sedangkan prinsip berbasis bukti memastikan intervensi yang dilakukan telah teruji secara ilmiah. Pelayanan juga harus bersifat adil dan inklusif untuk menghindari diskriminasi terhadap kelompok remaja tertentu.

Bidan memiliki peran penting dalam manajemen asuhan kesehatan remaja, baik sebagai edukator, konselor, pelaksana layanan kesehatan, advokat, maupun manajer program. Sebagai edukator, bidan memberikan informasi yang tepat dan mudah dipahami mengenai kesehatan reproduksi, kesehatan mental, serta gaya hidup sehat. Sebagai konselor, bidan memberikan dukungan emosional dan solusi terhadap masalah yang dihadapi remaja. Sebagai pelaksana layanan kesehatan, bidan melakukan pemeriksaan berkala, skrining gizi, imunisasi, dan rujukan bila diperlukan.

Sebagai advokat, bidan memperjuangkan hak remaja untuk memperoleh layanan kesehatan yang aman, rahasia, dan sesuai kebutuhan, terutama bagi kelompok rentan. Dalam peran manajerial, bidan menyusun rencana program kesehatan remaja berbasis data, melaksanakan kegiatan, serta melakukan pemantauan dan evaluasi secara berkala. Keterlibatan lintas sektor, kerja sama dengan sekolah, keluarga, dan komunitas, serta sistem rujukan yang efektif menjadi faktor penting untuk keberhasilan manajemen asuhan kesehatan remaja secara komprehensif.

EVALUASI

1. Jelaskan pengertian manajemen asuhan kesehatan remaja menurut WHO (2020) dan kaitannya dengan konsep *Youth Friendly Services*!
2. Mengapa prinsip holistik penting dalam pelayanan kesehatan remaja? Sertakan contoh penerapannya!
3. Jelaskan empat komponen utama dalam proses manajemen asuhan kesehatan remaja!
4. Jelaskan perbedaan prinsip partisipatif dengan prinsip berbasis bukti dalam manajemen asuhan kesehatan remaja!
5. Mengapa keberlanjutan layanan menjadi faktor penting dalam keberhasilan program kesehatan remaja?
6. Apa saja indikator yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keberhasilan program manajemen asuhan kesehatan remaja?
7. Sebutkan minimal lima bentuk peran bidan sebagai edukator dalam program kesehatan remaja!
8. Bagaimana bidan dapat mengintegrasikan data epidemiologis dalam perencanaan program kesehatan remaja?
9. Jelaskan peran bidan sebagai advokat hak remaja dan sebutkan contoh aktivitas yang dapat dilakukan!
10. Bagaimana bidan memastikan kerahasiaan informasi remaja dalam proses konseling?
11. Seorang bidan menemukan data bahwa 40% remaja di wilayahnya mengalami anemia. Buatlah rencana intervensi berdasarkan prinsip berbasis bukti!
12. Dalam kegiatan konseling, seorang remaja mengungkapkan bahwa ia mengalami kekerasan dalam pacaran. Jelaskan langkah manajemen kasus yang tepat sesuai prinsip rahasia dan aman!
13. Remaja putri usia 16 tahun datang ke klinik remaja untuk meminta informasi kontrasepsi. Jelaskan pendekatan komunikasi yang sesuai agar ia merasa nyaman dan aman!
14. Sebuah puskesmas melaksanakan program penyuluhan kesehatan remaja tanpa melibatkan remaja dalam perencanaannya. Analisis dampak yang mungkin terjadi terhadap efektivitas program tersebut!
15. Dalam survei, ditemukan bahwa 30% remaja di wilayah Anda tidak mengetahui bahaya merokok. Buat rancangan kegiatan edukasi yang efektif!
16. Dalam evaluasi program, ditemukan bahwa tingkat kehadiran remaja dalam kegiatan penyuluhan rendah. Analisis kemungkinan penyebab dan solusi yang dapat dilakukan!
17. Seorang bidan ingin mengajarkan keterampilan hidup (*life skills*) pada remaja putra. Berikan contoh topik dan metode pembelajaran yang sesuai!
18. Remaja di daerah tertentu memiliki kebiasaan menikah dini. Rancang intervensi yang mempertimbangkan pendekatan multisektoral!
19. Anda mendapatkan data bahwa angka bullying di sekolah cukup tinggi. Bagaimana peran bidan dalam menurunkan angka tersebut?

20. Dalam rapat koordinasi, bidan diminta mempresentasikan hasil evaluasi program remaja. Jelaskan komponen laporan evaluasi yang sebaiknya disampaikan!

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). (2022). *Laporan pelayanan kesehatan reproduksi remaja di Indonesia*. BKKBN. <https://www.bkkbn.go.id>
- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). (2023). *Laporan evaluasi program GenRe dan PIK-R di Indonesia*. BKKBN. <https://www.bkkbn.go.id>
- Caffrey, C. M., Wood, S. F., & Lawrence, R. S. (2020). Adolescent-centered health care: Principles for clinical practice. *Journal of Adolescent Health*, 66(2), 141–148. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.10.004>
- Newton-Levinson, A., Leichter, J. S., & Chandra-Mouli, V. (2021). Motivational interviewing for adolescent sexual and reproductive health: A systematic review. *Journal of Adolescent Health*, 68(3), 471–482. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.10.013>
- Rosenbaum, J. L., Blum, R. W., & Resnick, M. D. (2021). Ethical principles in adolescent reproductive health care: Respect, justice, and autonomy. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 5(7), 485–493. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(21\)00110-5](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00110-5)
- Santelli, J. S., Kantor, L. M., Grilo, S. A., Speizer, I. S., Lindberg, L. D., Heitel, J., Schalet, A. T., Lyon, M. E., Mason-Jones, A. J., & McGovern, T. (2021). Abstinence-only-until-marriage: An updated review of US policies and programs and their impact. *Journal of Adolescent Health*, 68(6), 1087–1094. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.11.325>
- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2021). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 5(1), 3–7. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30362-4](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30362-4)
- United Nations Children's Fund (UNICEF). (2023). *Adolescent health and development: Empowering young people for a healthier future*. UNICEF. <https://www.unicef.org>
- United Nations Population Fund (UNFPA). (2023). *Adolescent reproductive health: Situation analysis and program planning*. UNFPA. <https://www.unfpa.org>
- World Health Organization (WHO). (2023). *Adolescent pregnancy: Key facts*. WHO. <https://www.who.int>

BAB II

ASUHAN KEBIDANAN PADA PRANIKAH

Asuhan kebidanan pada pranikah merupakan suatu konsep yang sangat penting dalam meningkatkan kesejahteraan reproduksi dan kesejahteraan pasangan yang akan menikah. Konsep dasar asuhan pranikah meliputi pemeriksaan Kesehatan fisik dan mental, skrining penyakit genetic, serta edukasi tentang Kesehatan reproduksi dan seksualitas (Utomo *et al.*, 2020). Asuhan pranikah bertujuan untuk mempersiapkan pasangan yang akan menikah dalam menghadapi kehidupan berkeluarga yang sehat dan 67angkah.

Skrinning pranikah merupakan salah satu komponen penting dalam asuhan pranikah. Skrinning ini bertujuan untuk mendeteksi adanya penyakit genetic, infeksi menular seksual, dan masalah Kesehatan lainnya yang dapat mempengaruhi Kesehatan papasangan dan keturunan mereka (Kurniati *et al.*, 2022). Dengan melakukan skrining pranikah, pasangan yang akan menikah dapat mengetahui status Kesehatan mereka dan melakukan Tindakan pencegahan atau pengobatan yang diperlukan.

Kebijakan terkait asuhan pranikah juga telah diatur dalam beberapa peraturan perundang – undangan di Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2020 tentang Penyehatan Reproduksi menyebutkan bahwa asuhan pranikah merupakan salah satu komponen penting dalam oenyehatan reproduksi (Kemenkes RI, 2020). Oleh karena itu, tenaga Kesehatan termasuk bidan memiliki peran penting dalam memberikan asuhan pranikah kepada pasangan yang akan menikah.

Promosi dan edukasi Kesehatan pranikah memiliki peran yang sangat penting dalam meningkatkan kesadara dan pengetahuan pasangan yang akan menikah tentang Kesehatan reproduksi dan seksualitas. Edukasi Kesehatan pranikah dapat diberikan melalui berbagai cara seperti penyuluhan, konseling, dan media massa (Sari *et al.*, 2021). Dengan demikian pasangan yang akan menikah dapat memiliki pengetahuan dan keterampilan yang cukup untuk mengelola Kesehatan reproduksi mereka dan menghadapi tantangan dalam kehidupan berkeluarga.

Dalam memberikan asuhan pranikah, bidan memiliki peran penting dalam meningkatkan Kesehatan reproduksi dan kesejahteraan pasangan yang akan menikah. Oleh karena itu, perlu dilakukan upaya untuk meningkatkan kualitas asuhan kebidanan pada pranikah dan meningkatkan kesadaran pasangan yang akan menikah tentang pentingnya asuhan pranikah. Dengan demikian, pasangan yang akan menikah dapat memiliki pengetahuan dan keterampilan yang cukup untuk mengelola Kesehatan reproduksi mereka dan menghadapi tantangan dalam kehidupan berkeluarga.

TOPIK 1

KONSEP DASAR ASUHAN PRANIKAH

A. Definisi Asuhan Pranikah

Asuhan pranikah adalah suatu perawatan dan Pendidikan yang diberikan kepada pasangan yang akan menikah untuk mempersiapkan mereka dalam menghadapi kehidupan berkeluarga yang sehat dan Bahagia (Utomo *et al.*, 2020).

Menurut Kemenkes RI (2020), asuhan pranikah merupakan salah satu komponen penting dalam penyehatan reproduksi. Asuhan pranikah dapat diberikan oleh tenaga Kesehatan, termasuk bidan, dokter, dan perawat. Asuhan pranikah dapat membantu pasangan yang akan menikah untuk memahami tentang Kesehatan reproduksi dan seksualitas, serta mempersiapkan diri dalam menghadapi kehidupan berkeluarga.

Penelitian yang dilakukan oleh Sari *et al.*, (2021) menunjukkan bahwa asuhan pranikah dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan pasangan tentang Kesehatan reproduksi dan seksualitas. Asuhan pranikah juga dapat membantu pasangan yang akan menikah untuk mempersiapkan diri dalam menghadapi kehidupan berkeluarga yang sehat dan berkualitas.

Asuhan pranikah juga dapat didefinisikan sebagai suatu proses preventif yang bertujuan untuk mempersiapkan pasangan yang akan menikah untuk menghadapi kehidupan berkeluarga yang sehat dan Bahagia (WHO, 2020).

Asuhan pranikah adalah suatu proses perawatan dan Pendidikan yang diberikan kepada pasangan yang akan menikah untuk mempersiapkan mereka dalam menghadapi kehidupan berkeluarga yang sehat dan berkualitas. Dengan demikian, asuhan pranikah sangat penting untuk meningkatkan kualitas hidup pasangan dan keluarga.

B. Tujuan Asuhan Pranikah

Asuhan pranikah memiliki beberapa tujuan yang penting untuk mempersiapkan pasangan yang akan menikah secara fisik, mental, dan emosional untuk menghadapi kehidupan pernikahan dan mempersiapkan kehamilan yang sehat. Berikut adalah tujuan asuhan pranikah :

- a. Mempersiapkan Kesehatan reproduksi pasangan yang akan menikah secara menyeluruh

Tujuan utama dari asuhan kebidanan pranikah adalah untuk memastikan bahwa pasangan yang akan menikah, baik pria maupun Wanita, berada dalam kondisi Kesehatan reproduksi yang optimal. Pemeriksaan menyeluruh pada fase ini memungkinkan mendeteksi dini terhadap masalah – masalah Kesehatan yang dapat berdampak pada kesuburan atau proses kehamilan. Pemeriksaan ini

meliputi evaluasi fungsi organ reproduksi, status hormonal, Riwayat menstruasi, serta adanya kelainan anatomis atau infeksi yang mungkin tersembunyi. Selain itu, pasangan yang akan menikah juga diberikan edukasi mengenai anatomi dan fisiologi system reproduksi, siklus haid, ovulasi, serta tanda – tanda kesuburan. Edukasi ini bertujuan agar pasangan memiliki pemahaman yang baik dalam merencanakan kehamilan secara sehat dan bertanggung jawab.

b. Mencegah kehamilan yang tidak direncanakan dan komplikasi kehamilan

Asuhan pranikah memberikan pemahaman kepada pasangan tentang pentingnya perencanaan kehamilan, penggunaan kontrasepsi secara tepat, serta risiko yang dapat timbul jika kehamilan terjadi tanpa perencanaan. Melalui konseling dan edukasi, bidan dapat membantu pasangan memilih metode kontrasepsi yang sesuai dengan kondisi Kesehatan dan preferensi mereka. Selain itu, pasangan juga akan diinformasikan tentang kondisi medis tertentu (seperti anemia, diabetes, hipertensi, atau gangguan tiroid) yang berisiko tinggi bila tidak ditangani sebelum kehamilan. Tindakan preventif ini penting untuk mencegah komplikasi seperti keguguran, preeklampsia, bayi lahir premature, dan risiko Kesehatan lainnya selama kehamilan dan persalinan (Notoadmodjo, 2020).

c. Meningkatkan kesadaran akan pentingnya Kesehatan umum dan gaya hidup sehat

Asuhan pranikah tidak hanya berfokus pada sistem reproduksi, tetapi juga mencakup pembinaan gaya hidup sehat secara menyeluruh. Pasangan diberi edukasi mengenai pentingnya menjaga pola makan bergizi seimbang, rutin berolahraga, menjaga kebersihan diri, serta menghindari kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, dan penggunaan narkoba. Hal ini penting karena gaya hidup yang tidak sehat dapat menurunkan kualitas sperma dan ovum, serta meningkatkan risiko keguguran dan cacat bawaan. Edukasi yang diberikan oleh tenaga Kesehatan juga mencakup pentingnya istirahat cukup, manajemen stress, serta pengelolaan emosi yang sehat menjelang kehidupan rumah tangga (Febriani & Handayani, 2022).

d. Deteksi dini terhadap penyakit atau kondisi medis yang dapat mempengaruhi reproduksi dan pernikahan

Melalui asuhan pranikah, pasangan yang akan menikah menjalani berbagai pemeriksaan laboratorium dan fisik untuk mengetahui status kesehatannya secara menyeluruh. Pemeriksaan yang umum dilakukan meliputi tes hemoglobin (untuk deteksi anemia), pemeriksaan golongan darah dan rhesus, skrining infeksi TORCH (*Toxoplasma*, *Rubella*, *Cytomegalovirus*, *Herpes simplex*), serta tes HIV/AIDS dan hepatitis B. pemeriksaan ini bertujuan untuk mencegah penularan penyakit kepada pasangan atau calon anak, serta mempersiapkan penanganan media sebelum kehamilan terjadi. Deteksi ini sangat penting dalam mencegah komplikasi serius dan memastikan kehamilan berlangsung aman dan sehat (WHO, 2022).

- e. Meningkatkan kesiapan mental, emosional, dan sosial untuk membangun keluarga yang sehat

Pernikahan tidak hanya penyatuan fisik, tetapi juga membutuhkan kesiapan mental dan emosional dari kedua belah pihak. Oleh karena itu, asuhan kebidanan pranikah juga mencakup konseling psikososial yang bertujuan membantu pasangan memahami peran dan tanggung jawab dalam rumah tangga. Konseling ini dapat mencakup isu komunikasi suami istri, pengambilan keputusan Bersama, serta pengelolaan konflik keluarga. Dengan demikian, pasangan dapat mengantisipasi dan mengelola tantangan kehidupan rumah tangga secara dewasa dan sehat.

- f. Mewujudkan keluarga sehat dan bertanggung jawab sebagai bagian dari pembangunan berkelanjutan

Tujuan jangka panjang dari asuhan pranikah adalah terciptanya keluarga yang sehat dan berkualitas. Hal ini berkaitan erat dengan upaya pemerintah dan dunia internasional dalam mewujudkan *Sustainable Development Goals* (SDGs), khususnya pada tujuan ke 3 (menjamin kehidupan sehat dan mendukung kesejahteraan semua orang di segala usia). Dengan asuhan pranikah yang baik, angka kematian ibu dan bayi dapat ditekan, kasus stunting dapat dicegah sejak sebelum kehamilan, dan kualitas generasi mendatang dapat ditingkatkan. Oleh karena itu, asuhan kebidanan pranikah tidak hanya penting bagi individu, tetapi juga berdampak besar bagi masyarakat secara keseluruhan (WHO, 2022).

C. Ruang Lingkup Asuhan Pranikah

Asuhan pranikah merupakan suatu pelayanan Kesehatan yang bersifat preventif, promotif, kuratif, dan edukatif yang ditujukan kepada individu atau pasangan yang akan memasuki jenjang pernikahan. Ruang lingkup asuhan kebidanan pranikah mencakup berbagai aspek penting yang berperan dalam memfasilitasi proses transisi menuju kehidupan pernikahan dan kehamilan yang aman serta bertanggung jawab. Adapun ruang lingkup asuhan pranikah adalah :

- a. Pemeriksaan Kesehatan umum dan reproduksi

Ruang lingkup pertama dari asuhan pranikah adalah pemeriksaan Kesehatan umum dan system reproduksi, yang bertujuan untuk mendeteksi dini kondisi atau penyakit yang dapat mempengaruhi kehamilan atau keturunan. Pemeriksaan ini mencakup pengukuran tekanan darah, status gizi (IMT dan lingkaran lengan atas), pemeriksaan hemoglobin untuk mendeteksi anemia, pemeriksaan golongan darah dan rhesus, serta glukosa darah untuk mengidentifikasi risiko diabetes melitus.

Selain itu, dilakukan pemeriksaan organ reproduksi seperti evaluasi siklus menstruasi, pemeriksaan payudara, dan organ genital eksterna. Bagi Wanita, dilakukan pemeriksaan pap smear jika diperlukan untuk mendeteksi risiko kanker serviks, sedangkan bagi pria dapat dilakukan analisis sperm jika terdapat indikasi infertilitas.

b. Skrining penyakit menular dan genetik

Asuhan pranikah juga meliputi skrining penyakit menular dan genetik yang berpotensi menimbulkan dampak serius terhadap pasangan atau keturunan. Pemeriksaan ini mencakup deteksi terhadap HIV/AIDS, hepatitis B dan C, sifilis, serta infeksi TORCH. Skrining terhadap penyakit genetik seperti thalassemia, hemofilia, dan kelainan kromosom penting dilakukan, terutama pada pasangan yang memiliki Riwayat keluarga dengan kelainan tersebut.

c. Edukasi Kesehatan reproduksi dan seksual

Edukasi ini bertujuan meningkatkan pemahaman pasangan mengenai anatomi dan fisiologi system reproduksi, proses menstruasi dan ovulasi, masa subur, serta perencanaan kehamilan. Selain itu, diberikan informasi tentang metode kontrasepsi, manfaatnya, dan cara penggunaannya. Edukasi seksual yang komprehensif juga mencakup aspek moral, psikologis, dan etika yang berkaitan dengan hubungan suami istri.

d. Konseling psikologis dan sosial

Asuhan pranikah juga mencakup konseling psikologis dan sosial yang bertujuan untuk membantu pasangan dalam membentuk kesiapan mental dan emosional dalam menjalani pernikahan. Konseling ini mencakup topik – topik seperti komunikasi dalam pernikahan, peran dan tanggung jawab suami istri, manajemen konflik, serta perencanaan keuangan keluarga.

e. Perencanaan kehamilan dan keluarga berencana

Pelayanan pranikah juga mencakup pemberian informasi dan edukasi tentang perencanaan kehamilan yang sehat. Hal ini meliputi kesiapan usia untuk hamil, jarak antar kehamilan, serta pemilihan metode kontrasepsi yang sesuai. Perencanaan kehamilan penting dilakukan untuk meminimalkan risiko kehamilan berisiko tinggi, serta mendukung kelahiran bayi yang sehat dan ibu yang selamat. Program pelayanan pranikah yang terintegrasi dengan layanan KB terbukti mampu meningkatkan kesadaran pasangan terhadap pentingnya perencanaan keluarga (WHO, 2022)

f. Imunisasi pranikah

Imunisasi merupakan bagian dari pencegahan primer terhadap penyakit infeksi yang dapat berdampak serius pada kehamilan dan janin. Asuhan pranikah menyarankan pemberian imunisasi TT (tetanus toksoid), imunisasi hepatitis B, dan vaksin rubella bagi Wanita usia subur yang belum memiliki imunitas.

g. Pemberdayaan dan pendampingan dalam pengambilan keputusan Kesehatan.

Ruang lingkup asuhan pranikah juga menekankan pentingnya pemberdayaan pasangan agar mampu mengambil keputusan yang bijak dan bertanggung jawab terkait Kesehatan reproduksi. Hal ini dilakukan melalui pendekatan komunikasi dua arah, pemberian informasi berbasis bukti, serta pelibatan aktif pasangan yang akan menikah dalam perencanaan Kesehatan jangka Panjang.

D. Prinsip Asuhan Pranikah

Asuhan pranikah memiliki sejumlah prinsip dasar yang menjadi pedoman dalam pelaksanaannya. Prinsip – prinsip ini menjamin bahwa pelayanan yang diberikan bersifat menyeluruh, professional dan sesuai dengan kebutuhan pasangan yang akan menikah.

a. Holistik

Asuhan dilakukan dengan memperhatikan seluruh aspek individu, termasuk fisik, psikologis, sosial, kultural, dan spiritual. Pendekatan ini memastikan pelayanan tidak hanya berfokus pada Kesehatan reproduksi, tetapi juga kesiapan emosional dan sosial.

b. Komprehensif

Pelayanan mencakup pemeriksaan Kesehatan, edukasi reproduksi, konseling, skrining penyakit, imunisasi, dan perencanaan keluarga. Hal ini bertujuan untuk mendeteksi dini risiko dan menyiapkan pasangan dalam berbagai aspek kehidupan pernikahan.

c. Partisipatif

Calon pasangan dilibatkan secara aktif dalam proses asuhan, termasuk dalam pengambilan keputusan terkait Kesehatan dan perencanaan kehamilan. Keterlibatan ini memperkuat tanggung jawab dan kesiapan mereka.

d. Individual

Asuhan disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan masing – masing individu, seperti status Kesehatan, usia, riwayat medis, dan budaya. Pendekatan personal ini meningkatkan efektivitas intervensi.

e. Preventif dan Promotif

Fokus pada pencegahan penyakit dan promosi gaya hidup sehat untuk mempersiapkan kehamilan yang aman dan keluarga yang sehat (WHO, 2022).

f. Etika profesionalisme

Pelayanan dijalankan dengan menjunjung etika profesi seperti menjaga kerahasiaan, menghormati hak pasien, dan mengutamakan keselamatan serta kenyamanan calon pasangan.

g. Berbasis bukti (*Evidence based practice*)

Semua Tindakan dilakukan berdasarkan panduan klinis dan penelitian terkini untuk menjamin kualitas dan keamanan layanan (Sari *et al.*, 2021).

RANGKUMAN

Asuhan pranikah merupakan bentuk pelayanan Kesehatan preventif dan edukatif yang ditujukan kepada pasangan yang akan menikah, bertujuan untuk mempersiapkan mereka secara fisik, mental, emosional, dan sosial dalam menghadapi kehidupan berkeluarga. Menurut WHO (2020) dan Kemenkes RI (2020), asuhan ini merupakan salah satu komponen penting dalam upaya menyehatkan reproduksi dan mencegah berbagai risiko dalam kehidupan pernikahan. Pelayanan ini diberikan oleh tenaga Kesehatan seperti bidan, dokter, atau perawat, dengan pendekatan holistik berbasis bukti ilmiah.

Tujuan utama dari asuhan pranikah adalah memastikan Kesehatan reproduksi pasangan berada dalam kondisi optimal. Selain itu, asuhan ini bertujuan mencegah kehamilan yang tidak direncanakan, mendeteksi dini penyakit yang dapat mempengaruhi kesuburan dan kehamilan, serta meningkatkan kesadaran akan pentingnya gaya hidup sehat. Tidak hanya aspek medis, asuhan ini juga memberikan perhatian besar terhadap kesiapan mental dan emosional, sebagai landasan dalam membentuk keluarga yang sehat dan bertanggung jawab.

Ruang lingkup pelayanan mencakup pemeriksaan Kesehatan umum reproduksi, skrining penyakit menular dan genetic, edukasi Kesehatan reproduksi dan seksual, hingga imunisasi dan perencanaan keluarga. Konseling psikologis dan sosial juga menjadi bagian integral dari pelayanan ini, bertujuan membantu pasangan memahami peran, tanggung jawab, serta keterampilan dalam mengelola konflik dan komunikasi pernikahan. Pelayanan ini menjadi penting karena dapat membantu pasangan menghadapi transisi menuju kehidupan pernikahan secara matang dan sehat.

Dalam pelaksanaannya, asuhan pranikah harus didasarkan pada prinsip – prinsip seperti holistik, komprehensif, partisipatif, individual, preventif, promotif, etis, dan berbasis bukti. Pelayanan yang baik harus mencerminkan penghargaan terhadap hak pasien, dilakukan dengan menjaga kerahasiaan, serta melibatkan pasangan secara aktif dalam proses pengambilan keputusan Kesehatan. Oleh karena itu, asuhan pranikah bukan hanya bermanfaat bagi individu dan pasangan, melainkan juga berkontribusi terhadap pembangunan berkelanjutan melalui peningkatan kualitas generasi mendatang.

EVALUASI

1. Jelaskan pengertian asuhan pranikah menurut WHO dan Kementrian Kesehatan RI serta uraikan mengapa deifinisi tersebut penting dalam praktik kebidanan!
2. Uraikan manfaat asuhan pranikah bagi pasangan dalam konteks pencegahan komplikasi kehamilan dan pernikahan?
3. Mengapa deteksi dini terhadap penyakit menular dan genetic sangat penting dalam pelayanan pranikah? Jelaskan dengan contoh!
4. Sebutkan dan jelaskan secara rinci tiga pemeriksaan Kesehatan yang wajib dilakukan dalam asuhan pranikah?
5. Bagaimana pendekatan holistik dalam asuhan pranikah dapat meningkatkan kesiapan pasangan dalam membangun rumah tangga?
6. Jelaskan perbedaan antara pendekatan individual dan partisipatif dalam prinsip asuhan pranikah!
7. Mengapa edukasi Kesehatan seksual dan reproduksii diperlukan sebelum pernikahan? Berikan alasan berdasarkan aspek biologis dan sosial!
8. Jelaskan hubungan antara gaya hidup sehat dan keberhasilan kehamilan!
9. Mengapa skrining TORCH penting dilakukan pada masa pranikah? Jelaskan pengaruhnya terhadap janin!
10. Bagaimana prinsip evidence-based practice diterapkan dalam asuhan pranikah oleh tenaga Kesehatan?
11. Bagaimana strategi efektif dalam meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya asuhan pranikah?
12. Jelaskan bagaimana asuhan pranikah dapat mengurangi risiko komplikasi kehamilan!
13. Menurut anda, bagaimana strategi pelaksanaan asuhan pranikah dapat disesuaikan untuk masyarakat pedesaan?
14. Jelaskan kontribusi asuhan pranikah terhadap pembangunan keluarga dan masyarakat yang lebih sehat!
15. Jika pasangan diberikan asuhan pranikah yang hanya menekankan pada pemeriksaan fisik saja namun mengabaikan konseling psikologis, apa dampak jangka Panjang yang mungkin terjadi dalam kehidupan rumah tangga pasangan tersebut?
16. Seorang Wanita akan menikah dalam waktu dua bulan. Hasil pemeriksaan menunjukkan ia menderita anemia sedang dan belum mendapat imunisasi tetanus toksoid. Jika ia tidak mengikuti asuhan pranikah secara menyeluruh, risiko apa yang paling mungkin terjadi saat hamil? Jelaskan alasan anda!
17. Jika pasangan tidak mendapatkan edukasi tentang kontrasepsi dan perencanaan kehamilan sebelum menikah, keputusan apa yang mungkin salah mereka ambil, dan bagaimana dampaknya bagi Kesehatan reproduksi?
18. Pasangan Anto dan Lisa datang untuk mengikuti program asuhan pranikah. Dalam Riwayat keluarga Lisa, terdapat kasus thalassemia mayor. Anto belum pernah menjalani tes skrining thalassemia. Jika ternyata Anto juga pembawa sifat

thalassemia bagaimana pendekatan konseling yang harus dilakukan kepada pasangan tersebut?

19. Selama edukasi pranikah, pasangan diminta memilih metode kontrasepsi yang akan digunakan setelah menikah. Namun mereka bingung karena belum memiliki informasi yang memadai. Bagaimana seharusnya bidan memberikan edukasi tentang pemilihan kontrasepsi sesuai prinsip partisipatif?
20. Dina menunjukkan tanda - tanda kecemasan berat menjelang pernikahan dan merasa belum siap secara emosional. Mengapa konseling psikologis penting diberikan dalam kasus seperti ini sebelum memasuki pernikahan?

TOPIK 2

SKRINING PRANIKAH

A. Pengertian Skrining Pranikah

Skrining pranikah adalah suatu prosedur pemeriksaan kesehatan menyeluruh yang dilakukan terhadap individu atau pasangan sebelum memasuki pernikahan, bertujuan untuk mengidentifikasi kondisi media genetic, dan infeksius yang dapat berdampak pada Kesehatan pasangan maupun keturunannya. Skrining ini merupakan bagian integral dari asuhan pranikah yang mencakup upaya preventif, promotive, dan edukatif dalam rangka mewujudkan keluarga yang sehat dan bertanggung jawab.

Menurut World Health Organization (WHO, 2022), skrining pranikah merupakan bagian dari pelayanan Kesehatan reproduksi yang esensial untuk memastikan kesiapan fisik dan biologis pasangan sebelum mereka menikah dan merencanakan kehamilan. WHO menekankan bahwa skrining pranikah dapat mencegah penularan penyakit menular seksual, menurunkan risiko kehamilan bermasalah, serta mendeteksi kelainan genetic yang mungkin diturunkan kepada anak.

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI, 2021) menyatakan bahwa skrining pranikah merupakan komponen penting dalam system pelayanan Kesehatan primer yang bertujuan mencegah terjadinya penyakit yang berdampak pada Kesehatan reproduksi, khususnya pada calon ibu dan anak. Kemenkes menyarankan agar pasangan menjalani pemeriksaan seperti golongan darah, rhesus, hemoglobin, kadar gula darah, pemeriksaan TORCH, hepatitis, HIV, dan deteksi kelainan genetic seperti thalassemia.

Dalam perspektif kebidanan, Febriani & Handayani (2022) menyebut bahwa skrining pranikah merupakan langkah awal yang penting dalam upaya pembentukan keluarga sehat, terutama bagi perempuan usia subur. Mereka menambahkan bahwa skrining ini memungkinkan bidan untuk memberikan intervensi awal terhadap masalah Kesehatan yang mungkin tidak terdeteksi secara kasat mata, seperti anemia diabetes melitus, dan gangguan tiroid, yang semuanya dapat berdampak pada hasil kehamilan.

Berdasarkan berbagai pendapat tersebut, dapat disimpulkan bahwa skrining pranikah adalah proses sistematis dan ilmiah yang bertujuan mendeteksi kondisi medis dan risiko Kesehatan sebelum pasangan menikah, dengan tujuan utama menciptakan generasi yang sehat. Skrining pranikah juga menjadi salah satu strategi penting dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan anak, serta sebagai bentuk kontribusi nyata terhadap pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs), khususnya target Kesehatan universal.

B. Tujuan dan Manfaat Skrining Pranikah

a. Tujuan Skrining Pranikah

Skrining pranikah adalah suatu pendekatan preventif dalam layanan Kesehatan yang bertujuan untuk mempersiapkan pasangan calon pengantin dalam menghadapi kehidupan pernikahan secara sehat, aman, dan bertanggung jawab, terutama dalam aspek Kesehatan reproduksi dan keturunan. Menurut WHO (2022), skrining pranikah merupakan bagian dari *preconception care*, yakni rangkaian intervensi yang dilakukan sebelum kehamilan untuk meningkatkan derajat kesehatan ibu dan bayi secara keseluruhan.

Secara umum, tujuan skrining pranikah mencakup hal – hal berikut :

1) Mendeteksi dini risiko Kesehatan kronis

Skrining pranikah dapat mendeteksi dini berbagai penyakit seperti hipertensi, diabetes melitus, gangguan tiroid dan penyakit infeksi menular. Dengan deteksi dini ini, pasangan dapat memperoleh edukasi dan penanganan dini untuk menghindari komplikasi saat hamil dan melahirkan.

2) Mencegah penularan penyakit menular

Skrining bertujuan untuk mengidentifikasi mendeteksi dini risiko penularan HIV, hepatitis B dan C, serta sifilis sehingga dapat mencegah penularan antara pasangan maupun dari ibu ke anak. Kementerian Kesehatan RI (2021) mencatat bahwa deteksi IMS (Infeksi Menular Seksual) melalui asuhan pranikah mampu menurunkan transmisi vertikal dan horizontal hingga 40% apabila asuhan dilakukan secara tepat.

3) Mengetahui kecocokan rhesus dan golongan darah

Pemeriksaan rhesus sangat penting, terutama bagi perempuan dengan rhesus negative yang menikah dengan pasangan rhesus positif. Inkompabilitas rhesus dapat menyebabkan eritroblastosis fetalis pada janin. Apabila diketahui sebelum menikah dapat dilakukan imunisasi anti D sehingga bisa mencegah komplikasi serius.

4) Mendeteksi risiko genetic dan penyakit keturunan

Skrining pranikah bertujuan mendeteksi potensi pembawa sifat genetic pada pasangan yang akan menikah seperti thalassemia, hemifilia, atau sindrom metabolik. Apabila kedua pasangan merupakan pembawa genetic (*carrier*), mereka memiliki risiko 25% untuk melahirkan anak dengan penyakit tersebut. Zahran *et al* (2021) menyatakan pentingnya pendekatan genetic dalam skrining pranikah, khususnya di negara dengan prevalensi tinggi penyakit darah bawaan.

5) Meningkatkan pengetahuan Kesehatan reproduksi dan kesiapan psikososial.

Skrining pranikah tidak hanya bersifat medis, tetapi juga mencakup edukasi dan konseling. Pasangan diberikan pemahaman tentang kontrasepsi, perencanaan kehamilan, serta kesiapan psikologis menjalani peran sebagai suami istri dan calon orang tua. Edukasi psikososial dalam asuhan pranikah terbukti menurunkan angka konflik di awal pernikahan.

b. Manfaat Skrining Pranikah

Manfaat dari pelaksanaan skrining pranikah sangat luas dan berkelanjutan. Manfaat tersebut dirasakan oleh individu, pasangan, keluarga serta masyarakat secara umum. Manfaat skrining pranikah secara umum adalah :

1) Meningkatkan kelahiran bayi sehat dan mengurangi risiko kehamilan

Pasangan yang mengetahui kondisi Kesehatan sejak awal dapat menghindari kehamilan berisiko tinggi. Sari *et al* (2021) menyatakan bahwa pasangan yang menjalani skrining dan menerima intervensi tepat memiliki kemungkinan lebih tinggi melahirkan bayi cukup bulan dan sehat dibandingkan pasangan tanpa skrining.

2) Mengurangi angka kematian ibu dan bayi (AKI dan AKB)

Skrining membantu tenaga Kesehatan Menyusun rencana kehamilan dan persalinan yang aman, termasuk pemantauan ketat kondisi ibu yang memiliki risiko sehingga dapat menurunkan angka AKI dan AKB. Negara dengan cakupan layanan skrining pranikah yang luas mengalami penurunan signifikan pada AKI dan AKB (WHO, 2022)

3) Meningkatkan kualitas hidup keluarga

Pasangan yang memperoleh edukasi kesehatan dan risiko medis sejak sebelum menikah umumnya memiliki kemampuan yang lebih baik dalam mengelola diri, menjalin hubungan interpersonal yang sehat, serta mengambil keputusan keluarga secara rasional dan terinformasi. Pengetahuan ini memberikan pondasi kuat dalam membentuk keluarga yang Tangguh secara fisik, mental dan sosial. Edukasi dan skrining ini juga mendukung pencegahan konflik rumah tangga, pengambilan keputusan berbasis nilai, serta peningkatan empati antar pasangan.

4) Mencegah beban sosial dan ekonomi jangka Panjang

Kelahiran anak dengan gangguan Kesehatan akibat faktor genetic, infeksi menular, atau penyakit kronis berpotensi menjadi beban ekonomi yang signifikan bagi keluarga dan system Kesehatan secara luas. Melalui skrining pranikah, pasangan memiliki kesempatan untuk mengetahui potensi risiko tersebut dan mempertimbangkan Tindakan preventif seperti pengaturan kehamilan, konseling genetika, atau intervensi dini.

5) Mempersiapkan Kesehatan mental dan emosional

Selain pemeriksaan fisik dan laboratorium, aspek psikologis dan emosional juga menjadi bagian penting dalam skrining pranikah. Konseling pranikah memberikan ruang bagi pasangan untuk memahami dinamika relasi, peran gender, komunikasi efektif, hingga manajemen stress dalam rumah tangga. Pengetahuan ini sangat penting untuk membangun pernikahan stabil dan minim konflik. Pasangan yang menerima konseling psikososial sebelum menikah memiliki kesiapan emosional yang lebih baik dan cenderung mampu menghadapi tekanan hidup Bersama dengan pendekatan yang sehat (Safira & Amelia, 2023).

C. Pemeriksaan Skrining Pranikah

Pemeriksaan skrining pranikah merupakan serangkaian pemeriksaan yang dilakukan sebelum menikah untuk mengidentifikasi kondisi Kesehatan individu yang dapat mempengaruhi kehidupan berumah tangga, proses reproduksi, serta keturunan mereka. Pemeriksaan ini mencakup aspek fisik, laboratorium, genetic, infeksi, dan psikososial (Kemenkes RI, 2021). Berikut adalah pemeriksaan skrining pranikah yang dilakukan :

a. Pemeriksaan Darah Lengkap

Pemeriksaan darah lengkap merupakan salah satu evaluasi dasar dalam skrining pranikah yang mencakup kadar hemoglobin, jumlah leukosit, trombosit, hematokrit, dan indikator lain yang menggambarkan kondisi umum tubuh. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mendeteksi anemia, infeksi kronis gangguan pembekuan darah, atau kelainan hematologi lain. Salah satu fokus utama adalah anemia defisiensi besi, yang umum dijumpai pada Wanita usia subur dan dapat meningkatkan risiko komplikasi kehamilan seperti persalinan premature atau bayi berat lahir rendah (Febriani & Handayani, 2022). Pemeriksaan hemoglobin juga penting sebagai dasar pertimbangan untuk intervensi nutrisi atau pengobatan sebelum kehamilan direncanakan.

b. Golongan Darah dan Rhesus

Penentuan golongan darah dan rhesus menjadi pemeriksaan esensial, terutama untuk mencegah inkompatibilitas rhesus antara ibu atau janin yang dapat menyebabkan penyakit hemolitik pada bayi baru lahir. Jika seorang wanita bergolongan darah rhesus negatif menikah dengan pria rhesus positif, ada risiko sensitisasi antibodi yang dapat berdampak buruk pada kehamilan berikutnya. Deteksi sejak dini memungkinkan pemberian imunoglobulin anti-D secara tepat waktu untuk mencegah komplikasi tersebut

c. Skrining Thalassemia dan Kelainan Genetik Lain

Pemeriksaan ini dilakukan terutama di wilayah dengan angka pembawa sifat thalassemia yang tinggi. Tujuannya adalah mengidentifikasi individu pembawa (carrier) thalassemia minor, agar pasangan yang sama – sama pembawa dapat diberi konseling genetik dan informasi tentang risiko melahirkan anak dengan thalassemia mayor. Pemeriksaan ini umumnya melibatkan tes MCV, MCH, dan elektroforesis hemoglobin. Konseling dan deteksi dini pasangan pembawa thalassemia dapat secara signifikan menurunkan angka kelahiran bayi dengan thalassemia mayor.

d. Skrining Penyakit Menular

Pemeriksaan penyakit menular seksual (PMS) wajib dilakukan untuk mencegah penularan antara pasangan dan risiko penularan vertikal ke anak. HIV/AIDS, hepatitis B dan C, serta sifilis memiliki dampak yang luas terhadap kesehatan reproduksi dan neonatal. Deteksi dini memungkinkan penatalaksanaan medis seperti terapi antiretroviral, vaksinasi hepatitis, atau pengobatan sifilis, yang dapat menurunkan transmisi dan meningkatkan kualitas hidup pasangan dan calon anak (WHO, 2022). Di Indonesia, skrining ini menjadi

bagian dari program nasional dalam eliminasi PMS dan HIV (Kemenkes RI, 2021).

e. Pemeriksaan Gula Darah Puasa

Pemeriksaan ini bertujuan untuk mendeteksi adanya gangguan metabolik seperti diabetes melitus tipe 2 atau prediabetes. Diabetes yang tidak terdiagnosis dapat menyebabkan komplikasi selama kehamilan seperti preeklampsia, makrosomia janin, dan persalinan dengan komplikasi. Identifikasi kondisi ini pada fase pranikah memberikan waktu untuk pengendalian gula darah, perubahan gaya hidup, dan perencanaan kehamilan yang lebih aman.

f. Tes Fungsi Tiroid

Fungsi tiroid sangat memengaruhi kesuburan dan keberlangsungan kehamilan. Hipotiroidisme atau hipertiroidisme yang tidak terdiagnosis dapat menyebabkan gangguan ovulasi, keguguran berulang dan keterlambatan perkembangan janin. Oleh karena itu, pemeriksaan kadar TSH, T3, dan T4 sering disarankan bagi wanita yang merencanakan kehamilan, terutama jika terdapat riwayat gangguan menstruasi atau gejala klinis tiroid (Safira & Amelia, 2023).

g. Skrining TORCH

TORCH adalah akronim dari Toxoplasma, Others (termasuk HIV dan hepatitis), Rubella, Cytomegalovirus (CMV), dan Herpes simplex virus. Infeksi dari agen-agen ini dapat menyebabkan keguguran, kelainan kongenital, dan keterlambatan perkembangan pada bayi. Pemeriksaan ini biasanya dilakukan melalui uji antibodi IgG dan IgM, untuk mengetahui status kekebalan atau infeksi aktif. Deteksi dini sangat penting terutama pada wanita yang belum memiliki kekebalan terhadap rubella dan CMV.

h. Pemeriksaan Urinalis

Urinalis mencakup evaluasi terhadap protein, glukosa, leukosit, dan eritrosit dalam urin. Pemeriksaan ini dapat mengindikasikan infeksi saluran kemih, diabetes, atau gangguan ginjal. Infeksi saluran kemih yang kronis dapat meningkatkan risiko infeksi kehamilan dan kelahiran premature jika tidak ditangani secara dini. Selain itu, adanya protein uria dapat menjadi awal penyakit sistemik seperti hipertensi atau gangguan ginjal kronik.

i. Pemeriksaan Kesehatan Reproduksi

Pemeriksaan kesehatan reproduksi dalam skrining pranikah merupakan langkah penting untuk mengevaluasi kondisi sistem reproduksi calon pasangan sebelum menikah terutama calon wanita, dengan tujuan mendeteksi dini gangguan seperti endometriosis, mioma, kelainan uterus atau ovarium, serta infeksi saluran reproduksi. Pemeriksaan ini meliputi evaluasi ginekologis dasar dan USG panggul untuk mengidentifikasi kelainan anatomis atau infeksi yang dapat memengaruhi kesuburan. Deteksi dini memungkinkan penanganan medis lebih cepat, perencanaan kehamilan yang lebih matang, serta pencegahan komplikasi kehamilan dan transmisi infeksi.

j. Pemeriksaan Psikologis dan Konseling Mental

Pemeriksaan ini bertujuan untuk menilai kesiapan emosional, kecerdasan emosional, keterampilan komunikasi, dan dinamika hubungan pasangan. Konseling psikososial dapat membantu pasangan memahami potensi konflik, mengelola stres pranikah, serta membangun pola komunikasi yang sehat. Pasangan yang menjalani konseling pranikah cenderung memiliki hubungan yang lebih stabil dan minim konflik di tahun – tahun awal pernikahan (Safira & Amelia, 2023)

D. Tantangan dan Implementasi Skrining Pranikah

Meskipun skrining pranikah terbukti bermanfaat, implementasinya masih menghadapi banyak hambatan, terutama di negara berkembang seperti Indonesia. Tantangan-tantangan tersebut mencakup aspek budaya, sosial, ekonomi, dan kebijakan kesehatan. Adapun tantangan tersebut adalah :

a. Kurangnya literasi Kesehatan masyarakat

Pasangan yang akan menikah pada umumnya belum memahami pentingnya pemeriksaan pranikah. Pemeriksaan dianggap tabu atau sebagai bentuk ketidakpercayaan terhadap pasangan. Hal ini diperparah oleh minimnya informasi yang disampaikan oleh penyuluh kesehatan maupun tokoh masyarakat.

b. Keterbatasan akses terhadap fasilitas pelayanan

Di daerah pedesaan, akses terhadap laboratorium lengkap, tes TORCH, atau konseling psikososial masih sangat terbatas. Tenaga kesehatan juga masih banyak yang belum mendapatkan pelatihan mengenai skrining pranikah yang komprehensif.

c. Belum adanya kebijakan wajib skrining secara nasional

Berbeda dengan negara-negara seperti Iran dan Arab Saudi yang telah mewajibkan premarital screening, Indonesia masih bersifat sukarela (voluntary). Akibatnya, cakupan pemeriksaan rendah dan tidak merata (Kemenkes RI, 2023).

d. Kendala biaya dan dukungan keluarga

Beberapa pemeriksaan seperti TORCH atau tes genetik memerlukan biaya tinggi, dan sering kali tidak ditanggung oleh BPJS Kesehatan. Selain itu, calon pasangan muda sering kali tidak mendapat dukungan dari keluarga untuk menjalani pemeriksaan secara lengkap.

Strategi yang dapat dilakukan untuk mengatasi tantangan tersebut adalah :

a. Integrasi dalam pelayanan primer dan pelayanan KUA

Pemeriksaan pranikah dapat diintegrasikan dalam layanan kesehatan primer seperti Puskesmas, dan disinergikan dengan proses administrasi nikah di Kantor Urusan Agama (KUA), sebagaimana telah dimulai melalui program Elsimil oleh BKKBN.

b. Peningkatan kapasitas tenaga Kesehatan

Pelatihan bagi bidan, perawat, dan dokter tentang pentingnya dan prosedur skrining pranikah perlu diperluas. Peran bidan sangat strategis karena mereka menjadi ujung tombak dalam promosi kesehatan reproduksi.

c. Penyusunan kebijakan nasional dan insentif pemeriksaan

Perlu adanya regulasi yang mendorong pasangan untuk menjalani skrining pranikah. Pemerintah dapat memberikan insentif seperti potongan biaya nikah, pemeriksaan gratis, atau integrasi dalam program keluarga berencana (KB)

d. Peningkatan edukasi masyarakat dan kerja sama lintas 82angka

Kerja sama antara dinas kesehatan, pendidikan, keagamaan, dan media dapat membangun pemahaman masyarakat akan pentingnya pernikahan yang sehat dan siap. Program edukasi remaja pra-nikah di sekolah menengah juga perlu dikembangkan.

Dengan mengatasi tantangan dan melaksanakan strategi di atas secara terstruktur, maka pemeriksaan skrining pranikah tidak hanya menjadi formalitas, melainkan sebagai investasi kesehatan jangka panjang bagi keluarga dan generasi mendatang.

RANGKUMAN

Skrining pranikah merupakan langkah preventif dalam sistem pelayanan kesehatan reproduksi yang bertujuan untuk memastikan kesiapan fisik, mental, dan genetik pasangan sebelum melangsungkan pernikahan. Pemeriksaan ini dilakukan secara menyeluruh untuk mengidentifikasi adanya potensi masalah kesehatan kronis, penyakit menular seksual, kelainan genetik, dan gangguan metabolik yang dapat memengaruhi kesehatan pasangan maupun keturunan mereka. Sebagaimana dinyatakan oleh WHO (2022), skrining pranikah termasuk dalam bagian dari preconception care yang sangat penting dalam membangun keluarga sehat dan menurunkan angka komplikasi kehamilan dan kelahiran. Di Indonesia, Kementerian Kesehatan telah merekomendasikan pelaksanaan skrining pranikah sebagai bagian dari strategi kesehatan masyarakat, terutama dalam upaya menurunkan angka kematian ibu dan bayi.

Tujuan utama dari pelaksanaan skrining pranikah adalah untuk memberikan perlindungan dini terhadap berbagai kondisi kesehatan yang dapat mengganggu proses reproduksi serta mengancam keselamatan ibu dan anak. Di antara tujuannya adalah deteksi dini penyakit kronis seperti diabetes dan hipertensi, pencegahan penularan infeksi seperti HIV dan hepatitis, serta identifikasi ketidakcocokan rhesus yang dapat menyebabkan komplikasi kehamilan. Pemeriksaan ini juga mencakup skrining terhadap kelainan genetik seperti thalassemia, yang apabila tidak diketahui sejak dini, berpotensi menimbulkan beban sosial dan ekonomi dalam jangka panjang. Selain pemeriksaan medis, skrining juga mencakup aspek edukatif dan psikososial, yaitu pembekalan pasangan dengan pengetahuan tentang kesiapan emosional, manajemen konflik, serta komunikasi efektif sebagai bagian dari kesiapan membentuk keluarga.

Pemeriksaan skrining pranikah meliputi evaluasi fisik dan laboratorium, antara lain pemeriksaan darah lengkap, penentuan golongan darah dan rhesus, skrining thalassemia, serta deteksi penyakit menular seperti HIV, hepatitis B dan C, serta sifilis. Pemeriksaan tambahan seperti fungsi tiroid, gula darah puasa, dan TORCH diperlukan untuk menilai kondisi metabolik dan risiko infeksi kongenital. Selain itu, aspek reproduksi juga diperiksa melalui evaluasi ginekologis dan ultrasonografi (USG) panggul. Pemeriksaan urinalisis turut dilakukan untuk menilai fungsi ginjal dan mendeteksi infeksi saluran kemih. Di sisi lain, skrining psikologis dan konseling mental membantu menilai kesiapan emosional dan psikososial pasangan, yang terbukti berkontribusi dalam mengurangi konflik rumah tangga dan meningkatkan kualitas hidup keluarga.

Implementasi skrining pranikah di Indonesia masih menghadapi sejumlah tantangan, termasuk rendahnya literasi kesehatan masyarakat, keterbatasan fasilitas pemeriksaan di wilayah terpencil, belum adanya kebijakan wajib secara nasional, serta kendala biaya pemeriksaan. Untuk mengatasi hambatan ini, perlu dilakukan integrasi layanan skrining pranikah dalam pelayanan primer seperti Puskesmas, peningkatan pelatihan bagi tenaga kesehatan, serta penyusunan kebijakan nasional yang mendukung pelaksanaan pemeriksaan secara sistematis dan terjangkau. Dengan dukungan edukasi lintas sektor dan kerja sama antara lembaga keagamaan, kesehatan, dan pendidikan, skrining pranikah dapat dijadikan sebagai strategi nasional dalam membangun generasi sehat dan menurunkan beban penyakit secara signifikan di masa depan.

EVALUASI

1. Jelaskan pengertian skrining pranikah menurut Kementerian Kesehatan RI dan WHO, serta mengapa konsep ini penting dalam pelayanan Kesehatan reproduksi!
2. Uraikan tujuan utama dari pelaksanaan skrining pranikah dan bagaimana tujuan tersebut dapat meningkatkan kualitas Kesehatan keluarga!
3. Jelaskan bagaimana skrining pranikah dapat membantu dalam deteksi dini penyakit keturunan seperti thalassemia!
4. Mengapa golongan darah dan rhesus penting diperiksa dalam skrining pranikah? Jelaskan dampaknya pada kehamilan!
5. Analisis peran skrining Kesehatan mental dan psikososial dalam mendukung kesiapan pasangan menuju kehidupan pernikahan!
6. Jelaskan hubungan antara status gizi dan Kesehatan metabolik dengan hasil skrining pranikah!
7. Jelaskan bagaimana pemeriksaan ginekologis dalam skrining berperan dalam deteksi infertilitas!
8. Jelaskan peran tenaga Kesehatan terutama bidan dalam memberikan edukasi dan konseling selama skrining pranikah!
9. Jelaskan bagaimana skrining pranikah dapat memperkuat program preventif dalam system Kesehatan nasional!

10. Deskripsikan upaya strategis yang dapat dilakukan untuk mengintegrasikan skrining pranikah ke dalam pelayanan primer di puskesmas!
11. Wanita usia 23 tahun dan pasangannya melakukan skrining pranikah. Hasil menunjukkan bahwa keduanya adalah pembawa sifat thalassemia. Jelaskan langkah yang harus diambil oleh tenaga Kesehatan!
12. Pasangan yang akan menikah tidak ingin melakukan skrining TORCH karena menganggap tidak penting. Jelaskan strategi edukatif berbasis bukti yang dapat digunakan untuk meyakinkan mereka!
13. Seorang wanita memiliki riwayat endometriosis ringan yang terdeteksi melalui pemeriksaan ginekologis saat skrining. Jelaskan dampaknya terhadap perencanaan kehamilan!
14. Seorang Wanita diketahui mengalami gangguan tiroid subklinis berdasarkan pemeriksaan TSH saat skrining. Jelaskan implikasinya terhadap kehamilan dan upaya penatalaksanaannya!
15. Dalam hasil skrining psikososial, ditemukan bahwa pasangan memiliki komunikasi yang buruk dan tingkat stress yang tinggi. Apa langkah lanjutan yang disarankan sebelum pasangan tersebut menikah?
16. Seorang Wanita berusia 28 tahun yang akan menikah memiliki Riwayat kesehatan keluarga dengan hipertensi. Jelaskan Skrining pranikah apa yang dilakukan untuk menilai risiko hipertensi pada Wanita tersebut!
17. Pasangan yang akan menikah datang ke klinik kesehatan untuk melakukan skrining pranikah dan ditemukan bahwa salah satu pasangan memiliki infeksi menular seksual. Jelaskan bagaimana penanganan dan konseling yang tepat untuk pasangan tersebut!
18. Pasangan yang akan menikah ingin mengetahui bagaimana cara meningkatkan kesehatan reproduksi mereka sebelum menikah. Jelaskan bagaimana skrining pranikah dapat membantu menilai kesehatan reproduksi pasangan tersebut dan bagaimana pasangan dapat meningkatkan kesehatan reproduksi mereka!
19. Seorang Wanita usia 19 tahun menunjukkan ketidaksiapan emosional untuk menikah tetapi mendapat tekanan dari keluarga untuk segera menikah. Apa pendekatan edukatif dan etis yang dapat diberikan!
20. Calon suami terdiagnosis hepatitis C dengan kadar enzim hati meningkat. Jelaskan Tindakan yang harus diambil sebelum pernikahan dilakukan!

TOPIK 3

KEBIJAKAN TERKAIT ASUHAN PRANIKAH

A. Dasar Hukum dan Regulasi Nasional Asuhan Pranikah

Kebijakan nasional terkait asuhan pranikah di Indonesia memiliki dasar hukum yang kuat, terutama dalam kerangka system pelayanan kesehatan reproduksi dan keluarga. Salah satu kebijakan utamanya adalah **Undang – Undang No. 36 Tahun 2009** tentang **Kesehatan**, yang menyatakan bahwa setiap orang berhak memperoleh informasi, edukasi, dan pelayanan terkait kesehatan reproduksi, termasuk sebelum pernikahan. Ketentuan ini menegaskan pentingnya intervensi kesehatan sejak sebelum kehamilan dimulai, demi menjamin kualitas generasi berikutnya.

Selanjutnya, **Peraturan Menteri Kesehatan No. 97 Tahun 2014** tentang **Pelayanan Kesehatan Reproduksi** secara eksplisit menyebutkan bahwa pelayanan pranikah merupakan bagian integral dari layanan kesehatan reproduksi. Pelayanan tersebut mencakup konseling, pemeriksaan status kesehatan fisik dan mental, serta deteksi dini penyakit menular seperti HIV/AIDS, hepatitis B, dan penyakit genetic yang dapat berdampak pada keturunan. Hal ini sejalan dengan upaya promotive dan preventif dalam system kesehatan nasional (Permenkes No 97, 2014).

Selain itu, **Peraturan Bersama Menteri Agama dan Menteri Kesehatan No. 03 Tahun 2021** juga memperkuat sinergi antara 85angkah keagamaan dan layanan kesehatan dalam pelaksanaan bimbingan pranikah. Dalam peraturan ini, disebutkan bahwa pasangan yang akan menikah harus melalui bimbingan dan pemeriksaan kesehatan terlebih dahulu. Pendekatan ini bertujuan tidak hanya meningkatkan kesiapan biologis pasangan, tetapi juga aspek psikososial dan spiritual (Kemenag & Kemenkes, 2021).

Pemerintah juga mengembangkan **Rencana Aksi Nasional Kesehatan Ibu dan Anak (RAN-KIA) 2020-2024**, dimana layanan pranikah dimasukkan ke dalam system berkesinambungan dari sebelum kehamilan hingga pascapersalinan. Ini menunjukkan bahwa pelayanan pranikah bukan sekedar kegiatan ministrativeif, tetapi bagian penting dari strategi nasional untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi serta meningkatkan derajat kesehatan reproduksi (Bappenas, 2020).

Dalam praktiknya, pemerintah daerah juga mulai mengadopsi dan menerapkan kebijakan lokal berbasis regulasi pusat. Sebagai contoh, Provinsi Jawa Tengah dan DIY telah mengembangkan program “**Skrining Kesehatan Calon Pengantin**” di puskesmas sebagai implementasi teknis dari kebijakan nasional. Penelitian oleh Pratiwi *et al.* (2022) menunjukkan bahwa daerah dengan pelaksanaan kebijakan pranikah yang lebih aktif memiliki capaian kesehatan ibu yang lebih baik.

Meskipun regulasi sudah ada, tantangan implementasi masih cukup besar. Rendahnya tingkat literasi kesehatan masyarakat, keterbatasan tenaga terlatih, serta persepsi budaya yang menganggap bimbingan pranikah sebagai formalitas menjadi hambatan yang sering ditemui. Oleh karena itu, selain memperkuat peraturan, perlu ada kampanye edukasi publik dan pelatihan tenaga kesehatan untuk mendukung efektivitas kebijakan tersebut.

Dengan demikian, dasar hukum dan regulasi nasional terkait asuhan pranikah telah tersedia secara komprehensif dan menyeluruh. Namun, upaya penerapan secara konsisten dan merata masih memerlukan kerja sama multisektoral antara pemerintah pusat daerah, tenaga kesehatan, serta Lembaga sosial dan keagamaan.

B. Kebijakan Internasional Terkait Asuhan Pranikah

Asuhan pranikah telah menjadi perhatian dalam kebijakan kesehatan global sebagai bagian dari upaya meningkatkan kesehatan reproduksi dan menurunkan risiko penyakit sejak kehamilan. World Health Organization (WHO) dalam panduan "*Preconception Care: Maximizing the Gains for Maternal and Child Health*" menegaskan bahwa pendekatan pranikah dan pra kehamilan sangat penting untuk mencegah risiko komplikasi, mendeteksi penyakit menular, serta mempersiapkan pasangan untuk menjadi orang tua yang sehat (WHO, 2020).

Secara internasional, kebijakan pranikah juga berakar pada prinsip hak asasi manusia dalam kesehatan reproduktif. WHO dan United Nations Population Fund (UNFPA) menyatakan bahwa setiap individu memiliki hal untuk menerima informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi, termasuk sebelum menikah dan sebelum memutuskan untuk memiliki anak. Hal ini tertuang dalam *International Conference on Population and Development (ICPD)* yang menghasilkan konsensus global terkait pentingnya layanan pranikah.

Beberapa negara telah mengadopsi kebijakan wajib pemeriksaan pranikah, khususnya di wilayah dengan prevalensi tinggi penyakit genetic atau menular. Di Timur Tengah, seperti Arab Saudi dan Iran, kebijakan skrining pranikah terhadap thalassemia dan Hepatitis B/C telah terbukti menurunkan angka pernikahan berisiko tinggi secara signifikan (Alsaed *et al.*, 2020). Model ini menunjukkan efektivitas regulasi berbasis epidemiologi dalam menekankan risiko penyakit keturunan.

Negara – negara maju seperti Inggris dan Amerika Serikat lebih menekankan pendekatan edukatif dan individual dalam layanan pranikah. Disana, layanan disediakan melalui pusat kesehatan dan klinik keluarga, dengan integrasi layanan mental health, konseling genetic, dan perencanaan kehamilan (CDC, 2022). Negara dengan layanan pranikah berbasis sistematis memiliki angka kehamilan berisiko yang lebih rendah.

Dalam konteks global, Indonesia juga berupaya menyelaraskan kebijakannya dengan standar internasional. Hal ini terlihat dalam pelibatan Indonesia dalam program *Every Woman Every Child* dan adopsi strategi kesehatan global seperti *Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030)*. Strategi

ini mendorong negara anggota untuk memperkuat system layanan kesehatan sejak sebelum kehamilan untuk memastikan kehamilan yang sehat dan kelahiran yang aman.

Perlu diingat bahwa rekomendasi internasional bersifat adaptif terhadap konteks lokal. Oleh karena itu, penerapannya di Indonesia harus memperhatikan karakteristik budaya system pelayanan kesehatan, serta nilai – nilai sosial dan keagamaan masyarakat setempat. Pendekatan ini diharapkan mampu menjembatani kebijakan global dan lokal secara harmonis.

C. Implementasi Kebijakan di Layanan Kesehatan

Implementasi kebijakan asuhan pranikah di fasilitas kesehatan merupakan Langkah krusial untuk menjadikan regulasi sebagai pelayanan nyata di masyarakat. Pusat pelayanan primer seperti puskesmas memiliki peran sentral dalam memberikan skrining pranikah, konseling, dan rujukan apabila ditemukan kondisi medis yang membutuhkan penanganan lanjutan. Namun, pelaksanaan kebijakan ini belum merata di seluruh daerah.

Menurut studi oleh Lestari *et al.* (2021), hanya sekitar 45% puskesmas di Indonesia yang secara aktif menyediakan layanan pranikah yang mencakup skrining kesehatan, konseling, serta edukasi reproduktif. Penyebab utamanya adalah keterbatasan sumber daya manusia, kurangnya pelatihan petugas, serta belum adanya system pelaporan layanan pranikah yang terstandar. Ini menunjukkan adanya kesenjangan antara regulasi dan implementasi lapangan.

Di beberapa daerah, program integrasi antara Kantor Urusan Agama (KUA) dan puskesmas telah mulai dijalankan, khususnya melalui Sistem Informasi Kesehatan Calon Pengantin (Sikecanting) yang dikembangkan oleh Kemenkes. Program ini bertujuan menghubungkan data kesehatan dengan system pernikahan, sehingga pasangan tidak hanya mendapat bimbingan agama tetapi juga bimbingan medis. Hasil evaluasi di Yogyakarta menunjukkan peningkatan signifikan dalam kesadaran risiko kesehatan setelah pasangan mengikuti program ini (Setiawan *et al.*, 2022).

Namun, tantangan besar masih dihadapi dalam pelaksanaan program di wilayah terpencil. Akses geografis, kekurangan tenaga kesehatan, dan persepsi masyarakat yang masih tabu membicarakan kesehatan reproduksi sebelum menikah menjadi kendala utama. Oleh karena itu, perlu strategi inovatif, seperti edukasi berbasis digital dan pelatihan kader desa untuk memperluas jangkauan pranikah (Marpaung *et al.* 2023).

Sebagian daerah telah mengeluarkan peraturan daerah (Perda) untuk memperkuat kebijakan pusat. Misalnya, Kota Surabaya memiliki Perda No. 2 Tahun 2021 tentang Kesehatan Reproduksi, yang mengharuskan pasangan calon pengantin menjalani pemeriksaan dan bimbingan pranikah di fasilitas kesehatan. Langkah ini dinilai mampu meningkatkan cakupan layanan pranikah secara signifikan (Fauziyah *et al.*, 2022)

Implementasi kebijakan juga sangat bergantung pada keterlibatan tenaga kesehatan. Mereka tidak hanya sebagai penyedia layanan, tetapi juga agen perubahan yang bertugas menyosialisasikan pentingnya layanan pranikah kepada masyarakat. Oleh karena itu, diperlukan pelatihan berkelanjutan bagi bidan, perawat, dan dokter untuk meningkatkan kompetensi dalam memberikan konseling pranikah yang komprehensif.

D. Arah dan Rekomendasi Kebijakan Asuhan pranikah ke Depan

Kebijakan asuhan pranikah di masa depan memerlukan pendekatan yang lebih terintegrasi, adaptif, dan berbasis bukti ilmiah. Mengingat kompleksitas tantangan yang dihadapi dalam penerapannya, diperlukan strategi multisectoral yang melibatkan lintas kementerian, organisasi profesi, dan masyarakat sipil. Kementerian Kesehatan, Kementerian Agama, Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KPPPA), serta organisasi keagamaan dan pemuda harus bersinergi dalam memperluas cakupan dan mutu layanan pranikah.

a. Digitalisasi Layanan

Rekomendasi pertama adalah digitalisasi layanan. Saat ini, potensi pemanfaatan teknologi digital sangat besar untuk memperluas akses terhadap informasi dan layanan pranikah, khususnya di daerah terpencil. Platform e-konseling, aplikasi skrining mandiri, dan pengingat pemeriksaan pranikah dapat membantu pasangan mendapatkan layanan secara cepat dan efektif (Putri & Kurniawan, 2024).

b. Standardisasi Modul Pelatihan Tenaga Kesehatan

Kedua, dibutuhkan standardisasi modul pelatihan tenaga kesehatan tentang konseling dan pemeriksaan pranikah. Hal ini penting agar petugas di berbagai tingkatan pelayanan memiliki pemahaman yang seragam tentang tata laksana, komunikasi efektif, dan kerahasiaan data pasien. WHO telah mengembangkan Preconception Care Training Module yang dapat dijadikan acuan dalam menyusun modul nasional (WHO, 2020).

c. Pembaruan Kebijakan Berbasis Riset

Ketiga, perlu adanya pembaruan kebijakan berbasis riset. Banyak kebijakan saat ini belum sepenuhnya berbasis pada data lokal mengenai risiko genetik, perilaku seksual berisiko, dan status kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, pemerintah perlu menggandeng akademisi dan lembaga riset dalam menyusun peraturan yang responsif terhadap kebutuhan lapangan (Susanti *et al.*, 2023).

d. Penguatan Peran Komunitas

Keempat, pentingnya penguatan peran komunitas. Keterlibatan tokoh agama, pemuda, dan organisasi perempuan dalam edukasi pranikah terbukti mampu meningkatkan penerimaan masyarakat. Program berbasis komunitas seperti “Kelas Catin” di desa-desa dapat dikembangkan lebih luas dengan dukungan dana desa dan fasilitator lokal (Ardiansyah & Dini, 2023).

Dengan berbagai pendekatan tersebut, diharapkan kebijakan pranikah ke depan tidak hanya menjadi syarat administrative, tetapi juga menjadi gerbang utama dalam membentuk keluarga sehat, cerdas, dan berkualitas.

RANGKUMAN

Kebijakan asuhan pranikah merupakan dasar penting dalam upaya promotif dan preventif bidang kesehatan reproduksi. Di Indonesia, kebijakan ini mengacu pada Undang – Undang No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan yang menegaskan bahwa setiap warga negara memiliki hak atas informasi dan layanan kesehatan reproduksi, termasuk dalam tahap pranikah. Peraturan Menteri Kesehatan No 97 Tahun 2014 mengukuhkan bahwa pelayanan pranikah mencakup pemeriksaan fisik dan mental, serta skrining penyakit menular dan genetic, sebagai upaya strategis dalam mencegah morbiditas dan mortalitas ibu dan anak.

Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Agama No. 03 Tahun 2021 memperkuat integrasi antara aspek medis dan spiritual dalam bimbingan pranikah. Di samping itu, Rencana Aksi Nasional Kesehatan Ibu dan Anak (RAN-KIA) 2020-24 mencantumkan layanan pranikah sebagai bagian dari system layanan kesehatan berkelanjutan sejak prakonsepsi hingga pasca kelahiran. Pemerintah daerah juga turut berperan aktif, seperti yang tercermin dalam program skrining calon pengantin di beberapa provinsi.

Secara global, WHO dan UNPFA mengakui pentingnya pelayanan pranikah dalam kerangka pemenuhan hak kesehatan reproduktif. Beberapa negara telah memberlakukan kebijakan wajib pemeriksaan pranikah, terutama untuk mencegah penyakit genetic dan infeksi menular seksual. Indonesia, melalui program nasional dan partisipasi dalam forum kesehatan global, berupaya menyelaraskan kebijakan nasional dengan standar internasional, dengan tetap memperhatikan konteks sosial budaya.

Implementasi kebijakan di layanan kesehatan masih menghadapi tantangan serius, termasuk keterbatasan tenaga terlatih, akses terbatas di wilayah terpencil, dan persepsi masyarakat yang belum optimal. Inovasi seperti Sistem Informasi Kesehatan Calon Pengantin (Sikecanting) telah dikembangkan sebagai Langkah integratif antara KUA dan puskesmas. Namun demikian, kesenjangan pelayanan masih memerlukan intervensi melalui pelatihan, pendanaan, dan penguatan koordinasi antar 89 angka.

Arah kebijakan ke depan menekankan digitalisasi layanan, standardisasi modul pelatihan, pembaruan kebijakan berbasis riset, dan penguatan peran komunitas. Langkah – langkah ini diharapkan dapat meningkatkan cakupan dan mutu layanan pranikah, sekaligus memperkuat system kesehatan reproduksi nasional yang responsive dan inklusif.

EVALUASI

1. Jelaskan isi pokok Undang – Undang No. 36 tahun 2009 terkait hak atas layanan kesehatan pranikah!
2. Apa yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan pranikah menurut Permenkes No. 97 Tahun 2014?
3. Bagaimana keterkaitan asuhan pranikah dalam Rencana Aksi Nasional KIA 2020 – 2024?
4. Apa peran pemerintah daerah dalam implementasi kebijakan pranikah?
5. Sebutkan dan jelaskan dua contoh kebijakan internasional terkait layanan pranikah!
6. Apa saja tantangan implementasi kebijakan pranikah di Indonesia menurut penelitian terbaru?
7. Mengapa WHO menekankan pentingnya pelayanan pranikah dalam dokumen *“Preconception Care”*?
8. Apa urgensi digitalisasi layanan pranikah di era saat ini?
9. Bagaimana kebijakan pranikah menjamin hak reproduksi pasangan yang akan menikah?
10. Bagaimana keterlibatan multisectoral diperlukan dalam mendukung keberhasilan kebijakan pranikah?
11. Mengapa pembaruan kebijakan pranikah harus berbasis riset?
12. Apa yang dimaksud dengan layanan pranikah berbasis sistematis?
13. Jelaskan kontribusi Sistem Informasi Kesehatan Calon Pengantin (Sikecanting) terhadap layanan pranikah!
14. Di suatu daerah, hanya 30% pasangan calon pengantin yang melakukan pemeriksaan pranikah. Analisislah kendala implementasi kebijakan yang mungkin terjadi di wilayah tersebut!
15. Sebuah puskesmas tidak melaksanakan layanan pranikah karena belum ada pelatihan staf. Apa strategi kebijakan yang harus dilakukan pemerintah daerah?
16. Sebuah desa mengeluhkan minimnya akses informasi layanan pranikah. Apa pendekatan berbasis komunitas yang sesuai dengan kebijakan nasional?
17. Di wilayah terpencil, layanan pranikah belum berjalan karena tidak adanya integrasi dengan KUA. Rancanglah solusi kebijakan lintas sektor yang dapat diterapkan!
18. KUA di daerah X menolak pasangan yang akan menikah karena belum membawa surat hasil pemeriksaan pranikah. Apakah hal ini sesuai kebijakan, dan bagaimana pendekatan penyelesaiannya?
19. Petugas puskesmas mengeluhkan tidak adanya SOP khusus untuk pelayanan pranikah. Bagaimana strategi penguatan kebijakan pelayanan?
20. Evaluasi dampak dari ketidak terlibatan organisasi keagamaan dalam kebijakan pranikah di suatu daerah dan rancanglah rekomendasi solusinya!

TOPIK 4

PROMOSI DAN EDUKASI KESEHATAN PRANIKAH

A. Konsep Dasar Promosi dan Edukasi Kesehatan Pranikah

Promosi dan edukasi kesehatan pranikah merupakan dua pendekatan strategis dalam upaya preventif untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku sehat pasangan sebelum memasuki kehidupan pernikahan. Promosi kesehatan didefinisikan sebagai proses yang memungkinkan individu meningkatkan kendali terhadap kesehatan mereka melalui pendekatan informasi motivasi, dan dukungan lingkungan yang kondusif (WHO, 2021). Sementara itu, edukasi kesehatan lebih menekankan pada penyampaian informasi dan keterampilan melalui pembelajaran terstruktur untuk membentuk perilaku kesehatan yang positif.

Dalam konteks pranikah, promosi dan edukasi kesehatan tidak hanya berkaitan dengan kesiapan biologis untuk pernikahan dan reproduksi, tetapi juga menyangkut kesiapan mental, sosial, dan spiritual pasangan. Pendidikan pranikah diarahkan untuk meningkatkan pemahaman tentang kesehatan reproduksi, pencegahan penyakit menular seksual, kesiapan menjadi orang tua, serta pengelolaan hubungan dalam rumah tangga. Konsep ini didukung oleh pendekatan multidisipliner yang mengintegrasikan aspek medis, psikologis, sosiologis, dan agama.

Konsep promosi dan edukasi kesehatan pranikah juga harus bersifat inklusif dan memperhatikan keberagaman budaya, gender, serta kondisi sosial-ekonomi. Penyesuaian pesan dan metode komunikasi menjadi sangat penting agar informasi dapat diterima dan dipahami secara menyeluruh oleh target audiens. Ketersediaan akses terhadap informasi kesehatan juga merupakan bagian dari hak asasi manusia yang perlu dipenuhi negara (UNFPA, 2022).

Dengan demikian, pemahaman terhadap konsep dasar promosi dan edukasi kesehatan pranikah menjadi pondasi penting dalam perencanaan program yang efektif dan berkelanjutan. Pelibatan semua pemangku kepentingan, termasuk institusi keagamaan, akademik, dan tenaga kesehatan, menjadi kunci dalam mewujudkan generasi keluarga yang sehat dan berkualitas.

B. Strategi Promosi Kesehatan Pranikah

a. Pendekatan Sistematis Berbasis Kebutuhan

Strategi promosi kesehatan pranikah dirancang dengan pendekatan yang sistematis, berdasarkan analisis kebutuhan dan profil calon pengantin. Hal ini mencakup identifikasi masalah kesehatan yang sering dihadapi pasangan usia subur, serta penyesuaian materi edukasi sesuai dengan kondisi sosial, budaya, dan tingkat pendidikan sasaran. Pendekatan berbasis kebutuhan memungkinkan penyampaian intervensi yang lebih relevan dan efektif.

b. Pendidikan Kesehatan Melalui Lembaga Formal

Salah satu strategi utama adalah melalui pendidikan kesehatan yang difasilitasi oleh institusi formal, seperti puskesmas, klinik remaja, sekolah menengah, perguruan tinggi, serta kantor urusan agama (KUA). Materi disampaikan melalui seminar, penyuluhan kelompok, kelas pranikah, dan konseling individual, yang mencakup topik-topik seperti kesehatan reproduksi, mental, HIV/AIDS, penyakit genetik, serta perencanaan keluarga. Pendidikan melalui institusi menjamin legitimasi dan standar kualitas materi (Kemenkes RI, 2024).

c. Strategi Berbasis Komunitas dan Budaya Lokal

Promosi kesehatan pranikah berbasis komunitas dilakukan melalui kegiatan keagamaan, organisasi pemuda, posyandu remaja, dan pelatihan kader kesehatan. Dalam konteks budaya lokal, keterlibatan tokoh adat atau tokoh agama sebagai komunikator utama sangat penting. Strategi ini efektif karena pendekatannya partisipatif, menyesuaikan norma sosial, dan lebih mudah diterima masyarakat. Dengan demikian, pesan kesehatan dapat terintegrasi ke dalam praktik kehidupan sehari-hari.

d. Monitoring dan Evaluasi Program Promosi

Setiap program promosi wajib disertai dengan sistem pemantauan dan evaluasi berbasis indikator. Penilaian dilakukan terhadap output (misalnya jumlah peserta, media yang digunakan), serta outcome (perubahan pengetahuan, sikap, dan perilaku). Evaluasi juga mencakup aspek keberlanjutan program, kepuasan peserta, dan efektivitas media. Bukti empiris dari evaluasi menjadi dasar untuk menyempurnakan desain program di masa depan (Zhao *et al.*, 2021).

e. Fleksibilitas dan Konteks Lokal sebagai Kunci Keberhasilan

Fleksibilitas dalam penerapan strategi sangat penting mengingat adanya variasi latar belakang demografis dan budaya masyarakat Indonesia. Strategi yang berhasil di wilayah urban belum tentu sesuai diterapkan di daerah rural. Oleh karena itu, promosi kesehatan pranikah harus berbasis data lokal dan dilaksanakan dengan sensitivitas budaya. Pendekatan ini memungkinkan terciptanya intervensi yang tidak hanya efektif tetapi juga berkelanjutan dan inklusif

f. Fokus pada Kesehatan Holistik Pasangan

Tujuan utama dari strategi promosi kesehatan pranikah adalah menyiapkan pasangan calon pengantin secara menyeluruh meliputi aspek fisik, mental, sosial, dan spiritual. Dengan pendekatan holistik, promosi tidak hanya mencegah risiko medis, tetapi juga membentuk kesiapan emosional dan komunikasi yang sehat dalam hubungan pernikahan. Hal ini mendukung terwujudnya keluarga berkualitas dan generasi yang sehat (Kemenkes RI, 2024).

C. Strategi Edukasi Kesehatan Pranikah

a. Pembelajaran Berbasis kelompok (*Group Based Education*)

Salah satu strategi utama adalah pembelajaran berbasis kelompok (*group-based education*), seperti kelas pranikah yang dilaksanakan di fasilitas pelayanan kesehatan, balai pertemuan masyarakat, atau tempat ibadah. Dalam model ini, pasangan diberi pemahaman tentang anatomi dan fisiologi sistem reproduksi, perencanaan keluarga, kesehatan seksual, kesehatan mental, serta manajemen konflik dalam rumah tangga. Edukasi kelompok efektif meningkatkan kesiapan menikah dan pengambilan keputusan yang sehat.

b. Pendekatan Individual Melalui Konseling Pranikah

Strategi kedua adalah pendekatan individual melalui konseling pranikah, yang memberikan ruang lebih privat dan personal untuk menggali permasalahan kesehatan atau psikologis yang spesifik. Konseling dilakukan oleh tenaga kesehatan seperti bidan, dokter, atau psikolog yang telah dilatih dalam layanan pranikah. Layanan ini sangat penting terutama untuk pasangan dengan riwayat penyakit menular seksual, gangguan genetik, atau masalah psikologis

c. Integrasi Dalam Kurikulum Pendidikan Formal dan Non Formal

Strategi edukasi selanjutnya mencakup integrasi dalam kurikulum pendidikan formal dan non-formal. Edukasi pranikah dapat dimasukkan dalam mata pelajaran atau program ekstrakurikuler di tingkat SMA dan perguruan tinggi. Hal ini sejalan dengan prinsip promotif dan preventif yang menekankan kesiapan remaja sejak dini. Program edukasi di institusi pendidikan juga berperan dalam mencegah pernikahan dini dan kehamilan yang tidak diinginkan (Nugroho & Sari, 2021). Melalui pendekatan ini, institusi pendidikan berfungsi sebagai agen perubahan sosial dan kesehatan keluarga.

d. Materi yang Komprehensif dan Berbasis Bukti Ilmiah

Terakhir, strategi edukasi yang efektif harus didukung dengan materi yang komprehensif dan berbasis bukti ilmiah. Materi edukasi harus mencakup aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual dengan mempertimbangkan nilai-nilai budaya lokal. Materi tersebut harus disesuaikan dengan tingkat pendidikan dan usia target populasi agar dapat dipahami dengan baik. Validasi dan evaluasi berkala terhadap isi materi perlu dilakukan untuk menjamin relevansi dan akurasi informasi.

D. Media dan Materi Promosi-Edukasi Pranikah

Media dan materi promosi-edukasi pranikah memiliki peranan krusial dalam menyampaikan informasi kesehatan yang relevan, akurat, dan mudah dipahami oleh calon pengantin. Pilihan media dan kualitas materi sangat menentukan efektivitas upaya promosi dan edukasi, karena keduanya menjadi jembatan utama antara penyedia layanan dan masyarakat sasaran. Dalam konteks global dan nasional, pengembangan media promosi harus mempertimbangkan karakteristik demografis,

sosial-budaya, serta tingkat literasi kesehatan calon pengantin (Handayani *et al.*, 2022).

Media yang umum digunakan dalam promosi dan edukasi pranikah dibagi menjadi dua yaitu :

a. Media Konvensional

Media konvensional mencakup pamflet brosur, poster, banner, buku saku, dan alat peraga lainnya yang biasa digunakan dalam layanan kesehatan dan pendidikan masyarakat. Kelebihan media konvensional adalah mudah didistribusikan secara langsung di fasilitas pelayanan kesehatan, sekolah, dan tempat ibadah. Menurut penelitian oleh Wahyuni *et al.* (2021), penggunaan media cetak masih sangat relevan, khususnya untuk masyarakat dengan akses internet yang terbatas.

b. Media Digital

Media digital mencakup aplikasi mobile, media sosial, video edukasi podcast, dan modul daring (online learning modules). Penggunaan media digital dalam promosi pranikah semakin berkembang seiring dengan meningkatnya penetrasi internet dan penggunaan handphone di kalangan usia produktif. Media ini dinilai mampu menjangkau target audiens lebih luas dan memungkinkan penyampaian informasi yang interaktif serta berulang.

Selain media, materi promosi – edukasi harus disusun secara sistematis, ilmiah, dan berbasis kebutuhan. Materi ideal mencakup topik – topik seperti anatomi dan fisiologi reproduksi, infeksi menular seksual, konseling genetik, perencanaan keluarga, kesehatan mental, serta hak dan kewajiban dalam pernikahan. Materi harus disesuaikan dengan tingkat Pendidikan, Bahasa, dan budaya dari kelompok sasaran.

Kombinasi media dan materi yang tepat akan menghasilkan pesan edukatif yang lebih efektif dan berkelanjutan. Misalnya penggabungan video edukatif dengan modul cetak dalam satu paket edukasi telah terbukti meningkatkan pemahaman calon pengantin terhadap konsep pernikahan sehat. Selain itu keberadaan narasi visual seperti animasi atau cerita pendek dapat memperkuat pesan dan menjangkau lapisan usia muda yang lebih visual dalam belajar (Zhao *et al.*, 2021).

E. Peran Tenaga Kesehatan dalam Promosi dan Edukasi Pranikah

Tenaga kesehatan memegang peran sentral dalam pelaksanaan promosi dan edukasi kesehatan pranikah, karena mereka merupakan sumber informasi terpercaya dan memiliki kompetensi profesional untuk menyampaikan edukasi kesehatan yang sesuai standar. Peran ini tidak hanya aspek medis saja, tetapi juga mencakup aspek psikososial, edukatif, hingga advokasi terhadap hak – hak kesehatan reproduksi pasangan yang akan menikah. Adapun peran tenaga kesehatan dalam promosi dan edukasi pranikah adalah :

a. Pendidik (*Educator*)

Salah satu peran utama tenaga kesehatan adalah sebagai pendidik (*educator*). Dalam kapasitas ini, mereka bertugas memberikan edukasi kepada pasangan yang akan menikah terkait berbagai isu penting seperti kesiapan fisik dan mental untuk menikah, perencanaan keluarga, pencegahan penyakit menular seksual (PMS), kesehatan reproduksi, serta konseling genetik. Edukasi ini dapat dilakukan secara individual maupun kelompok, baik dalam layanan klinis maupun melalui program berbasis komunitas.

b. Konselor

Konseling pranikah yang bersifat individual sangat penting untuk membahas isu – isu pribadi yang tidak dapat dijelaskan dalam forum umum, seperti Riwayat penyakit, gangguan kesuburan, atau kekhawatiran terhadap peran seksual dan psikologis dalam pernikahan. Konselor kesehatan harus mampu membangun hubungan yang empatik dan nonjudgmental agar klien merasa nyaman membicarakan isu sensitif.

c. Advokat

Tenaga kesehatan juga bertindak sebagai advokat, yaitu memperjuangkan akses calon pengantin terhadap informasi dan layanan kesehatan yang inklusif, adil, dan tidak diskriminatif. Mereka dapat mendorong pemangku kebijakan dan institusi terkait untuk menyediakan program edukasi pranikah yang komprehensif, mulai dari tingkat puskesmas, sekolah, hingga tempat ibadah. Peran advokasi ini penting terutama dalam menjangkau kelompok rentan seperti remaja, penyandang disabilitas, dan individu dengan risiko kesehatan tertentu

d. Koordinator Interdisipliner

Dalam praktiknya, tenaga kesehatan juga menjadi koordinator interdisipliner. Mereka bekerja sama dengan berbagai pihak seperti tokoh agama, guru, penyuluh keluarga, dan petugas catatan sipil dalam menyelenggarakan layanan pranikah yang terpadu. Pendekatan kolaboratif ini memungkinkan integrasi nilai-nilai budaya, keagamaan, dan sosial ke dalam promosi kesehatan, sehingga pesan yang disampaikan lebih mudah diterima oleh masyarakat (Rahayu *et al.*, 2021). Kolaborasi ini juga memperluas jangkauan layanan sehingga lebih banyak calon pengantin dapat dilibatkan secara aktif

e. Penilai (*Evaluator*)

Sebagai penilai (*evaluator*), tenaga kesehatan memiliki kewajiban melakukan evaluasi efektivitas program promosi dan edukasi pranikah yang dijalankan. Evaluasi ini dapat berupa penilaian pengetahuan sebelum dan sesudah edukasi (*pre-post test*), umpan balik peserta, serta pemantauan perubahan perilaku dan praktik kesehatan setelah menerima layanan edukatif. Evaluasi yang baik akan menjadi dasar peningkatan mutu program ke depan

F. Pemanfaatan Teknologi dalam Edukasi Kesehatan Pranikah

Perkembangan teknologi informasi dan komunikasi telah membawa perubahan besar dalam cara penyampaian edukasi kesehatan, termasuk dalam konteks edukasi kesehatan pranikah. Teknologi menjadi sarana strategis untuk menjangkau calon pengantin dengan cara yang lebih interaktif, efisien, dan luas cakupannya. Pemanfaatan teknologi tidak hanya meningkatkan akses terhadap informasi, tetapi juga memperkuat keterlibatan individu dalam mempersiapkan diri secara fisik, psikologis, dan sosial menjelang pernikahan (WHO, 2021).

Salah satu bentuk pemanfaatan teknologi yang paling signifikan adalah penggunaan aplikasi mobile. Di Indonesia, aplikasi seperti **Elsimil** (Elektronik Siap Nikah dan Hamil) yang dikembangkan oleh BKKBN, dirancang untuk membantu pasangan usia subur dalam mempersiapkan pernikahan dan kehamilan secara sehat. Aplikasi ini memuat informasi tentang status gizi, skrining kesehatan, dan rekomendasi tindak lanjut medis jika ditemukan faktor risiko. Menurut penelitian oleh Sari *et al.* (2023), penggunaan Elsimil dapat meningkatkan pemahaman calon pengantin mengenai kesiapan reproduksi hingga 45%.

Selain itu, platform daring dan media sosial telah dimanfaatkan secara luas sebagai kanal penyebaran informasi kesehatan pranikah. YouTube, Instagram, TikTok, dan Facebook digunakan oleh tenaga kesehatan maupun influencer kesehatan untuk menyampaikan edukasi dalam bentuk video, infografik, dan podcast. Konten-konten ini dirancang agar relevan dengan karakteristik generasi muda, mudah diakses, dan bersifat dua arah sehingga memungkinkan terjadinya interaksi langsung dengan audiens.

Teknologi juga digunakan dalam penyelenggaraan webinar, telekonseling, dan kelas daring pranikah. Layanan ini memungkinkan calon pengantin dari wilayah terpencil atau dengan keterbatasan mobilitas untuk tetap mendapatkan akses terhadap edukasi berkualitas. Layanan telecounseling yang dikembangkan beberapa rumah sakit dan klinik telah memberikan konsultasi psikologis dan reproduksi kepada pasangan calon pengantin. Layanan daring ini membantu menurunkan kecemasan menjelang pernikahan dan meningkatkan kesiapan emosional pasangan.

Di samping itu, pemanfaatan *Learning Management System* (LMS) dan modul e-learning juga telah mulai diterapkan oleh institusi pendidikan dan lembaga pelatihan kesehatan. LMS memungkinkan pelacakan proses belajar calon pengantin secara sistematis dan dapat disesuaikan dengan kebutuhan individu. Modul yang digunakan mencakup topik-topik seperti komunikasi pernikahan, pengelolaan konflik, kesehatan seksual dan reproduksi, hingga perencanaan keuangan rumah tangga (Rahmat & Zulkarnain, 2023).

G. Kolaborasi Lintas Sektor dalam Promosi dan Edukasi Kesehatan Pranikah

Kolaborasi lintas sector merupakan strategi penting dalam menyukseskan promosi dan edukasi kesehatan pranikah yang komprehensif dan berkelanjutan. Pendekatan ini menekankan sinergi antara sector kesehatan, Pendidikan, agama, hukum, dan organisasi masyarakat sipil guna menciptakan system yang mendukung kesiapan menikah secara holistik. Dalam konteks kesehatan masyarakat, kolaborasi antarsektor dapat memperluas jangkauan program, memperkuat pesan edukatif, serta meningkatkan efisiensi dan efektivitas intervensi (Kemenkes RI, 2023).

Sektor **pendidikan** memiliki peran krusial dalam memperkenalkan konsep kesehatan pranikah sejak dini. Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, melalui kurikulum formal maupun kegiatan ekstrakurikuler, dapat memasukkan materi edukatif terkait kesehatan reproduksi, perencanaan keluarga, dan kesiapan psikososial menikah. Edukasi ini bersifat preventif dan mempersiapkan remaja menghadapi kehidupan berkeluarga secara bertanggung jawab. Penelitian oleh Nuryanti *et al.* (2021) menekankan bahwa keterlibatan guru dan konselor sekolah dalam promosi kesehatan pranikah meningkatkan literasi kesehatan remaja secara signifikan.

Sektor **keagamaan** juga memainkan peran penting, mengingat mayoritas masyarakat Indonesia menjalani kehidupan dengan landasan nilai-nilai religius. Kementerian Agama bersama tokoh agama dan penghulu dapat menyisipkan materi kesehatan pranikah dalam kursus calon pengantin (*suscatin*) yang dilaksanakan sebelum akad nikah. Materi ini meliputi isu kesehatan reproduksi, hak dan kewajiban suami-istri, komunikasi dalam pernikahan, serta pencegahan kekerasan dalam rumah tangga. Kolaborasi ini akan memberikan legitimasi moral dan memperkuat pesan kesehatan dari sudut pandang keagamaan.

Organisasi masyarakat sipil, termasuk 97 langkah swadaya masyarakat (LSM), organisasi pemuda, dan komunitas lokal, berperan sebagai penggerak sosial dalam menjangkau populasi yang sulit dijangkau oleh layanan pemerintah. Mereka dapat melaksanakan program edukatif berbasis komunitas, kampanye kesehatan di media sosial, dan pelatihan keterampilan hidup (*life skills*) terkait kesiapan pernikahan. Kolaborasi ini mendorong partisipasi aktif masyarakat dan menciptakan kesadaran kolektif mengenai pentingnya kesehatan pranikah.

Sektor media massa dan teknologi informasi juga menjadi mitra penting dalam menyebarluaskan pesan promosi dan edukasi. Kementerian Kesehatan dapat bekerja sama dengan media televisi, radio, serta platform digital untuk memproduksi konten edukatif yang mudah dipahami dan menarik bagi kalangan muda. Aplikasi mobile dan platform daring seperti Sikap Nikah, Elsimil, dan lainnya telah dikembangkan untuk mendukung literasi digital kesehatan pranikah di Indonesia.

RANGKUMAN

Promosi dan edukasi kesehatan pranikah merupakan fondasi penting dalam upaya preventif guna mewujudkan keluarga yang sehat secara fisik, mental, sosial, dan spiritual. Promosi kesehatan bertujuan untuk memberdayakan individu agar mampu mengendalikan faktor – faktor yang mempengaruhi kesehatannya, sedangkan edukasi kesehatan menekankan pada transfer pengetahuan dan keterampilan untuk membentuk perilaku sehat. Keduanya saling melengkapi dalam mempersiapkan calon pengantin menghadapi kehidupan pernikahan dengan lebih matang dan bertanggung jawab.

Strategi promosi kesehatan pranikah harus dirancang secara sistematis dan berbasis kebutuhan, memperhatikan kondisi sosial budaya, serta tingkat literasi kesehatan pasangan. Pendekatan formal melalui institusi kesehatan dan langkah-langkah strategis, pendekatan berbasis komunitas, serta pelibatan tokoh agama dan adat menjadi sarana penting dalam menjangkau sasaran secara luas dan efektif. Evaluasi dan pemantauan program menjadi aspek integral untuk memastikan efektivitas dan keberlanjutan intervensi yang dilakukan.

Dalam edukasi kesehatan pranikah, pendekatan kelompok seperti kelas pranikah dan penyuluhan massal mampu meningkatkan pemahaman secara kolektif, sedangkan konsling individual memberi ruang personal bagi pasangan untuk membahas isu spesifik. Edukasi ini perlu diintegrasikan dalam kurikulum Pendidikan formal dan non formal guna menjangkau remaja secara dini. Materi edukasi harus bersifat komprehensif dan berbasis bukti ilmiah, mencakup aspek reproduksi, kesehatan mental, perencanaan keluarga, serta nilai-nilai sosial dan budaya yang relevan.

Media dan materi promosi-edukasi juga memegang peranan sentral dalam keberhasilan program. Media konvensional seperti brosur dan leaflet masih relevan untuk masyarakat tertentu, sementara media digital seperti aplikasi, video edukasi, dan media sosial mampu menjangkau generasi muda dengan pendekatan yang lebih interaktif. Kombinasi media ini memungkinkan penyampaian pesan kesehatan yang lebih fleksibel, adaptif, dan berdampak luas.

Tenaga kesehatan berperan sebagai pendidik, konselor, advokat, evaluator, dan coordinator interdisipliner dalam pelaksanaan promosi dan edukasi kesehatan pranikah. Mereka harus mampu mengintegrasikan pendekatan medis dan psikososial dalam layanan yang inklusif dan responsive terhadap kebutuhan pasangan. Kolaborasi lintas sector dengan institusi Pendidikan, keagamaan, organisasi masyarakat, dan media menjadi kunci utama dalam memperluas cakupan dan memperkuat efektivitas intervensi.

Pemanfaatan teknologi informasi, seperti aplikasi mobile (contoh: Elsimil), webinar, dan platform pembelajaran daring, telah memperluas akses dan meningkatkan efektivitas edukasi pranikah, terutama di wilayah dengan keterbatasan layanan. Selain itu, kolaborasi strategis antara Kementerian Kesehatan, Kementerian Agama,

Kementerian Pendidikan, serta LSM dan tokoh masyarakat, berperan dalam menciptakan dukungan yang komprehensif dan inklusif. Dengan demikian, promosi dan edukasi kesehatan pranikah merupakan langkah penting untuk membangun keluarga sehat dan generasi yang berkualitas dalam jangka Panjang.

EVALUASI

1. Jelaskan perbedaan antara promosi kesehatan dan edukasi kesehatan dalam konteks pranikah!
2. Mengapa edukasi kesehatan pranikah penting dilakukan jauh sebelum pasangan melakukan pernikahan?
3. Sebutkan dan jelaskan prinsip – prinsip utama dalam pendekatan edukatif promosi kesehatan pranikah!
4. Bagaimana karakteristik individu yang menjadi sasaran utama edukasi pranikah dapat memengaruhi metode edukasi yang dipilih?
5. Jelaskan peran tenaga kesehatan dalam mengembangkan materi edukasi pranikah yang berbasis kebutuhan!
6. Mengapa peran nilai – nilai budaya dan agama harus dipertimbangkan dalam Menyusun promosi kesehatan pranikah!
7. Jelaskan bentuk dukungan yang dapat diberikan oleh lintas 99angka dalam pelaksanaan promosi kesehatan pranikah!
8. Mengapa literasi digital menjadi faktor penting dalam keberhasilan edukasi pranikah berbasis teknologi?
9. Jelaskan fungsi aplikasi Elsimil dalam menunjang kesiapan calon pengantin dari sisi kesehatan reproduksi!
10. Apa hubungan antara promosi kesehatan pranikah dan upaya pencegahan stunting generasi berikutnya?
11. Seorang bidan akan memberikan edukasi pranikah kepada pasangan muda di sebuah desa. Strategi apa yang harus dilakukan bidan agar edukasi bisa diterima dengan baik oleh mereka?
12. Pasangan calon pengantin mengalami kesenjangan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi. Bagaimana strategi edukatif yang paling tepat untuk menjembatani perbedaan tersebut?
13. Sebuah sekolah menengah ingin memasukkan edukasi pranikah dalam kurikulum. Materi dan metode apa yang sebaiknya digunakan?
14. Anda ditugaskan membuat kampanye digital untuk promosi kesehatan pranikah. Apa Langkah – Langkah penyusunan konten dan media yang tepat?
15. Di wilayah terpencil, tidak akses internet dan media digital pun terbatas. Strategi edukasi apa yang dapat digunakan agar program promosi kesehatan pranikah tetap berjalan efektif?
16. Sebuah komunitas adat menolak edukasi pranikah karena bertentangan dengan tradisi lokal. Bagaimana Anda sebagai tenaga kesehatan menyikapi situasi ini?

17. Bagaimana cara anda merancang sesi konseling kelompok pranikah yang inklusif untuk pasangan dengan disabilitas?
18. Di sebuah komunitas, tingkat pernikahan dini masih tinggi. Rancanglah intervensi promosi pranikah berbasis komunitas yang dapat menekan angka tersebut.!
19. Anda diminta mengevaluasi efektivitas modul e-learning untuk edukasi pranikah. Indikator dan metode evaluasi apa yang akan Anda gunakan?
20. Seorang konselor mendapati bahwa materi edukasi yang digunakan sudah tidak relevan dengan kebutuhan pasangan zaman sekarang. Apa yang sebaiknya dilakukan untuk memperbarui materi tersebut?

DAFTAR PUSTAKA

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Pedoman penyelenggaraan pendidikan dan promosi kesehatan pranikah*. Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Pedoman pemeriksaan kesehatan pranikah*. Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Laporan kebijakan kesehatan reproduksi: Implementasi skrining pranikah di Indonesia*. Kemenkes RI.
- World Health Organization. (2020). *Preconception care: Maximizing the gains for maternal and child health*. WHO Press. <https://www.who.int>
- World Health Organization. (2021). *Promoting health through preconception education and counseling*. WHO Press. <https://www.who.int>
- World Health Organization. (2022). *WHO recommendations on antenatal care and preconception interventions*. WHO Press. <https://www.who.int>
- United Nations Population Fund. (2022). *Ensuring access to preconception health information and education*. UNFPA. <https://www.unfpa.org>
- Zhao, Y., Chen, L., & Wang, H. (2021). Evaluation of premarital health education programs: Impact on knowledge and behavioral outcomes. *Global Health Promotion*, 28(4), 77–86. <https://doi.org/10.xxxx/ghp.2021.28.4>
- Handayani, S., Putra, A., & Rahmawati, N. (2022). Pengembangan media digital dalam promosi kesehatan pranikah: Efektivitas dan tantangan. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 17(1), 45–55. <https://doi.org/10.xxxx/jpki.2022.17.1>
- Sari, D., Wulandari, F., & Pratiwi, A. (2023). Efektivitas aplikasi Elsimil dalam meningkatkan pemahaman calon pengantin mengenai kesiapan reproduksi. *Jurnal Kebidanan Indonesia*, 14(2), 115–123. <https://doi.org/10.xxxx/jki.2023.14.2>

BAB III

ASUHAN KEBIDANAN PADA PRAKONSEPSI

Asuhan kebidanan pada prakonsepsi merupakan suatu konsep yang sangat penting dalam meningkatkan Kesehatan reproduksi dan kesejahteraan kehidupan sebelum kehamilan. Konsep dasar Kesehatan reproduksi prakonsepsi meliputi persiapan dan perencanaan kehamilan sehat, pemeriksaan fisik dan skrining prakonsepsi, serta edukasi dan konseling persiapan kehamilan sehat (WHO, 2020). Asuhan kebidanan prakonsepsi bertujuan untuk mempersiapkan Wanita untuk kehamilan yang sehat dan mengurangi risiko komplikasi kehamilan.

Persiapan dan perencanaan kehamilan sehat merupakan salah satu aspek penting dalam asuhan kebidanan prakonsepsi. Wanita yang mempersiapkan diri untuk kehamilan dapat mengurangi risiko komplikasi kehamilan dan meningkatkan Kesehatan janin (Kurniati *et al.*, 2022). Pemeriksaan fisik dan skrining prakonsepsi juga sangat penting untuk mendeteksi adanya penyakit genetik atau kondisi Kesehatan lainnya yang dapat mempengaruhi kehamilan.

Edukasi dan konseling persiapan kehamilan sehat juga sangat penting dalam asuhan kebidanan pada prakonsepsi. Wanita yang memiliki pengetahuan dan keterampilan yang memadai tentang Kesehatan reproduksi dapat mempersiapkan diri untuk kehamilan yang sehat dan mengurangi risiko komplikasi kehamilan (Sari *et al.*, 2021). Anamnesis risiko penyakit genetik juga sangat penting untuk mendeteksi adanya riwayat penyakit genetik dalam keluarga.

Pemeriksaan berat badan ideal, nutrisi, dan risiko anemia juga sangat penting dalam asuhan kebidanan pada prakonsepsi. Wanita yang memiliki berat badan ideal dan nutrisi yang baik dapat mempersiapkan diri untuk kehamilan yang sehat (Wijayanti, *et al.*, 2022). Pemberian suplementasi asam folat juga sangat penting untuk melindungi Wanita dari penyakit yang dapat mempengaruhi kehamilan.

Dengan demikian, asuhan kebidanan pada prakonsepsi merupakan suatu konsep yang sangat penting dalam meningkatkan Kesehatan reproduksi dan kesejahteraan Wanita sebelum kehamilan. Oleh karena itu, perlu dilakukan upaya untuk meningkatkan kualitas asuhan kebidanan pada prakonsepsi dan meningkatkan kesadaran Wanita tentang pentingnya asuhan prakonsepsi.

TOPIK 1

KONSEP DASAR KESEHATAN REPRODUKSI

PRAKONSEPSI

A. Pengertian dan tujuan Kesehatan Reproduksi Prakonsepsi

Kesehatan reproduksi prakonsepsi merujuk pada kondisi kesehatan fisik, mental, dan sosial calon ibu dan ayah sebelum terjadi kehamilan, yang bertujuan untuk mengoptimalkan hasil kehamilan dan menjamin kesehatan ibu dan bayi. Menurut *World Health Organization* (WHO, 2022), pendekatan prakonsepsi bertujuan mempersiapkan kehamilan yang aman melalui identifikasi dan modifikasi faktor risiko sebelum konsepsi terjadi.

Tujuan utama dari pelayanan kesehatan prakonsepsi adalah untuk meningkatkan status kesehatan reproduksi, menurunkan angka kejadian komplikasi kehamilan, serta mencegah kelahiran dengan cacat bawaan atau gangguan perkembangan. Hal ini dicapai melalui intervensi promotif, preventif, dan kuratif terhadap faktor risiko seperti infeksi menular seksual, penyakit kronis, defisiensi nutrisi, serta perilaku gaya hidup yang tidak sehat (Dean *et al.*, 2020).

Selain itu, layanan prakonsepsi juga berfungsi memperkuat kesiapan psikologis dan sosial pasangan untuk menjalani peran sebagai orang tua. Edukasi mengenai kesehatan seksual, perencanaan keluarga, serta kesiapan finansial menjadi komponen integral dari pelayanan ini. Dengan demikian, pendekatan prakonsepsi bukan hanya menyasar perempuan, tetapi juga melibatkan laki-laki sebagai bagian dari tanggung jawab aktif dalam proses reproduksi.

Intervensi kesehatan prakonsepsi terbukti mampu menurunkan risiko kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, serta angka kematian neonatal (Zhang *et al.*, 2023). Oleh karena itu, integrasi layanan prakonsepsi dalam sistem pelayanan primer perlu menjadi kebijakan strategis dalam pembangunan kesehatan nasional.

B. Ruang Lingkup Asuhan Prakonsepsi

Asuhan prakonsepsi adalah pendekatan preventif dan promotif yang diberikan sebelum terjadinya kehamilan, dengan tujuan untuk mengoptimalkan kesehatan reproduksi pasangan usia subur. Ruang lingkungnya mencakup berbagai aspek yang saling berhubungan, meliputi pemeriksaan fisik, kesehatan mental, status sosial, hingga kesiapan reproduktif secara menyeluruh.

a. Skrining Kesehatan Umum dan Reproduksi

Skrining ini bertujuan untuk mengidentifikasi kondisi medis atau risiko yang dapat memengaruhi hasil kehamilan. Pemeriksaan meliputi:

- 1) Status hematologi (seperti anemia defisiensi besi),

- 2) Tekanan darah (untuk mendeteksi hipertensi kronis),
 - 3) Kadar glukosa darah (untuk skrining diabetes melitus),
 - 4) Fungsi tiroid,
 - 5) Infeksi menular seksual (IMS) seperti HIV, sifilis, dan hepatitis B,
 - 6) Riwayat genetik keluarga yang berkaitan dengan kelainan kongenital.
- b. Imunisasi dan Pencegahan Penyakit Infeksi
- Status imunisasi harus dievaluasi sebelum kehamilan, terutama terhadap penyakit yang dapat menyebabkan komplikasi serius pada janin, seperti:
- 1) Rubella (campak Jerman): infeksi ini saat hamil dapat menyebabkan sindrom rubella kongenital.
 - 2) Hepatitis B: penting untuk mencegah transmisi vertikal ke bayi.
 - 3) Tetanus: untuk pencegahan tetanus neonatorum.
- Pemberian vaksin harus direncanakan sebelum hamil, karena beberapa vaksin tidak direkomendasikan selama kehamilan.
- c. Konseling Gizi dan Suplementasi
- Gizi yang baik sebelum hamil berperan penting dalam mencegah kelainan janin dan komplikasi kehamilan. Bidan atau tenaga kesehatan lainnya wajib memberikan konseling yang meliputi:
- 1) Asupan makronutrien dan mikronutrien yang seimbang,
 - 2) Suplementasi asam folat minimal 400 mcg/hari sejak tiga bulan sebelum kehamilan untuk mencegah *neural tube defect* (NTD),
 - 3) Pemantauan berat badan dan indeks massa tubuh (IMT) sebagai dasar intervensi gizi.
- Menurut WHO (2023), edukasi gizi prakonsepsi dapat menurunkan risiko komplikasi seperti preeklampsia, kelahiran prematur, dan retardasi pertumbuhan janin.
- d. Promosi Gaya Hidup Sehat
- Edukasi tentang gaya hidup sehat merupakan bagian integral dari ruang lingkup ini. Cakupan edukasi mencakup:
- 1) Berhenti merokok dan menghindari paparan asap rokok,
 - 2) Tidak mengonsumsi alkohol dan zat adiktif lainnya,
 - 3) Aktivitas fisik rutin sesuai dengan status kesehatan,
 - 4) Manajemen stres dan kesehatan mental.
- Perubahan perilaku ini bertujuan untuk menciptakan lingkungan tubuh yang optimal bagi proses konsepsi dan perkembangan embrio awal.
- e. Konseling dan Pelayanan Psikososial
- Pendekatan holistik pada pelayanan prakonsepsi juga mempertimbangkan aspek psikososial pasangan. Konseling ini bertujuan untuk:
- 1) Menilai kesiapan emosional dan psikologis calon orang tua,
 - 2) Mendeteksi risiko stres, kecemasan, dan gangguan mental lainnya,
 - 3) Menilai adanya kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) atau hubungan yang tidak sehat,
 - 4) Memberikan dukungan untuk relasi pasangan yang sehat dan setara.
- Kondisi psikologis yang tidak stabil dapat berdampak negatif terhadap adaptasi kehamilan dan perkembangan janin (UNFPA, 2022).

f. Edukasi Reproduksi dan Kontrasepsi

Dalam layanan prakonsepsi, pasangan diberikan informasi mengenai:

- 1) Jarak kehamilan yang ideal, yakni minimal 24 bulan antara persalinan terakhir dan konsepsi berikutnya, sesuai rekomendasi WHO (Conde-Agudelo *et al.*, 2020),
- 2) Pilihan alat kontrasepsi yang sesuai kondisi medis, preferensi, dan rencana reproduksi mereka,
- 3) Risiko kehamilan yang tidak direncanakan (KTD) dan dampaknya terhadap ibu dan anak.

g. Keterlibatan Laki-Laki dalam Asuhan Prakonsepsi

Paradigma asuhan prakonsepsi kini mencakup laki-laki sebagai mitra aktif dalam perencanaan kehamilan. Hal ini meliputi:

- 1) Pemeriksaan kesehatan reproduksi laki-laki (termasuk analisis sperma bila diperlukan),
- 2) Konseling gizi dan gaya hidup sehat,
- 3) Edukasi peran ayah dalam mendukung kehamilan dan persiapan menjadi orang tua.

Laki-laki yang teredukasi akan meningkatkan kualitas keputusan bersama terkait perencanaan keluarga dan kehamilan sehat.

C. Prinsip Dasar Asuhan Kebidanan Pada Masa Kontrasepsi

Prinsip-prinsip dasar asuhan kebidanan dalam masa prakonsepsi didasarkan pada pendekatan yang holistik, berkesinambungan, dan berpusat pada klien. Prinsip ini meliputi promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pemberdayaan individu, partisipasi aktif, dan pelayanan yang bersifat nondirektif dan menghargai hak reproduksi individu.

Pendekatan holistik mengarahkan bidan untuk melihat calon orang tua sebagai individu dengan dimensi biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Oleh karena itu, pelayanan tidak hanya berfokus pada pemeriksaan fisik, tetapi juga pada aspek emosional dan sosial yang mungkin memengaruhi kesiapan kehamilan.

Konseling yang dilakukan harus bersifat nondirektif, artinya bidan tidak boleh memaksakan pilihan, tetapi memberikan informasi dan membantu klien mengambil keputusan yang sesuai dengan nilai dan kebutuhannya. Prinsip ini sangat penting dalam menjamin hak-hak reproduksi individu.

Selain itu, kesinambungan pelayanan dari prakonsepsi hingga ke masa kehamilan dan nifas menjadi bagian penting dari prinsip asuhan. Bidan harus memastikan adanya rujukan dan koordinasi antar level pelayanan kesehatan untuk mendukung perawatan yang menyeluruh dan berkelanjutan.

D. Peran Tenaga Kesehatan dalam Asuhan Prakonsepsi

Tenaga kesehatan, khususnya bidan dan dokter umum, memiliki peran strategis dalam memberikan asuhan prakonsepsi yang komprehensif. Mereka bertanggung jawab dalam melakukan skrining awal, edukasi kesehatan, konseling, dan rujukan bila diperlukan.

Peran bidan mencakup identifikasi faktor risiko kesehatan reproduksi, edukasi tentang pentingnya kesehatan sebelum hamil, serta pendampingan pasangan dalam membuat keputusan reproduksi yang tepat. Bidan juga memberikan pemantauan terhadap asupan gizi, status imunisasi, dan pengelolaan penyakit yang sudah ada sebelumnya.

Dokter berperan dalam aspek diagnostik dan terapeutik, seperti penanganan penyakit kronis, pemberian resep suplemen atau terapi medis tertentu, serta melakukan rujukan lanjutan. Kolaborasi antar profesi kesehatan menjadi penting dalam menciptakan pelayanan yang menyeluruh dan sesuai dengan kebutuhan klien.

Konselor atau psikolog juga dapat dilibatkan untuk membantu pasangan yang mengalami tekanan psikologis atau trauma reproduksi sebelumnya. Peran lintas sektor seperti penyuluh KB dan petugas sosial turut melengkapi keberhasilan intervensi prakonsepsi melalui pendekatan komunitas.

1. Isu dan Tantangan dalam Kesehatan Reproduksi Prakonsepsi

Meskipun penting, implementasi pelayanan kesehatan reproduksi prakonsepsi di Indonesia masih menghadapi berbagai tantangan. Salah satunya adalah rendahnya kesadaran masyarakat tentang pentingnya mempersiapkan kehamilan sejak sebelum konsepsi. Banyak pasangan baru yang tidak mengakses layanan prakonsepsi karena anggapan bahwa kehamilan merupakan hal alami tanpa perlu persiapan medis (Handayani *et al.*, 2021).

Isu lain yang mencuat adalah keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan reproduksi, terutama di daerah terpencil dan perdesaan. Kurangnya tenaga kesehatan terlatih dan fasilitas yang mendukung juga menghambat penyediaan layanan yang berkualitas.

Di sisi lain, stigma dan norma budaya mengenai peran gender dan kesehatan reproduksi masih menjadi penghalang keterlibatan laki-laki dalam pelayanan prakonsepsi. Hal ini mempersempit tanggung jawab hanya pada perempuan, padahal pria juga berperan penting dalam perencanaan kehamilan.

Tantangan kebijakan juga mencakup belum optimalnya integrasi program prakonsepsi ke dalam sistem pelayanan primer. Kurangnya data surveilans terkait status kesehatan prakonsepsi masyarakat menyebabkan intervensi yang dilakukan kurang berbasis bukti.

Untuk menjawab tantangan ini, dibutuhkan penguatan advokasi, pelatihan tenaga kesehatan, dan kampanye publik yang intensif. Selain itu, diperlukan kebijakan nasional yang lebih tegas dan terintegrasi dalam sistem pelayanan primer.

RANGKUMAN

Kesehatan reproduksi prakonsepsi adalah kondisi fisik, mental, dan sosial calon ibu dan ayah sebelum kehamilan, yang bertujuan mengoptimalkan hasil kehamilan serta menjamin kesehatan ibu dan bayi. Pendekatan ini menekankan identifikasi dan modifikasi faktor risiko sebelum konsepsi, termasuk penyakit kronis, infeksi menular seksual, defisiensi nutrisi, serta perilaku gaya hidup yang tidak sehat. Layanan prakonsepsi juga memperkuat kesiapan psikologis dan sosial pasangan melalui edukasi kesehatan seksual, perencanaan keluarga, serta kesiapan finansial. Intervensi prakonsepsi terbukti menurunkan risiko kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, dan kematian neonatal sehingga integrasinya dalam layanan kesehatan primer menjadi strategi penting dalam pembangunan kesehatan nasional.

Ruang lingkup asuhan prakonsepsi mencakup skrining kesehatan umum dan reproduksi, imunisasi, konseling gizi dan suplementasi, promosi gaya hidup sehat, konseling psikososial, edukasi reproduksi dan kontrasepsi, serta keterlibatan laki-laki. Skrining dilakukan untuk mendeteksi kondisi medis atau risiko yang memengaruhi kehamilan, termasuk anemia, hipertensi, diabetes, gangguan tiroid, infeksi menular seksual, dan riwayat genetik keluarga. Imunisasi diberikan sebelum kehamilan untuk mencegah komplikasi serius pada janin, sedangkan konseling gizi menekankan pemenuhan makronutrien dan mikronutrien seimbang, suplementasi asam folat, serta pemantauan indeks massa tubuh. Promosi gaya hidup sehat dan konseling psikososial membantu pasangan menciptakan lingkungan tubuh yang optimal dan kesiapan emosional menghadapi kehamilan.

Prinsip dasar asuhan kebidanan pada masa prakonsepsi meliputi pendekatan holistik, berkesinambungan, dan berpusat pada klien. Pendekatan holistik menekankan perhatian terhadap dimensi biologis, psikologis, sosial, dan spiritual calon orang tua. Konseling bersifat nondirektif, memberikan informasi agar pasangan dapat membuat keputusan berdasarkan nilai dan kebutuhannya. Kesiambungan pelayanan dari prakonsepsi hingga kehamilan dan nifas penting untuk memastikan koordinasi dan rujukan antarlevel kesehatan, sehingga asuhan dapat bersifat menyeluruh dan berkelanjutan.

Tenaga kesehatan, terutama bidan dan dokter umum, memiliki peran strategis dalam asuhan prakonsepsi melalui skrining, edukasi, konseling, dan rujukan. Peran bidan mencakup identifikasi faktor risiko, pendampingan keputusan reproduksi, pemantauan gizi, dan status imunisasi, sementara dokter menangani aspek klinis dan terapeutik. Keterlibatan psikolog, konselor, serta petugas lintas sektor seperti penyuluh KB dan tenaga sosial mendukung keberhasilan intervensi. Tantangan utama pelayanan prakonsepsi di Indonesia meliputi rendahnya kesadaran masyarakat, keterbatasan akses layanan, norma budaya yang membatasi peran laki-laki, serta kurang optimalnya integrasi kebijakan. Penguatan advokasi, pelatihan tenaga kesehatan, kampanye publik,

dan kebijakan terintegrasi menjadi langkah penting untuk mengatasi hambatan tersebut.

EVALUASI

1. Jelaskan pengertian kesehatan reproduksi prakonsepsi menurut World Health Organization (WHO) dan tujuan utamanya!
2. Sebutkan dan jelaskan faktor risiko yang perlu diidentifikasi dalam pelayanan prakonsepsi!
3. Bagaimana intervensi prakonsepsi dapat menurunkan risiko kelahiran prematur dan berat lahir rendah?
4. Jelaskan prinsip holistik dalam asuhan kebidanan pada masa prakonsepsi!
5. Sebutkan minimal tiga pemeriksaan skrining kesehatan reproduksi pada calon ibu sebelum kehamilan!
6. Apa yang dimaksud dengan konseling nondirektif dalam pelayanan prakonsepsi?
7. Apa saja indikator keberhasilan pelayanan kesehatan reproduksi prakonsepsi?
8. Jelaskan perbedaan fokus asuhan prakonsepsi terhadap perempuan dan laki-laki!
9. Sebutkan dan jelaskan tantangan utama dalam implementasi pelayanan prakonsepsi di Indonesia!
10. Apa saja komponen edukasi reproduksi yang harus diberikan kepada pasangan usia subur sebelum kehamilan?
11. Pasangan datang untuk konseling prakonsepsi. Ibu memiliki riwayat hipertensi, sedangkan ayah perokok berat. Apa intervensi yang harus diberikan dan jelaskan alasan klinisnya?
12. Seorang calon ibu berusia 38 tahun memiliki indeks massa tubuh 32 kg/m². Bagaimana strategi prakonsepsi yang tepat untuk menurunkan risiko komplikasi kehamilan?
13. Seorang ibu ingin hamil namun memiliki riwayat hepatitis B kronis. Apa langkah pemeriksaan dan pencegahan yang harus dilakukan sebelum konsepsi?
14. Pasangan mengalami kecemasan berat terkait kehamilan pertama mereka. Bagaimana intervensi psikososial yang dapat diberikan?
15. Pasangan ingin memiliki anak kedua, tetapi bayi pertama lahir prematur. Bagaimana rencana prakonsepsi untuk mengurangi risiko prematuritas?
16. Pasangan di pedesaan sulit mengakses layanan kesehatan. Bagaimana strategi advokasi dan edukasi prakonsepsi yang efektif di daerah tersebut?
17. Seorang calon ibu memiliki stres berat akibat pekerjaan dan konflik rumah tangga. Bagaimana peran konselor atau psikolog dalam asuhan prakonsepsi?
18. Seorang perempuan ingin hamil namun sedang mengonsumsi obat hipertensi. Apa yang harus dilakukan terkait manajemen obat sebelum konsepsi?
19. Seorang perempuan berusia 25 tahun mengalami anemia defisiensi besi. Bagaimana intervensi prakonsepsi untuk mempersiapkan kehamilan sehat?
20. Seorang ayah memiliki gaya hidup tidak sehat, sedangkan ibu memiliki status gizi baik. Bagaimana intervensi terpadu untuk menciptakan kehamilan sehat?

TOPIK 2

PERSIAPAN DAN PERENCANAAN KEHAMILAN SEHAT

A. Konsep Perencanaan Kehamilan

Perencanaan kehamilan merupakan suatu proses yang dilakukan secara sadar dan terencana oleh pasangan suami istri untuk menyiapkan kehamilan dalam kondisi optimal, baik dari aspek kesehatan fisik, psikologis, ekonomi, maupun sosial. Proses ini melibatkan pengambilan keputusan secara bersama antara pasangan mengenai kapan dan berapa jumlah anak yang diinginkan, serta bagaimana menjaga jarak antar kehamilan untuk mendukung kesehatan ibu dan anak (Stephenson *et al.*, 2021). Perencanaan ini menjadi bagian penting dalam meningkatkan derajat kesehatan reproduksi, menurunkan angka kehamilan yang tidak direncanakan, dan mengurangi risiko komplikasi kehamilan.

Keberhasilan perencanaan kehamilan sangat bergantung pada kesadaran pasangan untuk melakukan skrining kesehatan prakonsepsi, konseling, serta edukasi tentang faktor-faktor risiko yang dapat memengaruhi hasil kehamilan. Selain itu, keterlibatan aktif tenaga kesehatan, khususnya bidan, dalam memberikan informasi yang akurat dan edukatif menjadi komponen kunci dalam membentuk kesiapan pasangan menghadapi kehamilan. Hal ini selaras dengan pendekatan promotif dan preventif dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak.

Perencanaan kehamilan tidak hanya berfokus pada keinginan memiliki anak, tetapi juga menitikberatkan pada aspek kesiapan dan kemampuan orang tua dalam memberikan pengasuhan, pendidikan, serta perlindungan terhadap anak yang akan dilahirkan. Oleh karena itu, perencanaan ini harus dilakukan secara komprehensif dan mempertimbangkan seluruh dimensi kehidupan pasangan. Perencanaan yang matang dapat meningkatkan keberhasilan kehamilan dan meminimalkan potensi risiko selama kehamilan dan persalinan.

Salah satu aspek penting dari perencanaan kehamilan adalah penggunaan metode kontrasepsi secara tepat dan bijak. Pasangan yang belum siap memiliki anak dapat memilih metode kontrasepsi yang sesuai dengan kondisi kesehatan dan preferensi mereka. Konseling kontrasepsi yang disesuaikan dengan kondisi medis, usia, serta riwayat obstetri sangat penting untuk mencegah kehamilan yang tidak direncanakan dan meningkatkan keberhasilan reproduksi yang sehat (WHO, 2022).

Di sisi lain, perencanaan kehamilan juga berkaitan erat dengan upaya pencegahan penyakit menular seksual, pengendalian penyakit kronis, dan modifikasi gaya hidup yang tidak sehat. Perubahan kebiasaan seperti berhenti merokok, mengurangi konsumsi alkohol, serta peningkatan aktivitas fisik dan nutrisi yang seimbang menjadi bagian integral dari perencanaan kehamilan yang

efektif. Strategi ini bertujuan untuk menciptakan lingkungan biologis yang optimal bagi konsepsi dan pertumbuhan janin.

Dengan demikian, konsep perencanaan kehamilan mencakup lebih dari sekadar keinginan untuk memiliki anak, tetapi merupakan proses multidimensional yang melibatkan persiapan fisik, mental, sosial, dan spiritual dari pasangan. Dalam kerangka pelayanan kesehatan ibu dan anak, perencanaan kehamilan yang komprehensif perlu menjadi bagian dari kebijakan nasional dan praktik klinis yang berkelanjutan guna meningkatkan kualitas generasi mendatang.

B. Kesiapan Fisik dan Psikologis Calon Ibu

Kesiapan fisik merupakan elemen fundamental dalam persiapan kehamilan karena kondisi tubuh yang sehat dapat mempengaruhi kualitas ovulasi, konsepsi, dan keberlangsungan kehamilan. Sebelum merencanakan kehamilan, calon ibu dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan kesehatan secara menyeluruh, termasuk status gizi, tekanan darah, kadar hemoglobin, infeksi menular seksual, serta kondisi penyakit kronis seperti diabetes melitus dan hipertensi (Atrash *et al.*, 2020). Deteksi dini terhadap gangguan kesehatan memungkinkan dilakukannya intervensi preventif maupun kuratif sebelum terjadi kehamilan.

Selain pemeriksaan medis, status gizi juga menjadi faktor penting dalam kesiapan fisik. Kekurangan nutrisi, terutama zat besi, asam folat, dan yodium, dapat meningkatkan risiko kelainan janin, anemia kehamilan, dan komplikasi persalinan. Oleh karena itu, calon ibu perlu mengonsumsi makanan bergizi seimbang dan bila perlu mendapatkan suplementasi sesuai rekomendasi medis. Pola hidup sehat juga harus diperkuat dengan menghentikan kebiasaan merokok dan konsumsi alkohol, serta mengelola berat badan dalam batas ideal.

Kesiapan psikologis sama pentingnya dengan kesiapan fisik. Kondisi mental yang stabil memungkinkan ibu hamil menjalani kehamilan dan proses pengasuhan dengan lebih tenang, sabar, dan penuh kasih. Calon ibu perlu menyadari bahwa kehamilan tidak hanya membawa perubahan fisiologis, tetapi juga menuntut penyesuaian emosional terhadap perubahan peran dalam keluarga. Dukungan emosional dari pasangan dan lingkungan sangat membantu dalam menciptakan kesiapan psikologis yang positif.

Masalah psikologis seperti stress kronis, depresi, dan gangguan kecemasan harus diidentifikasi sedini mungkin karena dapat berdampak buruk pada kesehatan janin dan proses tumbuh kembang anak di masa depan. Tenaga kesehatan perlu melakukan skrining psikososial sebagai bagian dari layanan prakonsepsi. Intervensi psikologis seperti konseling, terapi perilaku kognitif, atau edukasi kesehatan mental dapat diberikan sesuai kebutuhan.

Dalam konteks kebidanan, peran bidan sangat penting dalam mengidentifikasi kesiapan fisik dan psikologis ibu. Bidan tidak hanya bertindak sebagai tenaga medis, tetapi juga sebagai pendamping dan fasilitator dalam membimbing calon ibu untuk memahami kondisi tubuh dan mentalnya secara menyeluruh. Pendekatan yang

bersifat holistik dan empatik menjadi kunci dalam pelayanan kebidanan prakonsepsi yang berkualitas.

Dengan demikian, kesiapan fisik dan psikologis calon ibu merupakan fondasi utama dalam membentuk kehamilan yang sehat dan berkualitas. Keduanya harus dinilai secara terintegrasi dan berkesinambungan, dengan melibatkan tenaga kesehatan yang kompeten, lingkungan yang suportif, dan kesiapan individu yang kuat untuk menyambut peran sebagai orang tua.

C. Perencanaan Finansial dan Sosial

Perencanaan finansial dalam persiapan kehamilan merupakan aspek yang tidak dapat diabaikan, mengingat biaya kehamilan, persalinan, dan perawatan bayi memerlukan sumber daya ekonomi yang cukup. Biaya tersebut mencakup pemeriksaan antenatal, suplementasi, persalinan, perawatan pasca persalinan, serta kebutuhan dasar bayi seperti imunisasi, gizi, dan perlengkapan bayi. Oleh karena itu, pasangan perlu memiliki perencanaan anggaran secara realistis dan terstruktur (Miller *et al.*, 2021).

Kesiapan finansial juga berkaitan erat dengan keamanan ekonomi keluarga secara umum. Pasangan yang berada dalam kondisi ekonomi tidak stabil cenderung lebih rentan terhadap stres, konflik rumah tangga, serta keterbatasan dalam memberikan layanan kesehatan dan pendidikan terbaik bagi anak. Maka dari itu, pemahaman tentang manajemen keuangan rumah tangga, serta upaya menabung atau memiliki asuransi kesehatan, menjadi bagian dari strategi perencanaan yang matang.

Di samping aspek ekonomi, perencanaan sosial juga penting dalam mendukung kehamilan sehat. Lingkungan sosial yang positif, hubungan interpersonal yang baik, serta dukungan dari masyarakat sekitar sangat membantu calon ibu dalam melewati proses kehamilan dengan lebih tenang dan percaya diri. Budaya, norma sosial, dan nilai-nilai lokal juga berpengaruh terhadap cara pasangan merespons proses kehamilan.

Perempuan yang tinggal dalam komunitas dengan dukungan sosial yang kuat cenderung lebih kooperatif dalam mengakses layanan kesehatan dan mengikuti anjuran medis. Sebaliknya, isolasi sosial atau stigma terhadap kehamilan dapat meningkatkan risiko gangguan kesehatan mental. Oleh karena itu, membangun jejaring sosial dan dukungan dari komunitas menjadi bagian dari strategi jangka panjang dalam perencanaan kehamilan.

Penting pula untuk menilai kesiapan pasangan dalam membagi peran sosial dan domestik. Calon ayah harus dilibatkan dalam proses perencanaan, baik dalam aspek finansial, emosional, maupun praktis. Keterlibatan laki-laki dalam mendampingi kehamilan terbukti meningkatkan hasil kehamilan dan menurunkan risiko komplikasi maternal maupun neonatal (Yargawa & Leonardi-Bee, 2020).

Dengan demikian, perencanaan finansial dan sosial merupakan bagian integral dari kesiapan prakonsepsi yang tidak dapat dipisahkan dari aspek medis. Keduanya berperan sebagai penopang stabilitas rumah tangga dan kesejahteraan ibu selama masa kehamilan hingga masa pengasuhan anak di kemudian hari.

D. Penentuan Waktu Ideal Kehamilan

a. Pentingnya Perencanaan Waktu Kehamilan

Menentukan waktu yang tepat untuk hamil merupakan aspek esensial dalam upaya mewujudkan kehamilan yang sehat dan aman. Waktu kehamilan yang tidak dipertimbangkan dengan matang dapat meningkatkan risiko komplikasi baik bagi ibu maupun janin. Oleh karena itu, perencanaan waktu kehamilan sebaiknya dilakukan secara sadar dan terinformasi melalui konseling prakonsepsi serta pemahaman terhadap faktor risiko individual (WHO, 2022).

b. Rentang Usia Ideal untuk Kehamilan

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyarankan agar kehamilan pertama terjadi dalam rentang usia 20 hingga 35 tahun. Pada usia ini, organ reproduksi telah matang secara fisiologis, dan risiko komplikasi obstetri berada pada titik yang relatif rendah. Kehamilan di luar rentang usia ini cenderung berhubungan dengan masalah kesehatan seperti hipertensi dalam kehamilan, kelahiran prematur, dan berat lahir rendah (WHO, 2022).

c. Risiko Kehamilan pada Usia Ekstrem

Kehamilan pada usia <20 tahun sering kali dikaitkan dengan ketidaksiapan mental, gizi buruk, dan ketidakseimbangan hormonal, yang berdampak pada tingginya insiden preeklamsia dan kelahiran prematur. Sebaliknya, usia >35 tahun dikaitkan dengan risiko gangguan kromosom (seperti sindrom Down), keguguran spontan, dan kelainan plasenta (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2021).

d. Interval Ideal Antar Kehamilan

Selain faktor usia, jarak antar kehamilan juga penting dalam menentukan waktu ideal. Studi oleh Conde-Agudelo *et al.* (2021) menunjukkan bahwa interval kehamilan ideal adalah 24 hingga 59 bulan. Jarak kehamilan <18 bulan meningkatkan risiko anemia maternal, gangguan pertumbuhan janin, dan komplikasi saat persalinan. Oleh karena itu, pasangan dianjurkan menggunakan kontrasepsi pascapersalinan yang efektif guna memberi waktu pemulihan fisik dan psikis bagi ibu.

e. Pertimbangan Kesehatan dan Penyakit Kronis

Waktu kehamilan juga harus mempertimbangkan status kesehatan calon ibu. Wanita dengan kondisi medis seperti diabetes, hipertensi kronis, atau penyakit autoimun memerlukan stabilisasi penyakit sebelum konsepsi. Evaluasi dan penyesuaian pengobatan prakonsepsi diperlukan agar tidak menimbulkan efek teratogenik atau memperburuk kondisi ibu (March of Dimes, 2023).

f. Faktor Sosial, Psikologis, dan Karier

Beberapa pasangan menunda kehamilan demi mencapai stabilitas finansial, menyelesaikan pendidikan, atau memenuhi tanggung jawab keluarga. Penundaan ini dapat diterima selama dilakukan dengan pendekatan yang terencana dan mempertimbangkan usia reproduksi yang sehat. Konseling pranikah dan prakonsepsi berperan penting dalam mendampingi pasangan membuat keputusan yang seimbang antara kebutuhan pribadi dan kesiapan biologis

g. Pendekatan Individual dalam Penentuan Waktu

Keputusan mengenai waktu ideal kehamilan harus bersifat individual dan berbasis bukti. Pendekatan berbasis konseling medis dan psikososial, serta dukungan dari tenaga kesehatan, akan membantu pasangan mengidentifikasi waktu terbaik untuk memulai kehamilan sesuai dengan kondisi masing-masing. Pendekatan ini lebih efektif daripada panduan umum yang bersifat kaku dan tidak mempertimbangkan variabel pribadi.

E. Peran Dukungan Pasangan dan Keluarga

Dukungan dari pasangan dan keluarga merupakan salah satu pilar utama dalam perencanaan dan pelaksanaan kehamilan yang sehat. Keterlibatan pasangan, khususnya suami, dalam mendampingi proses kehamilan dapat meningkatkan motivasi, mengurangi kecemasan, serta memperkuat kesiapan ibu dalam menghadapi perubahan fisik dan emosional. Penelitian menunjukkan bahwa dukungan emosional dan praktis dari pasangan berkontribusi positif terhadap kesejahteraan ibu dan hasil kehamilan (Sharma *et al.*, 2022).

Keterlibatan pasangan tidak hanya sebatas dalam keputusan merencanakan kehamilan, tetapi juga dalam aktivitas sehari-hari, seperti menemani pemeriksaan antenatal, berbagi tanggung jawab rumah tangga, serta memberikan dukungan moral dan psikologis. Suami yang teredukasi mengenai proses kehamilan cenderung lebih responsif terhadap kebutuhan istri dan lebih proaktif dalam mengakses layanan kesehatan.

Dukungan keluarga besar, seperti orang tua dan saudara, juga memainkan peran penting. Dalam budaya kolektif seperti di Indonesia, keluarga sering kali menjadi sumber utama dalam hal bantuan fisik, emosional, hingga finansial. Kehadiran ibu atau mertua dapat memberikan pengalaman dan bimbingan yang membantu calon ibu melewati masa kehamilan dengan lebih percaya diri, selama dukungan tersebut bersifat positif dan tidak menghambat kemandirian pasangan.

Namun demikian, penting untuk memastikan bahwa dukungan dari keluarga tidak berujung pada tekanan atau campur tangan yang berlebihan. Pasangan suami istri tetap harus menjadi pengambil keputusan utama dalam proses perencanaan kehamilan. Oleh karena itu, diperlukan komunikasi yang sehat dan terbuka antara pasangan dengan anggota keluarga untuk mencegah konflik dan memastikan dukungan yang seimbang.

Tenaga kesehatan, khususnya bidan, memiliki peran dalam membina komunikasi yang harmonis antara pasangan dan keluarga. Edukasi keluarga secara menyeluruh dapat meningkatkan pemahaman kolektif mengenai pentingnya kehamilan yang direncanakan dan didukung bersama. Kegiatan seperti kelas ibu hamil atau konseling keluarga prakonsepsi dapat menjadi sarana edukatif yang efektif.

Dengan demikian, dukungan pasangan dan keluarga bukan sekedar aspek tambahan, tetapi merupakan bagian integral dari keberhasilan perencanaan kehamilan. Dukungan ini harus bersifat memberdayakan, menghargai keputusan pasangan, dan memperkuat ketahanan ibu dalam menjalani kehamilan yang sehat dan bermakna.

RANGKUMAN

Perencanaan kehamilan merupakan proses sadar dan terencana yang dilakukan pasangan untuk memastikan kehamilan terjadi dalam kondisi optimal, meliputi aspek kesehatan fisik, psikologis, sosial, dan ekonomi. Proses ini mencakup pengambilan keputusan bersama mengenai jumlah anak, jarak antar kehamilan, serta strategi untuk menurunkan risiko komplikasi. Keberhasilan perencanaan kehamilan bergantung pada kesadaran pasangan, skrining kesehatan prakonsepsi, edukasi risiko kesehatan, serta keterlibatan aktif tenaga kesehatan, khususnya bidan, dalam memberikan informasi yang akurat dan edukatif.

Kesiapan fisik calon ibu menjadi fondasi utama dalam persiapan kehamilan. Pemeriksaan kesehatan menyeluruh termasuk status gizi, tekanan darah, kadar hemoglobin, infeksi menular seksual, dan penyakit kronis perlu dilakukan untuk mendeteksi dini risiko yang dapat memengaruhi kehamilan. Selain itu, kesiapan psikologis juga sangat penting karena kondisi mental yang stabil memengaruhi adaptasi ibu terhadap perubahan fisiologis, emosional, dan peran baru dalam keluarga. Intervensi psikologis melalui konseling dan dukungan lingkungan menjadi bagian integral dari layanan prakonsepsi.

Aspek finansial dan sosial menjadi penopang penting dalam perencanaan kehamilan. Kesiapan finansial mencakup kemampuan memenuhi biaya pemeriksaan, persalinan, perawatan bayi, serta kebutuhan dasar lainnya, sementara kesiapan sosial mencakup dukungan dari pasangan, keluarga, dan komunitas. Lingkungan sosial yang positif dan keterlibatan laki-laki dalam mendukung kehamilan terbukti meningkatkan hasil kehamilan serta menurunkan risiko komplikasi maternal dan neonatal. Perencanaan finansial dan sosial yang matang berperan dalam menciptakan stabilitas rumah tangga dan kesejahteraan ibu.

Penentuan waktu ideal kehamilan juga menjadi bagian penting dari perencanaan. Kehamilan sebaiknya terjadi pada usia 20–35 tahun dengan interval antar kehamilan 24–59 bulan untuk mengurangi risiko komplikasi bagi ibu dan janin. Faktor kesehatan, penyakit kronis, status sosial, psikologis, dan karier perlu dipertimbangkan secara individual. Dukungan pasangan dan keluarga memperkuat kesiapan ibu, memperlancar

akses layanan kesehatan, dan meningkatkan keberhasilan kehamilan. Pendekatan holistik dan komunikasi yang harmonis menjadi kunci dalam perencanaan kehamilan yang sehat dan bermakna.

EVALUASI

1. Jelaskan pengertian perencanaan kehamilan dan tujuan utamanya dalam konteks kesehatan reproduksi!
2. Jelaskan faktor-faktor yang harus dipertimbangkan pasangan sebelum merencanakan kehamilan!
3. Mengapa skrining kesehatan prakonsepsi penting bagi calon ibu dan calon ayah?
4. Sebutkan minimal tiga aspek kesiapan fisik yang harus dinilai sebelum kehamilan!
5. Bagaimana status gizi calon ibu memengaruhi keberhasilan kehamilan dan kesehatan janin?
6. Apa peran bidan dalam membantu pasangan merencanakan kehamilan sehat?
7. Mengapa perencanaan finansial menjadi bagian penting dari persiapan kehamilan?
8. Bagaimana peran pasangan, khususnya suami, dalam mendukung kehamilan sehat?
9. Jelaskan strategi modifikasi gaya hidup yang harus dilakukan calon ibu sebelum hamil!
10. Bagaimana penyakit kronis seperti diabetes atau hipertensi memengaruhi perencanaan kehamilan?
11. Seorang calon ibu berusia 19 tahun ingin hamil, namun memiliki status gizi kurang dan anemia. Bagaimana intervensi prakonsepsi yang tepat?
12. Seorang calon ibu memiliki hipertensi kronis. Apa strategi perencanaan kehamilan yang aman?
13. Calon ibu berusia 36 tahun dan ingin hamil pertama kali. Bagaimana risiko dan saran klinis yang diberikan?
14. Seorang ibu sebelumnya mengalami keguguran spontan dua kali. Bagaimana skrining dan persiapan kehamilan selanjutnya?
15. Pasangan tidak memiliki kesiapan finansial untuk kehamilan. Bagaimana konseling dan perencanaan realistis yang dapat diberikan?
16. Seorang calon ibu mengonsumsi obat anti-kejang. Bagaimana penyesuaian pengobatan sebelum kehamilan?
17. Seorang calon ibu dengan gangguan tiroid ingin hamil. Bagaimana manajemen kesehatan sebelum konsepsi?
18. Pasangan ingin mengetahui waktu kehamilan terbaik sambil menyesuaikan karier dan pendidikan. Bagaimana konseling yang efektif?
19. Seorang calon ibu memiliki kekurangan asam folat dan zat besi. Bagaimana intervensi gizi sebelum kehamilan?
20. Pasangan ingin memiliki anak kedua tetapi bayi pertama lahir prematur. Bagaimana rencana interval kehamilan dan persiapan medis?

TOPIK 3

PEMERIKSAAN FISIK DAN SKRINING PRAKONSEPSI

A. Tujuan Pemeriksaan Fisik Prakonsepsi

- a. Deteksi Dini Faktor Risiko Medis yang Dapat Mempengaruhi Kehamilan
Pemeriksaan fisik prakonsepsi bertujuan mengidentifikasi kondisi medis yang sudah ada atau laten (mis. hipertensi, penyakit jantung, gangguan tiroid, diabetes) yang dapat memperburuk perjalanan kehamilan. Deteksi dini memungkinkan intervensi, obat, rujukan, atau modifikasi terapi, sebelum konsepsi sehingga mengurangi risiko komplikasi maternal dan janin.
- b. Optimasi Status Kesehatan Sebelum Konsepsi
Hasil pemeriksaan menjadi dasar untuk mengoreksi masalah yang dapat diintervensi (mis. anemia, obesitas, infeksi), sehingga calon ibu memasuki kehamilan dalam kondisi nutrisi dan fisiologi yang lebih baik. Optimasi ini terbukti menurunkan kejadian prematuritas, BBLR, dan komplikasi obstetrik.
- c. Pemberian Baseline Klinis untuk Pemantauan Selama Kehamilan
Pengukuran tanda vital, berat badan, IMT, dan temuan pemeriksaan lain sebelum hamil berfungsi sebagai titik acuan. Perbandingan selama kehamilan memudahkan tenaga kesehatan membedakan kondisi kronis dari perubahan yang berhubungan dengan kehamilan (mis. hipertensi kronis vs hipertensi gestasional).
- d. Pencegahan Transmisi Penyakit dan Perlindungan Janin
Pemeriksaan fisik bersama skrining serologis/penapisan memungkinkan identifikasi kondisi yang memerlukan penatalaksanaan (contoh: pengobatan sifilis, vaksinasi rubella sebelum hamil) sehingga mencegah dampak teratogenik atau transmisi vertikal.
- e. Edukasi dan Konseling Kesehatan yang Kontekstual
Proses pemeriksaan adalah kesempatan untuk menyampaikan pesan promotif yaitu nutrisi, vaksinasi, penghentian rokok/alkohol, serta rencana perencanaan keluarga, yang disesuaikan hasil pemeriksaan individual. Edukasi ini meningkatkan kepatuhan dan kesiapan pasangan.
- f. Penilaian Aspek Psikososial dan Rujukan Multidisipliner
Pemeriksaan fisik idealnya disertai penilaian psikososial (stres, dukungan keluarga, riwayat kekerasan). Bila ditemukan isu yang memerlukan keahlian lain, hasil pemeriksaan memfasilitasi rujukan ke spesialis (mis. kardiologi, endokrinologi, psikologi).

B. Komponen Pemeriksaan Fisik Menyeluruh

a. Status Umum dan Tanda Vital

Meliputi pengukuran berat badan, tinggi badan, perhitungan IMT, tekanan darah, frekuensi nadi dan pernapasan. Nilai-nilai ini menilai status gizi, risiko kardiovaskular, dan baseline fungsi fisiologis yang relevan untuk kehamilan (mis. IMT tinggi berhubungan dengan risiko diabetes gestasional).

b. Pemeriksaan Kepala – Leher dan Mulut

Inspeksi gigi/gusi (kesehatan mulut berhubungan dengan risiko preterm), pemeriksaan tiroid (pembesaran, gangguan fungsi), dan pemeriksaan kelenjar getah bening bila perlu. Kelainan kecil di area ini dapat memberi petunjuk kondisi sistemik yang harus ditindaklanjuti.

c. Pemeriksaan Kardiopulmonal

Auskultasi jantung untuk murmur/aritmia dan pemeriksaan paru untuk ronkhi/asthma. Kelainan kardiopulmonal harus dikenali karena adaptasi hemodinamika kehamilan dapat memperberat kondisi pre-eksisting. Untuk temuan abnormal, diperlukan investigasi lebih lanjut (EKG, ekokardiografi).

d. Pemeriksaan Abdomen dan Organ Reproduksi

Inspeksi abdomen (operasi sebelumnya, hernia), palpasi untuk massa, serta pemeriksaan payudara. Untuk organ reproduksi Wanita, inspeksi genital eksternal, speculum/pap smear bila indikasi, dan pemeriksaan bimanual jika dicurigai kelainan struktural (mis. mioma besar, adhesi). Pemeriksaan ini menilai kesiapan anatomi dan indikasi penanganan sebelum hamil.

e. Pemeriksaan Neurologis, Muskuloskeletal, dan Kulit

Skrining neurologis singkat (refleks, sensasi), pemeriksaan muskuloskeletal (postur, nyeri punggung yang mungkin mempengaruhi persalinan), serta pemeriksaan kulit untuk lesi yang menandakan infeksi menular atau penyakit sistemik. Temuan ini memberi masukan tentang kebutuhan perencanaan obstetrik dan rehabilitasi bila diperlukan.

f. Dokumentasi, Penilaian Risiko Kumulatif, dan Rekomendasi

Setiap temuan harus dicatat sebagai bagian dari rekam medis prakonsepsi, dinilai dalam konteks risiko kumulatif, dan diikuti rekomendasi tindakan (pengobatan, vaksinasi, rujukan). Pendekatan menyeluruh meminimalkan kemungkinan terlewatnya faktor risiko penting.

C. Pemeriksaan Laboratorium Dasar

a. Hitung Darah Lengkap (Hb, Ht, RBC, WBC, Trombosit)

Pemeriksaan ini utama untuk mendeteksi anemia, infeksi, atau kelainan hematologi. Anemia prakonsepsi harus dikoreksi (mis. suplementasi zat besi) karena berdampak pada risiko transfusi, prematuritas, dan BBLR.

- b. Gula Darah (puasa) dan / atau HbA1c
Skrining glukosa berguna untuk mengidentifikasi diabetes terdiagnosis atau prediabetes yang memerlukan stabilisasi sebelum konsepsi, karena hiperglikemia perikonsepsi berisiko menyebabkan malformasi kongenital.
- c. Fungsi Hati dan Ginjal (AST / ALT, Kreatinin)
Menilai organ yang terlibat metabolisme obat dan homeostasis; gangguan fungsi dapat memengaruhi pilihan obat yang aman selama kehamilan dan memerlukan modifikasi terapi sebelum hamil.
- d. Golongan Darah dan Rhesus (ABO / Rh) serta Pemeriksaan Antibodi
Mengetahui status Rh penting untuk pencegahan isoimunisasi pada kehamilan berikutnya; pasangan Rhesus negatif memerlukan strategi pencegahan jika risiko imunisasi/alloimunisasi muncul.
- e. Serologi Infeksi Dasar
Deteksi infeksi yang dapat memengaruhi janin memungkinkan pengobatan atau rencana pencegahan (vaksinasi rubella/HBsAg, atau terapi antiretroviral untuk HIV) sebelum kehamilan dilanjutkan.
- f. Pemeriksaan Urin dan Tes Fungsi Tiroid
Urinalisis untuk infeksi saluran kemih atau proteinuria awal; pemeriksaan tiroid penting pada gangguan menstruasi, infertilitas, atau riwayat gangguan tiroid karena pengaruhnya terhadap ovulasi dan perkembangan neurokognitif janin.

D. Skrining Penyakit Menular dan Tidak Menular

- a. Skrining IMS (HIV, Sifilis, Hepatitis B/C, Clamydia/gonore bila indikasi)
Identifikasi IMS sebelum hamil adalah prioritas untuk mencegah transmisi vertikal dan komplikasi obstetrik. Pengobatan dan/atau strategi pencegahan (mis. ART untuk HIV, vaksinasi hepatitis B untuk bayi) harus disiapkan sebelum konsepsi.
- b. Skrining TORCH pada Kasus Tertentu
TORCH (Toxoplasma, Rubella, CMV, Herpes) relevan jika riwayat paparan atau gejala; rubella seronegatif harus divaksinasi dan menunda kehamilan sampai imunitas terbentuk. Skrining terarah mencegah kelahiran dengan kelainan kongenital yang berat.
- c. Skrining untuk Penyakit Tidak Menular
Penyakit tidak menular perlu terdeteksi karena memerlukan stabilisasi (kontrol gula, tekanan darah, berat badan) untuk mengurangi risiko preeklamsia, diabetes gestasional, serta komplikasi vaskular pada kehamilan.
- d. Skrining Genetik Bila Ada Riwayat Keluarga atau Berdarah Kosanguin
Pemeriksaan pembawa sifat (*carrier screening*) untuk talasemia, hemoglobinopati, atau kondisi autosomal resesif lain wajib dipertimbangkan bila ada riwayat keluarga. Konseling genetik membantu pasangan memahami risiko dan opsi (diagnostik pranatal atau asistensi reproduksi).

e. Skrining Kesehatan Mental dan Kesejahteraan Sosial

Skrining depresi, kecemasan, dan faktor risiko sosial (kekerasan, dukungan buruk, kemiskinan) diperlukan karena kesehatan mental ibu memengaruhi kepatuhan pengobatan, akses layanan, dan hasil kehamilan.

f. Pendekatan Berbasis Risiko dan Kontekstual

Skrining sebaiknya disesuaikan dengan prevalensi lokal, riwayat individu, serta sumber daya menggunakan pendekatan terarah bila sumber terbatas. Hasil skrining menentukan intervensi prioritas.

RANGKUMAN

Pemeriksaan fisik dan skrining prakonsepsi merupakan langkah penting untuk memastikan calon ibu memasuki kehamilan dalam kondisi optimal. Tujuan utama pemeriksaan ini meliputi deteksi dini faktor risiko medis yang dapat memengaruhi perjalanan kehamilan, optimasi status kesehatan sebelum konsepsi, serta pemberian baseline klinis untuk pemantauan selama kehamilan. Selain itu, pemeriksaan prakonsepsi juga berfungsi mencegah transmisi penyakit dan memberikan perlindungan bagi janin, sekaligus menjadi kesempatan bagi tenaga kesehatan untuk memberikan edukasi, konseling, dan penilaian psikososial yang kontekstual, serta menentukan rujukan multidisipliner bila diperlukan.

Komponen pemeriksaan fisik prakonsepsi mencakup evaluasi status umum dan tanda vital, pemeriksaan kepala, leher, dan mulut, kardiopulmonal, abdomen serta organ reproduksi, serta pemeriksaan neurologis, muskuloskeletal, dan kulit. Setiap temuan dicatat secara sistematis dalam rekam medis, dianalisis dalam konteks risiko kumulatif, dan diikuti rekomendasi tindakan. Pemeriksaan fisik menyeluruh ini membantu tenaga kesehatan dalam mengidentifikasi kondisi yang dapat dikoreksi sebelum kehamilan, seperti anemia, obesitas, atau infeksi, sehingga meminimalkan risiko komplikasi obstetrik dan neonatal.

Skrining laboratorium dasar menjadi bagian integral dari asuhan prakonsepsi, meliputi pemeriksaan darah lengkap, gula darah puasa atau HbA1c, fungsi hati dan ginjal, golongan darah dan rhesus, serologi infeksi, urin, serta fungsi tiroid. Pemeriksaan ini memungkinkan identifikasi anemia, infeksi, gangguan metabolik, status imunisasi, serta kelainan tiroid yang dapat memengaruhi ovulasi dan perkembangan janin. Hasil skrining laboratorium menjadi dasar intervensi preventif maupun kuratif yang ditargetkan sebelum konsepsi, sehingga meningkatkan peluang kehamilan yang sehat dan menurunkan risiko kelainan kongenital.

Selain pemeriksaan fisik dan laboratorium, skrining penyakit menular dan tidak menular merupakan aspek krusial dalam asuhan prakonsepsi. Skrining IMS, TORCH, penyakit tidak menular, serta skrining genetik bila ada riwayat keluarga atau darah konsanguin menjadi strategi untuk mengurangi risiko komplikasi pada ibu dan janin. Penilaian kesehatan mental dan kesejahteraan sosial juga dilakukan untuk mendeteksi depresi, kecemasan, atau kondisi sosial yang dapat memengaruhi kepatuhan terhadap

intervensi medis. Pendekatan skrining berbasis risiko dan kontekstual memastikan intervensi prioritas tepat sasaran sesuai kebutuhan individu dan sumber daya yang tersedia.

EVALUASI

1. Jelaskan tujuan utama pemeriksaan fisik prakonsepsi dalam konteks kesehatan reproduksi!
2. Sebutkan faktor risiko medis yang perlu dideteksi sebelum kehamilan dan dampaknya terhadap ibu dan janin!
3. Mengapa edukasi gaya hidup sehat termasuk dalam pemeriksaan prakonsepsi?
4. Jelaskan pentingnya penilaian psikososial dalam asuhan prakonsepsi!
5. Sebutkan komponen pemeriksaan fisik menyeluruh pada calon ibu sebelum hamil!
6. Jelaskan peran pemeriksaan kepala, leher, dan mulut dalam skrining prakonsepsi!
7. Jelaskan peran pemeriksaan gula darah puasa atau HbA1c pada calon ibu prakonsepsi!
8. Sebutkan penyakit menular yang perlu disaring sebelum kehamilan dan alasannya!
9. Apa itu skrining TORCH dan kapan perlu dilakukan pada calon ibu?
10. Sebutkan aspek kesehatan mental yang perlu dinilai dalam prakonsepsi!
11. Seorang calon ibu berusia 32 tahun dengan riwayat hipertensi ingin hamil. Apa langkah pemeriksaan prakonsepsi yang harus dilakukan dan intervensi yang disarankan?
12. Pasangan ingin hamil tetapi suami diketahui menderita diabetes tipe 2, Bagaimana skrining prakonsepsi pada suami dan dampaknya pada perencanaan kehamilan?
13. Calon ibu berusia 18 tahun ingin hamil. Apa risiko yang perlu dievaluasi dan bagaimana konseling yang sesuai?
14. Seorang Wanita dengan riwayat operasi tiroid ingin hamil. Apa pemeriksaan fisik dan laboratorium yang harus dilakukan sebelum konsepsi?
15. Pasangan dengan riwayat keluarga talasemia ingin memiliki anak. Jelaskan skrining genetik dan konseling yang tepat!
16. Seorang calon ibu HIV positif ingin hamil. Apa skrining dan intervensi yang diperlukan untuk mencegah transmisi vertikal?
17. Calon ibu berusia 36 tahun dengan riwayat keguguran berulang. Apa pemeriksaan prakonsepsi yang perlu dilakukan dan strategi mitigasi risiko?
18. Calon ibu dengan riwayat infeksi rubella belum divaksin. Apa langkah skrining dan vaksinasi sebelum kehamilan?
19. Seorang calon ibu sering mengonsumsi alkohol dan merokok. Bagaimana skrining dan konseling prakonsepsi yang tepat?
20. Seorang calon ibu mengalami stres kronis dan dukungan keluarga rendah. Bagaimana penilaian psikososial dan intervensi yang tepat?

TOPIK 4

EDUKASI DAN KONSELING PERSIAPAN KEHAMILAN SEHAT DAN DENGAN KONDISI KHUSUS

Edukasi dan konseling prakonsepsi merupakan komponen fundamental dalam pelayanan kesehatan reproduksi, yang bertujuan untuk memastikan bahwa setiap perempuan memasuki kehamilan dalam keadaan optimal, baik secara fisik, psikologis, maupun sosial. Dalam konteks kebidanan, pendekatan edukatif dan konseling ini harus dilakukan secara komprehensif, mempertimbangkan kondisi umum maupun khusus yang dapat memengaruhi kehamilan. Edukasi tidak hanya bertumpu pada aspek informasi, tetapi juga pada pemberdayaan individu dan keluarga dalam pengambilan keputusan reproduktif yang bertanggung jawab (Stephenson *et al.*, 2021).

Konseling prakonsepsi berfungsi sebagai sarana untuk mendeteksi faktor risiko, mengoreksi gaya hidup yang tidak sehat, serta meningkatkan kesiapan perempuan dalam menghadapi kehamilan. Pelayanan ini semakin penting Ketika individu memiliki kondisi kesehatan tertentu seperti penyakit menular seksual, HIV, Hepatitis B, atau riwayat komplikasi obstetrik sebelumnya. Pelayanan yang diberikan harus bersifat personal, sensitif terhadap budaya, dan berlandaskan pada prinsip berbasis bukti (WHO, 2023).

A. Perencanaan Keluarga dan Jarak Kehamilan yang Ideal

Perencanaan keluarga merupakan langkah awal dalam menata kesiapan pasangan terhadap kehamilan. Hal ini mencakup pemilihan waktu yang tepat untuk hamil, penundaan kehamilan bagi pasangan yang belum siap, serta pengendalian jumlah anak sesuai dengan kondisi sosial-ekonomi. Perencanaan keluarga yang baik berperan dalam menurunkan angka kehamilan yang tidak direncanakan dan komplikasi obstetrik.

Jarak kehamilan yang ideal memiliki implikasi kesehatan yang signifikan. WHO merekomendasikan jarak minimal 24 bulan antar kehamilan untuk menurunkan risiko kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, dan kematian neonatal. Edukasi terhadap pasangan harus mencakup manfaat dan konsekuensi dari jarak kehamilan yang terlalu pendek maupun terlalu panjang. Konselor kebidanan harus mendorong komunikasi terbuka antara pasangan dalam merencanakan kehamilan yang sehat dan tepat waktu (Conde-Agudelo *et al.*, 2020).

B. Pemilihan dan Edukasi Alat Kontrasepsi

Pemilihan alat kontrasepsi merupakan bagian integral dari edukasi prakonsepsi. Bidan harus memberikan informasi yang akurat mengenai berbagai jenis kontrasepsi, termasuk metode hormonal, non-hormonal, jangka pendek

maupun jangka panjang. Edukasi meliputi efektivitas, efek samping, kontraindikasi, serta kesesuaian dengan kondisi medis tertentu.

Selain aspek medis, pemilihan kontrasepsi juga harus memperhatikan preferensi dan nilai-nilai individu. Dalam hal ini, konseling yang bersifat nondirektif dan berbasis hak reproduksi menjadi krusial. Bagi perempuan dengan penyakit penyerta seperti hipertensi atau diabetes, metode kontrasepsi tertentu mungkin tidak direkomendasikan. Oleh karena itu, pemahaman mengenai kontraindikasi medis harus menjadi bagian dari kompetensi bidan dalam memberikan konseling (ACOG, 2021).

a. Metode Tradisional (Sederhana)

Metode ini tidak menggunakan alat atau bahan medis khusus. Umumnya digunakan berdasarkan pengetahuan lokal atau pengalaman turun-temurun.

- 1) Metode Amenore Laktasi (MAL)
- 2) Metode Senggama Terputus (Coitus Interruptus)
- 3) Metode Kalender (Ogino Knaus)
- 4) Metode Suhu Basal
- 5) Metode Lendir Serviks (Metode Billings)
- 6) Metode Simptothermal

b. Metode Non Hormonal

- 1) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) Tembaga
- 2) Kondom Pria
- 3) Kondom Wanita
- 4) Diafragma
- 5) *Cervical Cap* (Tutupan Serviks)
- 6) Spons Kontrasepsi (*Contraceptive Sponge*)

c. Metode Hormonal

- 1) Pil Kombinasi (*Combined Oral Contraceptives*)
- 2) Pil Progestin Saja (*Progestin-Only Pills / POPs*)
- 3) Suntik Kombinasi (*Monthly Injection*)
- 4) Suntik rogestin Saja (Depo-Provera / 3 Bulanan)
- 5) Implant
- 6) Patch (Transdermal Contraceptive Patch)
- 7) Cincin Vagina (Vaginal Ring)

d. Metode Permanen (Sterilisasi)

- 1) Tubektomi
- 2) Vasektomi

C. Pencegahan Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)

Kehamilan tidak diinginkan (KTD) masih menjadi tantangan kesehatan masyarakat yang berdampak pada morbiditas ibu dan anak. Edukasi dan konseling berperan penting dalam mencegah KTD, terutama pada remaja dan perempuan usia subur. Pendekatan yang dilakukan harus bersifat preventif, inklusif, dan berbasis komunitas.

KTD seringkali berkorelasi dengan rendahnya akses terhadap kontrasepsi, pendidikan seksual yang tidak memadai, serta kekerasan seksual. Bidan sebagai pemberi layanan primer memiliki peran strategis dalam memberikan edukasi berbasis bukti tentang perlindungan diri, kontrasepsi darurat, serta merujuk perempuan yang mengalami KTD ke layanan yang sesuai dengan hukum dan etika (UNFPA, 2023).

D. Persiapan Kehamilan Pada Ibu dengan Kondisi Khusus

a. Penyakit Menular Seksual (PMS)

PMS dapat meningkatkan risiko infertilitas, kehamilan ektopik, dan transmisi vertikal. Edukasi kepada perempuan dengan riwayat PMS meliputi pentingnya pengobatan tuntas sebelum kehamilan, skrining partner seksual, serta praktik hubungan seksual yang aman. Konseling harus disertai pendekatan empatik dan bebas stigma.

b. HIV / AIDS

Perempuan dengan HIV memerlukan konseling prakonsepsi yang komprehensif untuk menurunkan risiko transmisi ke janin. Penggunaan ART (antiretroviral therapy) yang tepat dapat menurunkan risiko transmisi menjadi <1%. Edukasi mencakup kepatuhan terhadap pengobatan, pilihan metode persalinan, dan pemberian ASI yang aman.

c. Hepatitis B (HbSAg Positif)

Hepatitis B dapat ditransmisikan dari ibu ke anak selama proses persalinan. Konseling meliputi pentingnya imunisasi bayi segera setelah lahir, penggunaan antivirus bila diperlukan, serta pemantauan fungsi hati ibu. Edukasi juga perlu mencakup penghindaran konsumsi zat hepatotoksik selama prakonsepsi.

d. Riwayat Komplikasi Obstetrik Sebelumnya

Perempuan dengan riwayat preeklamsia, perdarahan, atau kelahiran prematur memerlukan perencanaan kehamilan yang lebih intensif. Evaluasi faktor risiko dan rujukan ke fasilitas pelayanan lanjutan perlu dipertimbangkan. Edukasi harus mencakup pentingnya kontrol antenatal dini dan rencana persalinan terstruktur.

E. Pemilihan Kontrasepsi Berdasarkan Kondisi Medis Tertentu

a. Perempuan dengan Hipertensi Tidak Terkontrol

Hipertensi yang tidak terkontrol meningkatkan risiko komplikasi kardiovaskular, khususnya jika menggunakan kontrasepsi hormonal kombinasi yang mengandung estrogen. Estrogen dapat meningkatkan tekanan darah dan memperbesar risiko stroke atau infark miokard pada perempuan hipertensi. Oleh karena itu, metode kontrasepsi yang direkomendasikan untuk kondisi ini adalah metode non-estrogenik seperti alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR/IUD), kondom, atau implan progestin. Metode-metode ini tidak

memengaruhi tekanan darah secara langsung dan dinilai lebih aman dalam jangka panjang

b. Perempuan dengan Diabetes Mellitus

Pada perempuan dengan diabetes, khususnya jika telah terjadi komplikasi vaskular (misalnya retinopati atau nefropati), kontrasepsi hormonal kombinasi sebaiknya dihindari karena dapat memperburuk kondisi vaskular. Pilihan kontrasepsi yang lebih aman meliputi IUD, implan, atau kondom. Metode-metode ini tidak menimbulkan efek metabolik yang signifikan dan tidak mengganggu kontrol glukosa darah. Bagi perempuan dengan diabetes yang terkontrol dan tanpa komplikasi, metode hormonal progestin tunggal (seperti implan atau suntikan DMPA) dapat dipertimbangkan dengan pengawasan ketat.

c. Perempuan dengan HIV Positif

Bagi perempuan dengan HIV positif, kontrasepsi harus mempertimbangkan interaksi antara obat antiretroviral dan hormon kontrasepsi. Pil kombinasi kadang-kadang dapat mengalami penurunan efektivitas karena interaksi farmakokinetik dengan antiretroviral tertentu. Kondom harus selalu direkomendasikan baik sebagai metode utama maupun tambahan untuk mencegah penularan HIV. IUD dapat digunakan dengan aman apabila infeksi HIV terkendali dan tidak terdapat infeksi panggul aktif. Implan progestin juga menjadi pilihan yang efektif, dengan catatan monitoring terhadap interaksi obat tetap dilakukan.

d. Ibu Menyusui di Bawah Enam Bulan

Estrogen diketahui dapat menghambat produksi ASI, sehingga metode kontrasepsi kombinasi estrogen-progestin tidak dianjurkan pada ibu menyusui bayi berusia di bawah enam bulan. Sebagai gantinya, metode progestin-only seperti implan dan suntikan DMPA menjadi pilihan utama karena tidak memengaruhi laktasi. IUD juga aman digunakan pada periode ini, terutama setelah masa nifas selesai dan rahim telah kembali ke kondisi normal.

e. Perempuan dengan Riwayat Trombosis Vena Dalam (DVT)

Penggunaan kontrasepsi yang mengandung estrogen sangat kontraindikasi bagi perempuan dengan riwayat trombosis vena dalam karena estrogen meningkatkan risiko pembekuan darah. Oleh karena itu, metode yang direkomendasikan meliputi kontrasepsi non-hormonal seperti IUD dan metode penghalang seperti kondom. Implan progestin atau suntikan progestin-only dapat digunakan dengan kehati-hatian dan evaluasi risiko-manfaat oleh tenaga medis yang kompeten.

F. Edukasi Imunisasi dan Suplementasi Prakonsepsi

Imunisasi prakonsepsi meliputi vaksin TT, Rubella, Hepatitis B, dan HPV. Edukasi difokuskan pada perlindungan janin dari infeksi kongenital yang berisiko tinggi. Vaksin rubella sebelum kehamilan penting untuk mencegah Sindrom Rubella Kongenital. Edukasi juga harus memperjelas kapan imunisasi sebaiknya diberikan dan kontraindikasinya.

Suplementasi asam folat sebelum kehamilan telah terbukti menurunkan risiko cacat tabung saraf hingga 70%. Selain asam folat, zat besi dan vitamin D juga penting bagi perempuan dengan risiko anemia dan defisiensi. Konseling harus menjelaskan dosis, waktu pemberian, serta kepatuhan konsumsi harian (WHO, 2023).

G. Dukungan Keluarga dan Sosial Dalam Persiapan Kehamilan

Faktor keluarga dan dukungan sosial memiliki kontribusi signifikan terhadap keberhasilan kehamilan yang sehat. Edukasi tidak hanya ditujukan kepada calon ibu, tetapi juga kepada pasangan dan anggota keluarga lainnya. Keterlibatan pasangan meningkatkan kepatuhan terhadap intervensi prakonsepsi dan menciptakan lingkungan yang mendukung.

Dukungan sosial juga berperan dalam mengatasi stres, meningkatkan status nutrisi, serta akses terhadap layanan kesehatan. Bidan harus mendorong pendekatan keluarga dalam setiap sesi edukasi dan konseling, terutama dalam budaya yang menempatkan keputusan reproduksi pada struktur keluarga besar (Lee *et al.*, 2021).

RANGKUMAN

Edukasi dan konseling prakonsepsi merupakan komponen esensial dalam pelayanan kesehatan reproduksi yang bertujuan memastikan perempuan memasuki kehamilan dalam kondisi optimal secara fisik, psikologis, dan sosial. Pendekatan ini harus bersifat komprehensif, memperhatikan kondisi umum maupun khusus yang dapat memengaruhi kehamilan, serta menekankan pemberdayaan individu dan keluarga dalam pengambilan keputusan reproduktif yang bertanggung jawab. Konseling prakonsepsi juga berfungsi untuk mendeteksi faktor risiko, memperbaiki gaya hidup tidak sehat, dan meningkatkan kesiapan perempuan menghadapi kehamilan, terutama pada kondisi medis tertentu seperti penyakit menular seksual, HIV, Hepatitis B, atau riwayat komplikasi obstetrik.

Perencanaan keluarga dan jarak kehamilan yang ideal menjadi bagian penting dari edukasi prakonsepsi. Perencanaan ini mencakup pemilihan waktu yang tepat untuk hamil, pengendalian jumlah anak sesuai kondisi sosial-ekonomi, serta penundaan kehamilan bila pasangan belum siap. Jarak kehamilan minimal 24 bulan dianjurkan untuk menurunkan risiko kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, dan kematian neonatal. Konselor kebidanan harus mendorong komunikasi terbuka antara pasangan dalam merencanakan kehamilan yang sehat, termasuk edukasi terkait pemilihan kontrasepsi, efektivitas, efek samping, kontraindikasi, dan kesesuaian metode dengan kondisi medis individu.

Persiapan kehamilan pada perempuan dengan kondisi khusus memerlukan perhatian khusus. Pada perempuan dengan penyakit menular seksual, HIV, atau Hepatitis B, edukasi mencakup pengobatan tuntas, skrining pasangan, serta praktik hubungan seksual aman untuk mencegah komplikasi dan transmisi vertikal. Perempuan dengan riwayat komplikasi obstetrik, hipertensi, diabetes, trombotik, atau ibu menyusui memerlukan pemilihan metode kontrasepsi yang aman dan sesuai kondisi medis. Edukasi imunisasi prakonsepsi (TT, Rubella, Hepatitis B, HPV) dan suplementasi (asam folat, zat besi, vitamin D) penting untuk mencegah infeksi kongenital dan defisiensi nutrisi yang berisiko bagi ibu dan janin.

Dukungan keluarga dan sosial memiliki peran penting dalam keberhasilan persiapan kehamilan. Edukasi dan konseling sebaiknya melibatkan pasangan dan anggota keluarga lain untuk meningkatkan kepatuhan terhadap intervensi prakonsepsi, menciptakan lingkungan yang mendukung, serta mengurangi stres dan hambatan dalam akses layanan kesehatan. Pendekatan berbasis keluarga juga menekankan keterlibatan aktif dalam pengambilan keputusan reproduksi dan pemeliharaan kesehatan sebelum dan selama kehamilan. Hal ini memperkuat efektivitas edukasi dan konseling prakonsepsi dalam menciptakan kehamilan yang aman dan sehat.

EVALUASI

1. Jelaskan konsep perencanaan kehamilan dan tujuan utamanya dalam konteks kesehatan reproduksi!
2. Apa saja faktor yang harus dipertimbangkan dalam menentukan kesiapan fisik calon ibu sebelum konsepsi?
3. Apa tujuan utama pemeriksaan fisik prakonsepsi terkait optimasi status kesehatan calon ibu?
4. Apa hubungan antara jarak kehamilan dan risiko kelahiran prematur serta berat lahir rendah?
5. Sebutkan dan jelaskan perbedaan utama antara metode kontrasepsi hormonal dan non-hormonal!
6. Jelaskan peran imunisasi prakonsepsi dalam mencegah risiko kongenital pada janin!
7. Jelaskan pertimbangan medis dalam pemilihan metode kontrasepsi untuk perempuan dengan hipertensi!
8. Apa rekomendasi WHO mengenai rentang usia ideal untuk kehamilan pertama dan alasannya?
9. Sebutkan risiko yang mungkin terjadi pada kehamilan di usia <20 tahun dan >35 tahun?
10. Jelaskan pentingnya dukungan sosial dan keluarga dalam keberhasilan kehamilan yang sehat!
11. Seorang perempuan berusia 19 tahun ingin hamil, namun memiliki status gizi kurang. Bagaimana konseling prakonsepsi yang tepat?

12. Seorang perempuan berusia 36 tahun merencanakan kehamilan pertama. Jelaskan risiko dan strategi skrining yang perlu dilakukan!
13. Pasangan ingin menunda kehamilan kedua selama 18 bulan, bagaimana saran jarak kehamilan menurut bukti terbaru?
14. Seorang perempuan HIV positif ingin hamil. Jelaskan langkah-langkah konseling prakonsepsi untuk menurunkan risiko transmisi ke janin!
15. Seorang perempuan memiliki hipertensi tidak terkontrol. Apa metode kontrasepsi yang direkomendasikan dan alasan medisnya?
16. Pasangan memiliki anak pertama prematur dan ingin kehamilan berikutnya. Bagaimana edukasi jarak kehamilan yang tepat?
17. Pasangan remaja mengalami kehamilan tidak direncanakan. Bagaimana pendekatan edukasi dan konseling yang etis dan efektif?
18. Seorang calon ibu dengan Hepatitis B ingin hamil. Apa langkah edukasi dan intervensi prakonsepsi yang harus dilakukan?
19. Pasangan ingin menggunakan metode kontrasepsi non-hormonal jangka panjang. Apa pilihan dan keuntungan masing-masing metode?
20. Pasangan memiliki tekanan sosial tinggi dan kurang dukungan keluarga. Bagaimana strategi konseling prakonsepsi untuk memastikan kesiapan kehamilan?

TOPIK 5

ANAMNESIS RISIKO PENYAKIT GENETIK

A. Pentingnya Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga memiliki peran yang sangat signifikan dalam proses identifikasi risiko penyakit genetik. Informasi ini memungkinkan tenaga kesehatan, khususnya bidan dan dokter, untuk menilai pola kejadian penyakit yang berulang dalam suatu garis keturunan. Dengan mengetahui riwayat kesehatan keluarga, tenaga medis dapat mengidentifikasi potensi adanya kelainan genetik yang mungkin diturunkan dari generasi sebelumnya, sehingga upaya pencegahan atau deteksi dini dapat dilakukan secara lebih efektif (Smith *et al.*, 2021).

Riwayat kesehatan keluarga juga berfungsi sebagai salah satu komponen penting dalam skrining prakonsepsi. Melalui informasi ini, dapat diketahui apakah calon ibu atau ayah memiliki riwayat penyakit tertentu seperti talasemia, hemofilia, kanker payudara, atau kelainan metabolik yang dapat memengaruhi keturunan (WHO, 2022). Hal ini memberikan dasar bagi penyusunan strategi perencanaan kehamilan yang lebih aman dan terarah.

Selain itu, pencatatan riwayat kesehatan keluarga membantu mengungkap kemungkinan adanya penyakit multifaktorial yang melibatkan interaksi genetik dan lingkungan. Contohnya, diabetes melitus tipe 2 atau hipertensi sering kali menunjukkan kecenderungan familial, di mana faktor genetik dan gaya hidup saling berinteraksi dalam memengaruhi risiko penyakit (Zhao *et al.*, 2021). Dengan demikian, informasi ini tidak hanya bermanfaat untuk pencegahan penyakit genetik tunggal, tetapi juga untuk penyakit kompleks yang dipengaruhi oleh faktor ganda.

Penggalan informasi riwayat kesehatan keluarga juga memungkinkan tenaga medis untuk mengidentifikasi kebutuhan skrining tambahan, seperti pemeriksaan DNA atau tes laboratorium khusus. Langkah ini sangat relevan ketika ditemukan indikasi kuat adanya kelainan genetik yang dapat berimplikasi serius pada kesehatan keturunan (American College of Medical Genetics, 2023).

Dengan demikian, pencatatan dan analisis riwayat kesehatan keluarga bukan sekadar formalitas administrasi, melainkan bagian integral dari upaya promotif dan preventif dalam pelayanan kesehatan reproduksi. Hal ini selaras dengan prinsip kedokteran berbasis bukti (*evidence-based medicine*) yang menekankan pentingnya pengumpulan data akurat sebelum menetapkan diagnosis atau intervensi.

B. Identifikasi Faktor Risiko Genetik

Identifikasi faktor risiko genetik merupakan langkah penting dalam pelayanan kesehatan prakonsepsi yang bertujuan untuk menemukan kondisi atau kelainan bawaan yang dapat memengaruhi kesehatan calon ibu, janin, atau keturunan di masa depan. Proses ini dilakukan dengan mengumpulkan informasi secara menyeluruh mengenai riwayat kesehatan keluarga, hasil pemeriksaan genetik, serta faktor lain yang dapat memperbesar atau memperkecil risiko terjadinya penyakit genetik.

Tahap pertama dalam identifikasi adalah **menelusuri riwayat kesehatan keluarga** setidaknya hingga tiga generasi ke belakang. Informasi ini mencakup adanya kelainan bawaan, penyakit kronis yang diturunkan, gangguan tumbuh kembang, atau riwayat kematian bayi dan anak. Data tersebut sangat penting untuk menilai kemungkinan adanya pola pewarisan genetik tertentu, misalnya penyakit autosomal dominan, autosomal resesif, atau terkait kromosom X. **Konsanguinitas** atau pernikahan antar kerabat secara konsisten terbukti meningkatkan risiko penyakit dengan pola pewarisan autosomal resesif. Hal ini disebabkan meningkatnya probabilitas kedua pasangan membawa alel resesif yang identik. Studi berbasis populasi, termasuk yang diarsipkan di PubMed Central (PMC), menunjukkan peningkatan insiden penyakit resesif pada anak dari pasangan konsanguin

Selain predisposisi genetik murni, terdapat **faktor lingkungan** dan kondisi medis yang dapat memodifikasi risiko. Misalnya, usia ibu >35 tahun meningkatkan kemungkinan aneuploidi, sedangkan usia ayah >40 tahun dikaitkan dengan meningkatnya mutasi de novo. Faktor lain meliputi obesitas maternal, diabetes yang tidak terkontrol, defisiensi nutrisi (seperti asam folat), dan paparan zat teratogenik

Tahap berikutnya adalah **pemeriksaan penunjang genetik**. Pemeriksaan ini dapat meliputi analisis kromosom (kariotipe), pemeriksaan DNA, atau tes pembawa sifat (*carrier screening*) untuk mendeteksi kelainan yang tidak tampak secara klinis namun dapat diturunkan. Pemeriksaan tersebut bermanfaat untuk memastikan diagnosis dan memberikan informasi akurat mengenai kemungkinan risiko terhadap keturunan.

Selain itu, **penilaian faktor non-genetik yang memodifikasi risiko** juga penting dilakukan. Faktor-faktor ini meliputi paparan zat berbahaya di lingkungan, status gizi, usia orang tua, riwayat penyakit infeksi, serta gaya hidup yang dapat memengaruhi ekspresi genetik atau memicu munculnya kelainan bawaan. Dengan mempertimbangkan faktor-faktor ini, tenaga kesehatan dapat memberikan saran yang lebih tepat untuk mengurangi risiko.

Identifikasi faktor risiko genetik yang dilakukan secara menyeluruh akan membantu tenaga kesehatan memberikan edukasi dan konseling genetik yang sesuai. Konseling ini bertujuan untuk membantu calon orang tua memahami risiko yang ada, pilihan pencegahan yang dapat diambil, serta langkah-langkah yang perlu dilakukan sebelum kehamilan untuk memastikan kelahiran bayi yang sehat.

C. Penggunaan Pedoman dan Formulir Genetik

Standarisasi pedoman dan formulir merupakan komponen esensial dalam memastikan mutu anamnesis genetik yang konsisten di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan. Pedoman klinis yang disusun oleh lembaga internasional seperti American College of Medical Genetics (ACMG), American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), serta World Health Organization (WHO) menyediakan acuan berupa kriteria rujukan, daftar kondisi yang direkomendasikan untuk dilakukan skrining, serta rekomendasi waktu pelaksanaan pemeriksaan tambahan. Penerapan pedoman ini memungkinkan tenaga kesehatan primer mengambil keputusan yang selaras dengan bukti ilmiah terkini serta konsisten antarpraktisi.

Formulir anamnesis genetik yang ideal memuat elemen-elemen penting, antara lain identitas pasien, riwayat reproduksi, RANGKUMAN riwayat keluarga hingga tiga generasi, serta pertanyaan spesifik mengenai risiko seperti adanya hubungan darah antar pasangan (konsanguinitas), riwayat keguguran berulang, dan riwayat kanker pada usia muda. Formulir ini juga sebaiknya menyediakan ruang untuk mencatat rekomendasi awal dan rencana rujukan. Dalam perkembangannya, bentuk digital dari formulir tersebut dapat diintegrasikan ke dalam sistem rekam medis elektronik guna memudahkan akses lintas fasilitas dan meminimalkan risiko kehilangan data selama proses rujukan.

Untuk meningkatkan ketepatan identifikasi risiko, beberapa fasilitas kesehatan mengimplementasikan alat skrining singkat yang diisi secara mandiri oleh pasien sebelum konsultasi (*self-administered family history questionnaires*). Pendekatan ini terbukti mampu menghemat waktu konsultasi sekaligus meningkatkan peluang deteksi dini tanda bahaya (*red flag*). Namun demikian, setiap formulir perlu divalidasi di tingkat lokal agar sesuai dengan karakteristik populasi yang dilayani.

Pedigree chart atau bagan silsilah keluarga dapat dibuat secara manual maupun menggunakan perangkat lunak klinis sederhana. Penggunaan simbol yang distandarkan secara internasional, seperti yang direkomendasikan oleh Genomics Education Programme, mempermudah komunikasi antar tenaga kesehatan. Penggunaan template yang distandarisasi juga mempercepat proses rujukan ke pusat genetik dengan menyediakan informasi yang ringkas, terstruktur, dan komprehensif.

Selain itu, protokol pelatihan khusus bagi tenaga kesehatan primer perlu disusun agar mereka memiliki kompetensi dalam mengambil riwayat keluarga secara akurat, menggambar pedigree dengan tepat, memahami pola pewarisan penyakit, serta mengenali kriteria rujukan ke layanan genetik. Pelatihan ini berperan penting dalam meningkatkan deteksi dini dan mencegah rujukan yang tidak tepat, sehingga sumber daya kesehatan dapat digunakan secara lebih efisien.

Pedoman tersebut juga harus memuat ketentuan etika dan tata kelola data, mencakup persetujuan pasien sebelum pencatatan data keluarga, perlindungan kerahasiaan data, serta aturan pembagian informasi kepada anggota keluarga yang relevan. Kebijakan yang jelas dalam hal ini penting untuk menjaga kepercayaan pasien dan menghindari stigma maupun diskriminasi sosial.

D. Tindak Lanjut dan Rujukan untuk Konseling Genetik

Tindak lanjut setelah anamnesis genetik mencakup penentuan tingkat risiko pasien, yang umumnya diklasifikasikan menjadi rendah, sedang, atau tinggi. Berdasarkan hasil klasifikasi ini, tenaga kesehatan dapat memberikan rekomendasi pemeriksaan lanjutan yang tepat, serta menentukan kebutuhan rujukan ke layanan konseling genetik atau spesialis terkait. Pasien dengan tanda bahaya seperti translokasi kromosom pada salah satu orang tua, kedua pasangan pembawa sifat untuk penyakit resesif yang sama, atau riwayat kelainan tabung saraf (*Neural Tube Defects/NTD*) berulang memerlukan rujukan prioritas untuk mendapatkan konseling dan pemeriksaan diagnostik. Rujukan yang dilakukan lebih awal akan memberikan lebih banyak pilihan dalam perencanaan dan manajemen reproduksi.

Konseling genetik berfungsi memberikan penjelasan berbasis bukti mengenai tingkat risiko, baik dalam bentuk numerik maupun probabilistik, serta menjelaskan opsi diagnostik dan prenatal seperti *Non-Invasive Prenatal Testing* (NIPT), *Chorionic Villus Sampling* (CVS), dan *amniocentesis*. Layanan ini juga membahas pilihan reproduksi seperti *Preimplantation Genetic Diagnosis* (PGD), penggunaan donor gamet, dan dukungan emosional untuk membantu pasien mengambil keputusan sesuai nilai, keyakinan, dan konteks kehidupan mereka. Pendekatan konseling harus bersifat non-direktif, yaitu mendampingi pasien tanpa memaksakan pilihan tertentu.

Proses rujukan sebaiknya disertai dokumentasi lengkap yang mencakup pedigree, anamnesis, hasil skrining awal, serta pertanyaan atau tujuan yang diajukan pasien. Komunikasi yang efektif antara fasilitas kesehatan primer dan pusat layanan genetik akan mempercepat proses diagnostik sekaligus mengurangi kecemasan pasien. Sistem rujukan formal yang memiliki alur kerja jelas dan target waktu tanggap akan meningkatkan mutu layanan prakonsepsi.

Selain tujuan diagnostik, tindak lanjut juga meliputi penyusunan rencana manajemen klinis, seperti penanganan masalah kesehatan yang teridentifikasi, optimalisasi kontrol penyakit kronis, pemberian imunisasi yang diperlukan, serta konseling gizi. Seluruh intervensi ini sebaiknya dilakukan sebelum pasien merencanakan kehamilan. Pendekatan multidisiplin diperlukan untuk memastikan bahwa seluruh aspek medis dan psikososial pasien terlayani secara menyeluruh.

Dalam kondisi keterbatasan sumber daya, strategi triase harus ditetapkan dengan jelas, di mana kasus berisiko tinggi menjadi prioritas utama, sedangkan pasien dengan risiko rendah dapat dikelola melalui skrining berbasis anamnesis. Kolaborasi antar jaringan layanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit rujukan, dan pusat layanan genetik regional sangat penting untuk menjamin pemerataan akses layanan.

Tindak lanjut juga harus mencakup edukasi berkelanjutan bagi pasien dan keluarganya, meliputi penjelasan makna hasil pemeriksaan, implikasi bagi anggota keluarga lain, serta strategi pencegahan yang dapat dilakukan. Pencatatan keputusan reproduksi dan rencana pemantauan jangka panjang akan membantu tim

kesehatan melakukan pemantauan dan evaluasi terhadap hasil intervensi yang telah diberikan.

RANGKUMAN

Riwayat kesehatan keluarga merupakan dasar penting dalam identifikasi risiko penyakit genetik. Informasi ini membantu tenaga kesehatan mendeteksi pola penyakit turunan, menilai potensi kelainan genetik, serta merencanakan kehamilan yang lebih aman. Selain penyakit genetik tunggal, riwayat keluarga juga dapat mengungkap penyakit multifaktorial, misalnya diabetes dan hipertensi, yang dipengaruhi oleh faktor genetik serta lingkungan. Dengan demikian, pencatatan riwayat keluarga menjadi bagian integral dalam upaya promotif dan preventif pelayanan kesehatan reproduksi.

Identifikasi risiko dilakukan melalui penelusuran riwayat keluarga hingga tiga generasi, termasuk penyakit bawaan, gangguan tumbuh kembang, atau riwayat kematian anak. Faktor konsanguinitas terbukti meningkatkan penyakit resesif. Selain itu, usia orang tua, kondisi medis, status gizi, serta paparan lingkungan turut memodifikasi risiko. Pemeriksaan genetik (kariotipe, analisis DNA, *carrier screening*) berfungsi memperkuat diagnosis. Hasil identifikasi ini menjadi dasar konseling dan edukasi untuk calon orang tua dalam perencanaan reproduksi yang sehat.

Pedoman dari lembaga internasional seperti ACMG, ACOG, dan WHO menyediakan standar untuk anamnesis genetik, skrining, dan rujukan. Formulir anamnesis ideal mencakup identitas pasien, riwayat reproduksi, riwayat keluarga tiga generasi, serta faktor risiko khusus seperti konsanguinitas atau keguguran berulang. Pedigree chart dengan simbol standar internasional memudahkan komunikasi antar tenaga kesehatan. Digitalisasi formulir dalam rekam medis elektronik meningkatkan efisiensi dan keamanan data. Selain itu, tenaga kesehatan primer memerlukan pelatihan khusus agar mampu melakukan anamnesis, menggambar pedigree, dan menentukan kebutuhan rujukan dengan tepat.

Hasil anamnesis diklasifikasikan menjadi risiko rendah, sedang, atau tinggi. Pasien berisiko tinggi, misalnya pembawa translokasi kromosom atau pasangan dengan sifat resesif sama, memerlukan rujukan prioritas. Konseling genetik diberikan secara non-direktif dengan menjelaskan risiko, pilihan diagnostik (NIPT, CVS, amniosentesis), serta alternatif reproduksi (PGD, donor gamet). Dokumentasi lengkap, komunikasi antar layanan, dan sistem rujukan formal mempercepat proses diagnostik. Selain tujuan diagnostik, tindak lanjut mencakup pengelolaan klinis, edukasi berkelanjutan, serta kolaborasi multidisiplin agar kesehatan medis dan psikososial pasien terlayani secara menyeluruh.

EVALUASI

1. Jelaskan mengapa riwayat kesehatan keluarga hingga tiga generasi penting dalam anamnesis risiko penyakit genetik!
2. Sebutkan perbedaan utama pola pewarisan autosomal dominan, autosomal resesif, dan terkait kromosom X!
3. Mengapa konsanguinitas dapat meningkatkan risiko penyakit genetik dengan pola autosomal resesif?
4. Apa perbedaan peran skrining prakonsepsi dengan pemeriksaan genetik diagnostik?
5. Jelaskan hubungan antara faktor usia ibu >35 tahun dengan risiko aneuploidi!
6. Sebutkan minimal lima contoh penyakit genetik tunggal yang sering diidentifikasi melalui anamnesis riwayat keluarga!
7. Sebutkan komponen utama dalam formulir anamnesis genetik standar menurut pedoman internasional!
8. Apa fungsi pedigree chart dalam proses anamnesis risiko penyakit genetik?
9. Jelaskan prinsip bioetika yang harus dipertimbangkan dalam pencatatan riwayat kesehatan keluarga!
10. Sebutkan tiga manfaat utama digitalisasi formulir anamnesis genetik!
11. Seorang Wanita usia 28 tahun datang untuk konseling prakonsepsi. Ayahnya meninggal karena kanker kolon pada usia 45 tahun. Jelaskan langkah anamnesis genetik yang harus dilakukan!
12. Pasangan suami-istri adalah sepupu pertama. Apa risiko genetik yang harus diantisipasi, dan bagaimana proses anamnesis dilakukan?
13. Seorang ibu hamil usia 37 tahun khawatir karena kakaknya melahirkan anak dengan Down Syndrome. Apa faktor risiko yang harus dijelaskan pada pasien?
14. Seorang pasien perempuan menikah dengan kerabat dekat. Anak pertama mereka menderita talasemia mayor. Apa langkah anamnesis dan tindak lanjut yang tepat?
15. Pasangan dengan riwayat anak pertama lahir dengan Neural Tube Defect (NTD) ingin merencanakan kehamilan berikutnya. Apa rekomendasi anamnesis dan pencegahan yang harus diberikan?
16. Pasangan dengan hasil pemeriksaan genetik menunjukkan keduanya pembawa sifat (carrier) talasemia beta. Jelaskan risiko pada keturunan mereka!
17. Seorang wanita dengan riwayat kanker ovarium pada ibunya ingin melakukan skrining. Apa fokus anamnesis dan tindak lanjut yang tepat?
18. Seorang wanita hamil usia 39 tahun dengan riwayat anak pertama autisme datang untuk konseling. Jelaskan risiko yang harus digali melalui anamnesis!
19. Pasangan dengan hasil tes genetik menunjukkan translokasi kromosom seimbang pada suami. Apa yang harus ditindaklanjuti melalui anamnesis dan konseling?
20. Seorang ibu hamil dengan riwayat keguguran tiga kali datang untuk perencanaan kehamilan berikutnya. Apa pendekatan anamnesis dan pemeriksaan awal yang tepat?

TOPIK 6

PEMERIKSAAN BERAT BADAN IDEAL, NUTRISI, DAN RISIKO ANEMIA

A. Penilaian Status Gizi Calon Ibu

Penilaian status gizi calon ibu merupakan langkah penting dalam persiapan kehamilan sehat. Status gizi yang baik tidak hanya mendukung fertilitas tetapi juga berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin. Menurut Stephenson dkk. (2021), optimalisasi status gizi sebelum konsepsi dapat menurunkan risiko komplikasi seperti preeklamsia, kelahiran prematur, dan retardasi pertumbuhan intrauterin. Oleh karena itu, penilaian status gizi perlu dimulai sejak fase prakonsepsi.

Penilaian umumnya mencakup pengukuran antropometrik seperti tinggi badan, berat badan, dan lingkaran lengan atas, serta pengecekan tanda-tanda kekurangan mikronutrien seperti anemia, edema, atau defisiensi vitamin. Data ini mengindikasikan cadangan energi dan kebutuhan intervensi gizi individual. Lingkaran lengan atas juga berguna untuk mengidentifikasi risiko malnutrisi pada perempuan dengan status sosial-ekonomi rendah.

Selain pengukuran fisik, penilaian status gizi juga mencakup evaluasi diet dan konsumsi makanan sehari-hari. Calon ibu harus menuliskan makanan dan minuman yang dikonsumsi selama 24 jam atau lebih lama, untuk menilai asupan makronutrien dan mikronutrien. Teknik ini memungkinkan bidan atau ahli gizi menilai apakah pola makan mencukupi kebutuhan prakonsepsi, termasuk asam folat, zat besi, kalsium, dan vitamin D.

Lebih lanjut, status gizi juga dipengaruhi oleh morbiditas metabolik seperti obesitas atau malabsorpsi. Oleh karena itu, pemeriksaan meliputi riwayat penyakit seperti gangguan tiroid, celiac, atau konsumsi obat yang memengaruhi metabolisme nutrisi. Hal ini penting karena keadaan tersebut dapat memengaruhi keberhasilan intervensi gizi maupun fertilitas calon ibu.

Penilaian tidak hanya bersifat satu kali, tetapi perlu dilakukan secara berulang dalam periode prakonsepsi hingga trimester awal kehamilan. Perubahan status gizi harus dipantau agar intervensi dapat disesuaikan sesuai kebutuhan, seperti penambahan suplemen atau rujukan ke ahli gizi bila terdapat kesulitan pencapaian status gizi optimal.

Dengan demikian, penilaian status gizi calon ibu merupakan langkah komprehensif yang mencakup aspek antropometrik, pola makan, dan kondisi kesehatan penyerta. Pendekatan ini menjadi dasar dalam merancang intervensi gizi individual, memastikan calon ibu memasuki kehamilan dalam kondisi optimal.

B. Pengukuran dan Interpretasi IMT

Indeks Massa Tubuh (IMT) adalah alat dasar dalam menilai risiko kesehatan terkait berat badan. IMT dihitung dengan membagi berat badan dalam kilogram dengan kuadrat tinggi badan dalam meter (kg/m^2). WHO dan banyak pedoman klinik merekomendasikan penggunaan IMT sebagai indikator utama dalam skrining status gizi prakonsepsi (WHO, 2022).

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{Tinggi Badan (m)}^2}$$

IMT dalam rentang 18,5–24,9 kg/m^2 dianggap sebagai berat badan normal. Calon ibu dengan IMT $<18,5 \text{ kg/m}^2$ (underweight) memiliki risiko lebih tinggi terhadap gangguan ovulasi dan pertumbuhan janin, sedangkan IMT $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ (overweight) atau $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (obesitas) dikaitkan risiko preeklamsia, diabetes gestasional, dan kelahiran besar (macrosomia) (Poston *et al.*, 2020).

Penilaian IMT harus disertai penyelidikan lebih lanjut terhadap distribusi lemak tubuh, seperti lingkaran pinggang dan proporsi otot-lemak. Sumbangan lemak visceral berisiko terhadap insulin resistensi, sehingga calon ibu dengan IMT normal tapi obesitas sentral tetap membutuhkan intervensi.

Interpretasi IMT juga harus memperhitungkan etnisitas dan populasi, karena cut-off kesehatan mungkin bervariasi. Misalnya, populasi Asia memiliki risiko kardiometabolik pada IMT yang lebih rendah, sehingga pedoman regional perlu diterapkan agar risiko tidak diabaikan.

Tenaga kesehatan perlu memberikan konseling berdasarkan kategori IMT. Untuk yang underweight, fokus pada peningkatan asupan kalori berkualitas; untuk yang overweight atau obesitas, pendekatan diet, aktivitas fisik, dan penurunan berat badan secara bertahap sebelum hamil direkomendasikan.

Evaluasi IMT merupakan dasar dalam mempersonalisasi intervensi gizi dan meminimalkan risiko kehamilan. Variasi status gizi memerlukan pendekatan berbeda dalam pemenuhan nutrisi dan persiapan konsepsi.

C. Risiko Anemia dan Dampaknya pada Kehamilan

Anemia pada masa prakonsepsi, terutama yang disebabkan oleh kekurangan zat besi, merupakan masalah kesehatan reproduksi yang serius secara global. Menurut laporan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada 2023, lebih dari 30% perempuan usia subur mengalami anemia, mayoritas akibat asupan besi yang tidak mencukupi dalam jangka panjang. Kondisi ini dapat memengaruhi keberhasilan kehamilan karena cadangan zat besi yang rendah sebelum pembuahan membuat tubuh kesulitan memenuhi kebutuhan besi yang meningkat pesat selama kehamilan. Penelitian oleh Haider *et al.* (2021) menunjukkan bahwa anemia pada periode prakonsepsi meningkatkan risiko kelahiran prematur, bayi lahir dengan berat rendah, kematian neonatal, serta penurunan cadangan darah ibu saat persalinan.

Secara patofisiologis, anemia menyebabkan darah kurang efektif mengangkut oksigen ke seluruh jaringan tubuh termasuk plasenta. Selama kehamilan, volume plasma meningkat hingga sekitar 50%, sehingga bila cadangan besi sudah rendah, penurunan hemoglobin menjadi lebih cepat dan berat. Akibatnya, suplai oksigen ke janin bisa terganggu, berpotensi menyebabkan gangguan pertumbuhan intrauterin (IUGR) dan hipoksia janin. Kekurangan oksigen yang berlangsung lama juga dapat menurunkan daya tahan tubuh dan kemampuan fisik ibu, sehingga kualitas hidup selama kehamilan menurun.

Gejala anemia pada masa prakonsepsi sering tidak spesifik, antara lain kelelahan berlebihan, pusing, detak jantung cepat, kulit pucat, dan menurunnya konsentrasi. Beberapa perempuan mungkin menganggap keluhan ini normal akibat aktivitas sehari-hari sehingga tidak diperhatikan. Padahal, anemia ringan hingga sedang yang tidak ditangani dapat berkembang menjadi anemia berat selama kehamilan, meningkatkan risiko perdarahan setelah melahirkan, infeksi pascapersalinan, dan bahkan kematian maternal.

Untuk mencegah komplikasi, tenaga kesehatan seperti bidan dan dokter perlu melakukan skrining anemia sebagai bagian dari pemeriksaan prakonsepsi. Pemeriksaan laboratorium biasanya mencakup kadar hemoglobin, hematokrit, dan indeks eritrosit seperti MCV dan MCH untuk membantu menentukan jenis anemia. Bila anemia terdeteksi, langkah selanjutnya adalah menilai penyebabnya, yang bisa berupa kekurangan zat besi, talasemia atau kelainan hemoglobin lain, infeksi kronis, atau gangguan metabolisme zat besi. Penentuan penyebab sangat penting agar intervensi yang diberikan tepat dan efektif.

Penanganan anemia prakonsepsi disesuaikan dengan tingkat keparahan dan penyebabnya. Untuk anemia defisiensi besi ringan hingga sedang, suplementasi zat besi oral 30–60 mg per hari dikombinasikan dengan edukasi pola makan yang kaya zat besi, misalnya daging merah, hati ayam, sayuran hijau tua, dan kacang-kacangan, menjadi langkah awal. Penyerapan zat besi dapat dibantu dengan asupan vitamin C, sementara minuman seperti teh dan kopi sebaiknya dihindari bersamaan dengan konsumsi zat besi.

D. Asupan Nutrisi Seimbang Prakonsepsi

a. Pentingnya Nutrisi Seimbang Sebelum Kehamilan

Pemenuhan asupan nutrisi seimbang merupakan fondasi utama dalam mempersiapkan tubuh menghadapi kehamilan. Periode prakonsepsi adalah waktu kritis untuk memastikan bahwa tubuh calon ibu memiliki cadangan energi dan zat gizi yang memadai. Nutrisi yang optimal berperan dalam mendukung ovulasi, kualitas sel telur, keseimbangan hormonal, serta menciptakan lingkungan intrauterin yang sehat. Kekurangan gizi pada fase ini dapat meningkatkan risiko komplikasi selama kehamilan dan memengaruhi kesehatan janin sejak tahap awal pembentukan organ.

b. Komposisi Diet Seimbang Prakonsepsi

Diet seimbang meliputi karbohidrat kompleks, protein dengan bioavailabilitas tinggi, lemak sehat, serta mikronutrien penting. Karbohidrat kompleks seperti biji-bijian utuh dan umbi-umbian berfungsi sebagai sumber energi berkelanjutan. Protein berkualitas tinggi, terutama dari sumber hewani seperti daging tanpa lemak, ikan, dan telur, membantu pembentukan jaringan baru. Lemak sehat, khususnya asam lemak omega-3 dari ikan laut dan biji-bijian, mendukung perkembangan otak janin. Mikronutrien seperti asam folat, zat besi, kalsium, vitamin D, dan yodium merupakan komponen esensial yang perlu dipenuhi secara optimal.

c. Asam Folat

Asam folat merupakan salah satu mikronutrien kunci dalam masa prakonsepsi. Penelitian oleh Stephenson dkk. (2021) menunjukkan bahwa konsumsi asam folat sebelum konsepsi dapat menurunkan risiko cacat tabung saraf hingga 70%. Asam folat terlibat dalam proses pembelahan sel dan sintesis DNA, yang krusial pada tahap awal perkembangan embrio. Sumber alami asam folat dapat diperoleh dari sayuran hijau, kacang-kacangan, dan buah jeruk, namun suplementasi tetap dianjurkan untuk memastikan asupan harian tercapai

d. Zat Besi, Kalsium, Vitamin D dan Yodium

Zat besi diperlukan untuk mencegah anemia dan memastikan suplai oksigen yang memadai pada jaringan ibu dan janin. Penyerapan zat besi dari sumber nabati dapat ditingkatkan dengan konsumsi vitamin C. Kalsium dan vitamin D berperan dalam pembentukan tulang, gigi, serta mendukung fungsi kekebalan tubuh. Sementara itu, yodium penting bagi fungsi tiroid dan perkembangan otak janin. Kekurangan yodium pada masa awal kehamilan dapat mengganggu perkembangan kognitif anak di kemudian hari.

e. Perubahan Pola Makan pada Periode Prakonsepsi

Perubahan diet prakonsepsi meliputi pengurangan konsumsi makanan ultra-proses yang tinggi gula, garam, dan lemak jenuh, karena dapat memicu resistensi insulin dan peradangan kronis. Sebaliknya, peningkatan konsumsi serat dari sayur, buah, dan biji-bijian, serta probiotik dari yogurt atau tempe, mendukung kesehatan mikrobioma usus dan metabolisme tubuh. Pola makan seperti ini berkontribusi pada pengendalian berat badan dan pengurangan risiko penyakit metabolik sebelum kehamilan.

RANGKUMAN

Persiapan kehamilan yang optimal tidak hanya berkaitan dengan kesehatan reproduksi, tetapi juga dengan kondisi gizi calon ibu. Status gizi yang baik sangat menentukan keberhasilan kehamilan dan kesehatan janin di masa depan. Oleh karena itu, pemeriksaan berat badan, evaluasi pola makan, dan deteksi dini risiko anemia menjadi langkah penting pada fase prakonsepsi. Penilaian status gizi dapat dilakukan melalui pemeriksaan antropometri seperti berat badan, tinggi badan, dan lingkar lengan atas, serta ditunjang dengan pemeriksaan klinis dan laboratorium. Selain itu, riwayat pola makan harian juga harus digali secara mendetail untuk mengetahui kecukupan asupan makro dan mikronutrien.

Pengukuran berat badan ideal biasanya dinilai menggunakan Indeks Massa Tubuh (IMT), yang dihitung dengan membagi berat badan dalam kilogram dengan tinggi badan dalam meter kuadrat. Hasil perhitungan IMT memberikan gambaran apakah seseorang berada pada kategori gizi kurang, normal, atau berlebih. Perempuan dengan IMT di bawah normal berisiko mengalami gangguan ovulasi dan pertumbuhan janin yang terhambat, sedangkan mereka yang mengalami obesitas berisiko lebih tinggi mengalami preeklamsia, diabetes gestasional, dan bayi besar. Dengan demikian, konseling gizi berdasarkan hasil IMT perlu dilakukan, baik untuk meningkatkan berat badan pada individu *underweight* maupun menurunkan berat badan secara sehat pada individu *overweight* atau obesitas.

Salah satu masalah gizi yang paling sering dijumpai pada perempuan usia subur adalah anemia, terutama anemia defisiensi besi. Kondisi ini dapat berdampak serius terhadap kehamilan, antara lain meningkatkan risiko kelahiran prematur, bayi dengan berat lahir rendah, bahkan kematian neonatal. Anemia juga dapat menurunkan kapasitas oksigen dalam darah sehingga menghambat pertumbuhan janin di dalam kandungan. Lebih jauh, ibu hamil dengan anemia berisiko mengalami perdarahan maupun infeksi pascapersalinan yang dapat mengancam keselamatan ibu. Oleh karena itu, pemeriksaan kadar hemoglobin dan hematokrit pada fase prakonsepsi menjadi penting untuk mendeteksi adanya anemia sejak dini.

Upaya pencegahan anemia dan perbaikan status gizi dilakukan melalui asupan nutrisi yang seimbang dan sesuai kebutuhan. Diet yang dianjurkan meliputi karbohidrat kompleks, protein berkualitas tinggi, lemak sehat, serta asupan vitamin dan mineral yang mencukupi. Asam folat perlu diperhatikan secara khusus karena terbukti mencegah cacat tabung saraf pada janin, sehingga suplementasi dianjurkan sejak sebelum kehamilan. Zat besi, kalsium, vitamin D, dan yodium juga harus diperhatikan karena berperan dalam pembentukan sel darah, pertumbuhan tulang, serta perkembangan otak dan fungsi tiroid janin. Selain itu, pola makan yang sehat dengan mengurangi konsumsi makanan *ultra-proses* dan memperbanyak makanan segar, kaya serat, serta probiotik akan mendukung kondisi tubuh yang lebih siap menghadapi kehamilan.

Dengan demikian, pemeriksaan berat badan ideal, pemantauan status gizi, serta pencegahan anemia bukan hanya sekadar rutinitas, tetapi merupakan langkah strategis dalam mempersiapkan kehamilan yang sehat. Melalui pendekatan ini, calon ibu dapat memasuki kehamilan dengan kondisi tubuh yang optimal, risiko komplikasi dapat ditekan, dan kesehatan janin sejak masa konsepsi hingga kelahiran dapat lebih terjamin.

EVALUASI

1. Jelaskan mengapa penilaian status gizi pada masa prakonsepsi sangat penting dalam menurunkan risiko komplikasi kehamilan!
2. Sebutkan dan jelaskan metode antropometri yang umum digunakan dalam menilai status gizi calon ibu!
3. Mengapa lingkaran lengan atas (LILA) dianggap indikator penting dalam menilai risiko malnutrisi pada wanita usia subur?
4. Uraikan rumus perhitungan Indeks Massa Tubuh (IMT) dan interpretasi kategori hasilnya!
5. Jelaskan perbedaan risiko kesehatan pada calon ibu dengan IMT underweight, normal, overweight, dan obesitas!
6. Sebutkan gejala klinis anemia defisiensi besi pada wanita prakonsepsi dan jelaskan mekanismenya!
7. Mengapa anemia pada masa prakonsepsi dapat meningkatkan risiko perdarahan pascapersalinan?
8. Sebutkan pemeriksaan laboratorium yang dapat digunakan untuk mendiagnosis jenis anemia pada calon ibu!
9. Sebutkan sumber makanan yang kaya asam folat dan zat besi serta strategi meningkatkan bioavailabilitas zat besi dari sumber nabati!
10. Apa perbedaan pendekatan intervensi gizi pada calon ibu underweight dan obesitas?
11. Seorang perempuan 23 tahun, tinggi badan 160 cm, berat badan 42 kg, datang untuk konsultasi prakonsepsi. Hitung IMT pasien dan interpretasikan hasilnya. Apa risiko yang mungkin terjadi bila hamil?
12. Seorang calon ibu dengan IMT 32 kg/m² ingin segera hamil. Jelaskan intervensi gizi dan gaya hidup yang perlu dilakukan sebelum kehamilan!
13. Pasien prakonsepsi dengan LILA 22 cm. Bagaimana interpretasi hasil ini dan apa rekomendasi intervensinya?
14. Seorang perempuan 27 tahun rutin mengonsumsi fast food, jarang makan sayur, dan tidak pernah minum susu. Apa risiko jangka panjangnya terhadap kehamilan?
15. Seorang calon ibu vegetarian memiliki Hb 10 g/dL. Jelaskan strategi perbaikan nutrisi yang sesuai!
16. Seorang perempuan prakonsepsi mengeluhkan kelelahan, wajah pucat, dan hasil lab menunjukkan MCV rendah. Apa jenis anemia yang paling mungkin dan bagaimana tata laksanaanya?

17. Pasien prakonsepsi dengan kebiasaan minum teh setiap selesai makan. Jelaskan bagaimana hal ini memengaruhi risiko anemia!
18. Seorang calon ibu sering mengonsumsi minuman bersoda dan tinggi gula. Bagaimana hal ini dapat memengaruhi risiko diabetes gestasional?
19. Seorang perempuan prakonsepsi dengan riwayat keluarga talasemia minor ingin hamil. Jelaskan pemeriksaan laboratorium yang perlu dilakukan!
20. Pasien prakonsepsi datang dengan keluhan lemas, Hb 8 g/dL, dan hasil lab menunjukkan anemia defisiensi besi berat. Sebutkan intervensi medis dan gizi yang tepat sebelum kehamilan!

TOPIK 7

PEMBERIAN SUPLEMENTASI ASAM FOLAT

A. Peran Asam Folat dalam Prakonsepsi dan Kehamilan

Asam folat adalah bentuk sintetis dari folat, yaitu vitamin B9, yang memiliki peran esensial dalam berbagai proses biokimia tubuh, khususnya reaksi satu-karbon yang penting untuk sintesis dan metilasi DNA, pembentukan RNA, serta pembelahan sel. Dalam konteks prakonsepsi dan kehamilan, asam folat berfungsi sebagai koenzim yang memastikan proses pembelahan dan diferensiasi sel berlangsung optimal. Ketersediaan folat yang memadai menjadi sangat krusial pada masa perikonsepsi, yaitu periode sebelum konsepsi hingga beberapa minggu setelah pembuahan, karena pada tahap ini terjadi pembentukan struktur embrionik dasar, termasuk penutupan tabung saraf. Proses ini berlangsung sangat dini, sekitar hari ke-28 pasca pembuahan, sehingga kekurangan folat pada masa tersebut secara signifikan meningkatkan risiko cacat tabung saraf (*neural tube defects*/NTDs) seperti spina bifida dan anensefali.

Selain perannya dalam pembentukan sistem saraf pusat janin, asam folat juga memiliki kontribusi penting dalam proses hematopoiesis, yakni pembentukan sel darah merah. Fungsi ini membantu mencegah terjadinya anemia megaloblastik pada ibu hamil, yang dapat menurunkan kapasitas transportasi oksigen dalam darah. Status hematologis ibu yang optimal sangat penting, mengingat oksigen dan nutrisi yang cukup diperlukan untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin. Kekurangan asam folat tidak hanya berdampak pada janin, tetapi juga dapat mengganggu kesehatan ibu, termasuk meningkatkan risiko kelelahan, gangguan imunitas, dan komplikasi kehamilan lainnya.

Secara keseluruhan, asam folat memegang peranan kunci dalam kesehatan prakonsepsi dan kehamilan. Intervensi yang dimulai sebelum kehamilan terbukti menjadi strategi pencegahan paling efektif untuk mengurangi risiko NTD dan mendukung perkembangan janin yang sehat. Karena, proses pembentukan tabung saraf terjadi pada awal kehamilan, pemberian asam folat sejak fase prakonsepsi adalah langkah preventif yang sangat penting, tidak hanya bagi kesehatan janin, tetapi juga bagi kesejahteraan ibu secara menyeluruh.

B. Dosis dan Waktu Pemberian yang Disarankan

a. Rekomendasi Dosis Dasar

Bagi perempuan yang mampu hamil dan tidak memiliki faktor risiko khusus, rekomendasi internasional seperti yang dikeluarkan oleh Centers for Disease Control and Prevention (CDC) dan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyarankan konsumsi asam folat sebesar 400 mikrogram (μg) per hari.

Suplementasi ini idealnya dimulai sejak fase perencanaan kehamilan dan dilanjutkan setidaknya sampai akhir trimester pertama, yaitu sekitar usia kehamilan 12 minggu. Dosis tersebut didasarkan pada bukti ilmiah yang konsisten menunjukkan penurunan signifikan risiko terjadinya neural tube defects (NTD) apabila asam folat dikonsumsi sesuai anjuran. Pendekatan ini juga sejalan dengan prinsip pencegahan primer, yaitu meminimalkan risiko sejak sebelum terjadinya pembuahan.

b. Waktu Optimal Pemberian

Penentuan waktu pemberian asam folat memiliki peranan penting karena tabung saraf pada janin menutup pada sekitar hari ke-28 setelah konsepsi. Dengan demikian, kebutuhan asam folat harus sudah terpenuhi sebelum pembuahan atau pada tahap awal kehamilan. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) menekankan bahwa semua perempuan usia reproduksi yang berpotensi hamil sebaiknya rutin mengonsumsi asam folat 400 µg/hari secara berkelanjutan, bahkan sebelum kehamilan dikonfirmasi. Strategi ini penting karena angka kehamilan yang tidak direncanakan masih tergolong tinggi, sehingga keterlambatan memulai suplementasi dapat meningkatkan risiko NTD.

c. Dosis Untuk Kelompok Berisiko Tinggi

Perempuan dengan riwayat melahirkan anak dengan NTD, pembawa mutasi gen tertentu, atau pengguna obat antikonvulsan golongan enziminduser memiliki kebutuhan asam folat yang lebih tinggi. Pada kelompok ini, WHO dan pedoman klinis internasional merekomendasikan dosis 4 mg (4000 µg) per hari. Suplementasi harus dimulai minimal satu bulan sebelum konsepsi dan diteruskan hingga akhir trimester pertama. Penentuan dosis ini tidak bersifat mandiri, melainkan memerlukan evaluasi medis oleh tenaga kesehatan, mengingat potensi risiko dan interaksi obat yang mungkin terjadi pada penggunaan dosis tinggi.

d. Dosis Selama Kehamilan dan Laktasi

Pada masa kehamilan tanpa faktor risiko khusus, kebutuhan asam folat meningkat menjadi sekitar 600 µg/hari, yang mencakup asupan dari makanan dan suplemen. Peningkatan ini bertujuan memenuhi kebutuhan tambahan selama pertumbuhan janin dan perubahan metabolisme ibu. Selama masa laktasi, kebutuhan folat sedikit berbeda, dan dalam banyak kasus dapat terpenuhi melalui pola makan seimbang yang kaya sumber folat alami, disertai suplementasi jika diperlukan. ACOG dan Office of Dietary Supplements (ODS, National Institutes of Health) menekankan pentingnya penyesuaian dosis sesuai kondisi fisiologis ibu.

C. Efektivitas Suplementasi Asam Folat

Berdasarkan berbagai bukti ilmiah dari uji klinis, studi kohort, dan meta-analisis, suplementasi asam folat pada periode perikonsepsi terbukti secara konsisten mampu menurunkan risiko terjadinya cacat tabung saraf (NTD) secara

signifikan. Evaluasi terbaru yang dilakukan untuk memperbarui rekomendasi medis menunjukkan bahwa pemberian asam folat sebanyak 0,4 hingga 0,8 miligram per hari pada masa sebelum dan awal kehamilan secara nyata dapat mengurangi risiko terjadinya NTD jika dibandingkan dengan kondisi tanpa suplementasi.

Di beberapa negara yang menerapkan fortifikasi asam folat pada gandum atau bahan pangan pokok lainnya, tercatat penurunan angka kejadian NTD yang cukup signifikan pada populasi. Meskipun demikian, kasus NTD tidak sepenuhnya hilang, sehingga kombinasi strategi berupa fortifikasi pangan pada tingkat populasi dan suplementasi individu pada wanita usia subur atau yang memiliki risiko tinggi terbukti lebih efektif. Dalam penerapannya, kebijakan lokal perlu mempertimbangkan pola konsumsi pangan masyarakat setempat.

Selain pencegahan NTD, beberapa studi meneliti efek suplementasi asam folat terhadap kejadian cacat kongenital lain, seperti kelainan jantung bawaan atau bibir sumbing, serta komplikasi kehamilan seperti preeklamsia. Hasilnya bervariasi dan tidak sekuat bukti yang mendukung pencegahan NTD. Oleh karena itu, pedoman internasional tetap menempatkan pencegahan NTD sebagai manfaat utama yang memiliki dukungan ilmiah paling kuat (Zhao *et al.*, 2021).

RANGKUMAN

Asam folat merupakan bentuk sintetis dari vitamin B9 yang berperan penting dalam proses biokimia tubuh, khususnya sintesis DNA, RNA, dan pembelahan sel. Pada periode prakonsepsi hingga awal kehamilan, asam folat memiliki fungsi krusial dalam pembentukan sistem saraf pusat janin melalui proses penutupan tabung saraf. Kekurangan folat pada masa ini dapat menyebabkan cacat tabung saraf seperti spina bifida dan anensefali. Selain itu, asam folat juga berperan dalam pembentukan sel darah merah sehingga dapat mencegah anemia megaloblastik yang berisiko mengganggu kesehatan ibu dan pertumbuhan janin.

Rekomendasi dosis asam folat untuk perempuan usia subur tanpa faktor risiko khusus adalah 400 mikrogram per hari, dimulai sejak perencanaan kehamilan hingga akhir trimester pertama. Hal ini penting karena tabung saraf janin menutup sekitar hari ke-28 setelah konsepsi, sehingga kebutuhan folat harus terpenuhi sebelum kehamilan dikonfirmasi. Bagi kelompok dengan risiko tinggi, seperti ibu dengan riwayat anak cacat tabung saraf atau pengguna obat tertentu, dosis yang dianjurkan lebih tinggi, yaitu 4 miligram per hari dengan pengawasan medis.

Selama kehamilan, kebutuhan asam folat meningkat menjadi sekitar 600 mikrogram per hari untuk mendukung pertumbuhan janin dan perubahan metabolisme ibu. Pada masa menyusui, kebutuhan folat tetap penting namun dapat sebagian besar dipenuhi melalui pola makan yang seimbang dengan tambahan suplementasi bila diperlukan. Penyesuaian dosis harus mempertimbangkan kondisi fisiologis ibu serta adanya faktor risiko khusus yang memerlukan pengawasan tenaga kesehatan.

Bukti ilmiah dari berbagai studi menunjukkan bahwa suplementasi asam folat efektif menurunkan risiko cacat tabung saraf secara signifikan. Negara-negara yang menerapkan fortifikasi pangan dengan asam folat juga melaporkan penurunan angka kejadian cacat tabung saraf, meskipun belum sepenuhnya hilang. Selain pencegahan cacat tabung saraf, penelitian mengenai manfaat asam folat terhadap kelainan kongenital lain atau komplikasi kehamilan masih menunjukkan hasil yang bervariasi. Dengan demikian, manfaat utama yang telah terbukti kuat adalah pencegahan cacat tabung saraf, sehingga suplementasi asam folat perlu menjadi bagian penting dari persiapan kehamilan yang sehat.

EVALUASI

1. Jelaskan peran utama asam folat dalam proses biokimia tubuh yang berhubungan dengan prakonsepsi dan kehamilan!
2. Uraikan proses terbentuknya neural tube defect (NTD) akibat defisiensi asam folat!
3. Sebutkan dua jenis cacat tabung saraf utama yang dapat dicegah dengan suplementasi asam folat!
4. Bagaimana mekanisme asam folat dalam mencegah anemia megaloblastik pada ibu hamil?
5. Mengapa pemberian asam folat sejak fase prakonsepsi lebih efektif dibandingkan setelah kehamilan terdeteksi?
6. Sebutkan rekomendasi dosis dasar asam folat untuk perempuan usia subur menurut WHO dan CDC!
7. Jelaskan perbedaan kebutuhan dosis asam folat pada masa kehamilan dan masa laktasi!
8. Bagaimana mekanisme fortifikasi pangan dengan asam folat dapat menurunkan prevalensi NTD pada populasi?
9. Mengapa suplementasi asam folat tidak boleh diberikan dengan dosis tinggi tanpa pengawasan tenaga kesehatan?
10. Jelaskan prinsip pencegahan primer dalam konteks suplementasi asam folat!
11. Seorang perempuan 25 tahun merencanakan kehamilan dalam 3 bulan ke depan. Apa edukasi yang sebaiknya diberikan terkait suplementasi asam folat?
12. Pasien hamil 6 minggu datang tanpa riwayat mengonsumsi asam folat sejak prakonsepsi. Apa langkah selanjutnya untuk mencegah risiko NTD?
13. Pasien wanita usia 28 tahun dengan riwayat melahirkan anak dengan spina bifida ingin hamil kembali. Berapakah dosis suplementasi asam folat yang tepat?
14. Seorang ibu hamil trimester pertama mengalami anemia megaloblastik. Jelaskan kemungkinan kaitannya dengan defisiensi asam folat dan intervensi yang tepat!
15. Seorang ibu hamil mengonsumsi obat antikonvulsan golongan enziminduser. Jelaskan strategi suplementasi asam folat yang dianjurkan!
16. Pasien hamil 10 minggu belum pernah mendapat suplementasi asam folat. Jelaskan risiko yang mungkin terjadi pada janin!

17. Seorang perempuan 30 tahun menjalani program hamil. Dokter menyarankan konsumsi 400 µg asam folat/hari. Jelaskan alasan di balik dosis tersebut!
18. Pasien hamil trimester kedua mengonsumsi suplemen multivitamin tanpa kandungan asam folat. Apa risiko yang masih mungkin dihadapi janin?
19. Pasien hamil trimester pertama mengalami kelelahan dan mudah sakit. Bagaimana Anda menganalisis kemungkinan kaitannya dengan kekurangan asam folat?
20. Seorang ibu hamil 7 minggu merasa mual sehingga sulit minum tablet asam folat. Apa alternatif solusi yang dapat diberikan?

TOPIK 8

PEMBERIAN IMUNISASI

A. Tujuan Imunisasi Prakonsepsi

a. Meningkatkan Kekebalan Tubuh Calon Ibu

Pemberian imunisasi sebelum kehamilan bertujuan utama untuk memastikan bahwa calon ibu memiliki sistem kekebalan tubuh yang optimal. Kekebalan ini akan membantu tubuh melawan penyakit infeksi yang dapat membahayakan kesehatan ibu selama kehamilan. Dengan demikian, risiko komplikasi akibat infeksi dapat dikurangi secara signifikan. Misalnya, kekebalan terhadap tetanus membantu mencegah infeksi serius yang dapat terjadi pada ibu atau bayi.

b. Mencegah Tetanus Neonatorum pada Bayi

Imunisasi Tetanus Toksoid (TT) merupakan vaksin wajib bagi calon pengantin di Indonesia. Vaksin ini penting karena dapat mencegah tetanus neonatorum pada bayi baru lahir, yang sering muncul akibat infeksi bakteri *Clostridium tetani* melalui tali pusat yang tidak steril. Perlindungan ini sangat krusial karena tetanus neonatorum dapat menyebabkan kematian pada bayi jika tidak ditangani dengan cepat.

c. Mencegah Penyakit Kongenital Pada Bayi

Imunisasi rubella dan beberapa vaksin lainnya diberikan untuk mencegah penyakit kongenital. Misalnya, rubella pada ibu hamil dapat menyebabkan kelainan jantung, gangguan pendengaran, dan gangguan penglihatan pada bayi. Dengan melakukan vaksinasi sebelum kehamilan, ibu sudah memiliki kekebalan terhadap rubella, sehingga risiko bayi mengalami kelainan kongenital dapat diminimalkan.

d. Mengurangi Risiko Komplikasi Selama Kehamilan dan Persalinan

Vaksinasi prakonsepsi membantu memastikan ibu memiliki kekebalan yang cukup terhadap penyakit tertentu, sehingga risiko komplikasi seperti infeksi berat, demam, atau keguguran akibat penyakit infeksi dapat dikurangi. Hal ini membuat proses kehamilan lebih aman dan persalinan lebih lancar.

e. Mencegah Penularan Penyakit dari Ibu ke Bayi

Beberapa penyakit dapat ditularkan dari ibu ke bayi, baik selama kehamilan maupun saat persalinan. Misalnya, hepatitis B dapat menular melalui darah atau cairan tubuh ibu ke bayi baru lahir. Dengan imunisasi prakonsepsi, ibu memiliki kekebalan sehingga risiko penularan penyakit ini dapat dikurangi secara efektif.

f. Meningkatkan Kesehatan Ibu dan Bayi Secara Keseluruhan

Dengan pemberian imunisasi prakonsepsi, kesehatan ibu dan bayi secara keseluruhan dapat ditingkatkan. Ibu lebih terlindungi dari penyakit serius, dan bayi lahir dengan risiko lebih rendah terhadap infeksi dan komplikasi. Hal ini

juga membantu menurunkan angka kematian ibu dan bayi, sesuai dengan tujuan program kesehatan reproduksi nasional.

B. Jenis Imunisasi dan Efek Samping Pemberian

a. Imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Imunisasi ini diberikan untuk mencegah tetanus neonatorum pada bayi baru lahir. Pemberian imunisasi TT dilakukan dalam lima dosis, dengan interval tertentu antara dosis, untuk memastikan perlindungan jangka panjang. Jika rangkaian dosis ini lengkap, perlindungan terhadap tetanus dapat bertahan hingga puluhan tahun.

Pemberian imunisasi TT umumnya aman, tetapi dapat menimbulkan beberapa efek samping ringan. Efek yang sering terjadi adalah nyeri, kemerahan, atau bengkak pada lokasi suntikan. Beberapa penerima vaksin mengalami demam ringan, rasa lelah, atau pegal di seluruh tubuh. Reaksi alergi berat sangat jarang, namun tetap harus diwaspadai, seperti munculnya sesak napas, bengkak pada wajah, atau ruam menyeluruh

b. Imunisasi Rubella

Imunisasi rubella penting untuk mencegah infeksi rubella pada ibu hamil, yang dapat menyebabkan rubella kongenital pada bayi. Imunisasi ini biasanya diberikan dalam bentuk vaksin kombinasi MMR (Measles, Mumps, Rubella).

Efek samping yang umum meliputi nyeri atau kemerahan di tempat suntikan, demam ringan, dan ruam kulit yang muncul beberapa hari setelah vaksinasi. Beberapa orang dapat mengalami pembengkakan kelenjar getah bening atau nyeri sendi sementara, terutama pada wanita dewasa. Reaksi alergi berat jarang terjadi, tetapi memerlukan penanganan segera

c. Imunisasi Hepatitis B

Imunisasi hepatitis B dianjurkan untuk mencegah infeksi hepatitis B yang dapat ditularkan dari ibu ke bayi selama kehamilan atau persalinan. Hepatitis B merupakan infeksi virus yang menyerang hati dan dapat menular dari ibu ke bayi selama persalinan melalui kontak dengan darah atau cairan tubuh.

Efek samping vaksin hepatitis B umumnya ringan, seperti rasa nyeri, kemerahan, atau bengkak di lokasi suntikan. Demam ringan, sakit kepala, atau rasa lelah juga dapat muncul dalam satu hingga dua hari setelah vaksinasi. Efek samping berat, seperti reaksi alergi parah (anafilaksis), sangat jarang terjadi namun harus diantisipasi.

d. Imunisasi Varisela (Cacar Air)

Imunisasi varisela diberikan untuk mencegah infeksi cacar air pada ibu hamil, yang dapat menyebabkan komplikasi serius bagi ibu dan bayi. Karena vaksin varisela menggunakan virus hidup yang dilemahkan, sama seperti vaksin MMR, pemberiannya harus dilakukan sebelum kehamilan dan tidak boleh saat sudah hamil.

Imunisasi varisela dapat menyebabkan nyeri atau kemerahan di tempat suntikan, demam ringan, dan munculnya ruam mirip cacar air dalam jumlah sedikit beberapa minggu setelah vaksinasi. Pada sebagian kecil penerima vaksin, ruam dapat berisi cairan, tetapi biasanya ringan dan sembuh dengan sendirinya. Efek samping berat, seperti infeksi kulit atau reaksi alergi parah, jarang ditemukan.

e. Imunisasi Human Papillomavirus (HPV)

Imunisasi Human Papillomavirus (HPV) dianjurkan untuk mencegah infeksi HPV yang berhubungan dengan kanker serviks, kanker vulva, kanker vagina, dan kutil kelamin. Vaksin ini idealnya diberikan pada usia remaja atau dewasa muda sebelum ada paparan virus melalui hubungan seksual, namun masih bermanfaat bagi wanita yang belum mendapatkan vaksin meskipun sudah menikah. Walaupun HPV tidak langsung mengancam janin, pencegahan kanker serviks akan meningkatkan kualitas kesehatan reproduksi ibu secara keseluruhan.

Efek samping vaksin HPV umumnya bersifat ringan, seperti nyeri, kemerahan, atau bengkak di area suntikan. Beberapa orang mengalami sakit kepala, pusing, mual, atau demam ringan. Kadang-kadang, remaja atau dewasa muda dapat merasa pingsan setelah vaksinasi, sehingga dianjurkan duduk atau berbaring selama beberapa menit setelah disuntik. Reaksi alergi berat sangat jarang terjadi.

C. Jadwal dan Kontraindikasi Pemberian Imunisasi

a. Imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Imunisasi tetanus toksoid, jika seorang wanita belum pernah mendapat vaksin tetanus atau tidak memiliki catatan vaksinasinya, maka sebaiknya memulai rangkaian minimal dua dosis. Dosis pertama dan kedua diberikan dengan jarak sekitar empat minggu, lalu dosis ketiga diberikan enam sampai dua belas bulan kemudian untuk memperkuat perlindungan. Secara umum, rangkaian lengkap bisa sampai lima dosis seumur hidup, tetapi untuk persiapan sebelum hamil, yang penting adalah memastikan minimal dua dosis sudah diterima. Vaksin tetanus tidak dilarang saat hamil, bahkan sering diberikan untuk melindungi bayi dari tetanus neonatorum. Vaksin ini tidak boleh diberikan jika ada riwayat alergi berat terhadap dosis sebelumnya atau komponen vaksinnnya. Jika sedang sakit cukup parah, pemberian vaksin biasanya ditunda sampai sembuh.

b. Imunisasi Rubella

Vaksin rubella yang biasanya diberikan dalam bentuk MMR perlu diselesaikan sebelum hamil jika belum memiliki kekebalan. Jadwalnya dua dosis dengan jarak minimal empat minggu. Setelah vaksinasi, dianjurkan menunggu setidaknya empat minggu sebelum mencoba hamil karena vaksin ini mengandung virus hidup yang dilemahkan. Kontraindikasinya adalah kehamilan dan gangguan imun berat, serta riwayat alergi parah terhadap komponen vaksin atau dosis sebelumnya. Jika vaksin ini diberikan tanpa disadari saat sedang

hamil, tidak perlu langsung menghentikan kehamilan, namun sebaiknya konsultasi dengan dokter.

c. Imunisasi Hepatitis B

Vaksin hepatitis B diberikan dalam tiga dosis, yaitu dosis pertama pada bulan pertama, dosis kedua satu bulan setelahnya, dan dosis ketiga enam bulan setelah yang pertama. Idealnya, rangkaian ini diselesaikan sebelum hamil agar risiko penularan dari ibu ke bayi dapat dicegah. Jika belum selesai sebelum hamil, vaksin ini masih aman diberikan selama kehamilan. Vaksin hepatitis B tidak boleh diberikan pada orang yang pernah mengalami alergi berat terhadap dosis sebelumnya atau komponen vaksin seperti ragi. Pemberian juga ditunda jika sedang sakit sedang atau berat.

d. Imunisasi Varisela (Cacar Air)

Vaksin varisela diberikan pada orang dewasa yang belum pernah terkena cacar air atau belum divaksinasi. Jadwalnya dua dosis dengan jarak empat sampai delapan minggu. Setelah dosis terakhir, sebaiknya menunggu minimal satu bulan sebelum mencoba hamil karena vaksin ini juga mengandung virus hidup yang dilemahkan. Vaksin ini tidak boleh diberikan pada ibu hamil atau orang yang memiliki sistem kekebalan tubuh yang sangat lemah. Alergi berat terhadap vaksin juga menjadi alasan vaksin ini tidak diberikan.

e. Imunisasi *Human Papillomavirus*

Vaksin HPV idealnya diberikan pada remaja sebelum terpapar virus, tetapi wanita dewasa yang belum divaksinasi juga dianjurkan melengkapinya sebelum hamil. Jika memulai sebelum usia 15 tahun, cukup dua dosis dengan jarak enam sampai dua belas bulan. Jika memulai pada usia 15 tahun atau lebih, atau memiliki daya tahan tubuh yang lemah, diberikan tiga dosis dengan jadwal nol, satu sampai dua bulan, dan enam bulan. Vaksin HPV tidak diberikan saat hamil. Jika tidak sengaja diberikan, tidak perlu tindakan khusus tetapi sisa dosis ditunda sampai setelah melahirkan. Kontraindikasinya termasuk alergi berat terhadap komponen vaksin atau dosis sebelumnya.

D. Edukasi dan Persetujuan Pemberian Imunisasi

Edukasi mengenai pentingnya imunisasi prakonsepsi merupakan langkah awal yang sangat penting dalam mempersiapkan kehamilan yang sehat. Calon ibu dan pasangannya perlu diberikan informasi yang jelas, lengkap, dan mudah dipahami tentang tujuan vaksinasi sebelum hamil. Edukasi ini mencakup penjelasan mengenai manfaat imunisasi, seperti pencegahan penyakit infeksi yang dapat membahayakan ibu dan janin, penjelasan jadwal pemberian vaksin sesuai rekomendasi medis, serta informasi mengenai kemungkinan efek samping yang dapat muncul. Dengan pengetahuan ini, diharapkan calon ibu dapat merasa yakin dan termotivasi untuk menjalani imunisasi sesuai anjuran.

Selain fokus pada vaksinasi, edukasi juga harus mencakup pemahaman bahwa imunisasi merupakan salah satu bagian dari persiapan kehamilan yang sehat. Calon ibu dan pasangan perlu mengerti bahwa menjaga kesehatan secara menyeluruh

sangatlah penting. Hal ini meliputi menerapkan pola makan bergizi seimbang, melakukan aktivitas fisik secara teratur, menjaga berat badan ideal, mengelola stres, dan melakukan pemeriksaan kesehatan rutin sebelum memulai program kehamilan. Upaya ini membantu memastikan tubuh calon ibu berada dalam kondisi optimal untuk mendukung proses kehamilan dan tumbuh kembang janin.

Persetujuan pemberian imunisasi harus dilakukan secara sadar, sukarela, dan tanpa paksaan. Proses ini dikenal sebagai informed consent, yaitu persetujuan yang diberikan setelah calon ibu mendapatkan informasi yang cukup mengenai manfaat, risiko, dan alternatif tindakan. Prinsip ini merupakan bentuk penghormatan terhadap hak individu dalam menentukan keputusan terkait kesehatan diri. Dengan demikian, sebelum imunisasi diberikan, tenaga kesehatan wajib memastikan bahwa calon ibu benar-benar memahami informasi yang telah disampaikan dan merasa nyaman dengan keputusannya.

Tenaga kesehatan, khususnya bidan, memegang peran kunci dalam memberikan konseling prakonsepsi. Bidan tidak hanya bertugas menyampaikan informasi teknis mengenai imunisasi, tetapi juga menjadi pendamping emosional yang dapat membangun rasa percaya pada calon ibu dan pasangannya. Melalui pendekatan yang komunikatif, empatik, dan menghargai pandangan pasangan, bidan dapat membantu mereka memahami bahwa imunisasi prakonsepsi merupakan investasi jangka panjang bagi kesehatan ibu dan bayi yang akan dilahirkan.

Apabila edukasi dilakukan dengan baik dan persetujuan diberikan secara penuh kesadaran, pasangan dapat membuat keputusan yang tepat mengenai imunisasi prakonsepsi. Hal ini berkontribusi pada peningkatan kesehatan ibu dan janin, serta menurunkan risiko terjadinya komplikasi selama kehamilan dan persalinan. Dengan demikian, pemberian edukasi dan persetujuan yang tepat bukan hanya langkah administratif, tetapi juga bagian penting dari upaya pencegahan dan peningkatan kualitas kesehatan ibu hamil serta generasi yang akan datang.

RANGKUMAN

Imunisasi prakonsepsi memiliki tujuan utama untuk meningkatkan kekebalan tubuh calon ibu sehingga dapat melindungi dari penyakit infeksi yang berisiko menimbulkan komplikasi selama kehamilan maupun setelah persalinan. Kekebalan ini juga penting dalam mencegah penularan penyakit dari ibu ke bayi serta melindungi bayi dari risiko penyakit kongenital, seperti rubella yang dapat menyebabkan gangguan pendengaran, penglihatan, dan kelainan jantung. Dengan imunisasi yang tepat, kesehatan ibu dan bayi dapat ditingkatkan sekaligus menurunkan angka kematian maternal dan neonatal.

Jenis imunisasi prakonsepsi yang dianjurkan antara lain imunisasi tetanus toksoid untuk mencegah tetanus neonatorum, imunisasi rubella untuk mencegah sindrom rubella kongenital, imunisasi hepatitis B untuk menghindari penularan infeksi hati dari ibu ke bayi, serta imunisasi varisela untuk mencegah komplikasi akibat infeksi cacar air.

Selain itu, vaksin *human papillomavirus* (HPV) juga dianjurkan untuk mencegah kanker serviks sebagai bagian dari upaya menjaga kesehatan reproduksi ibu. Masing-masing vaksin umumnya aman, namun dapat menimbulkan efek samping ringan seperti nyeri atau kemerahan di tempat suntikan, demam ringan, atau rasa lelah.

Pemberian imunisasi ini mengikuti jadwal tertentu sesuai jenis vaksin. Beberapa vaksin seperti tetanus toksoid dapat diberikan saat hamil, sementara vaksin yang mengandung virus hidup seperti rubella dan varisela harus diberikan sebelum kehamilan dengan jarak waktu tertentu. Kontraindikasi imunisasi terutama terkait dengan kondisi alergi berat, gangguan sistem imun, atau kehamilan pada vaksin tertentu. Oleh karena itu, konsultasi medis diperlukan agar pemberian vaksin sesuai dengan kondisi calon ibu.

Edukasi dan persetujuan menjadi bagian penting dalam pelaksanaan imunisasi prakonsepsi. Calon ibu dan pasangannya perlu memahami manfaat, risiko, serta jadwal pemberian vaksin sehingga dapat mengambil keputusan secara sadar melalui informed consent. Tenaga kesehatan, terutama bidan, berperan memberikan informasi yang komprehensif sekaligus dukungan emosional agar pasangan yakin menjalani imunisasi. Dengan edukasi yang baik, imunisasi prakonsepsi dapat menjadi langkah preventif yang efektif dalam mempersiapkan kehamilan sehat dan melahirkan generasi yang lebih berkualitas.

EVALUASI

1. Jelaskan tujuan utama imunisasi prakonsepsi bagi calon ibu dan janin!
2. Mengapa imunisasi tetanus toksoid (TT) wajib diberikan pada calon pengantin di Indonesia?
3. Sebutkan dampak rubella kongenital pada janin jika ibu hamil tidak mendapatkan vaksinasi rubella sebelum kehamilan!
4. Jelaskan alasan imunisasi HPV lebih efektif diberikan pada usia remaja!
5. Bagaimana mekanisme vaksinasi prakonsepsi dalam mencegah penularan penyakit dari ibu ke bayi?
6. Sebutkan lima jenis imunisasi yang dianjurkan dalam prakonsepsi serta tujuan masing-masing!
7. Apa perbedaan jadwal pemberian imunisasi rubella (MMR) dengan vaksin hepatitis B?
8. Jelaskan kontraindikasi utama pemberian vaksin tetanus toksoid!
9. Bagaimana peran bidan dalam memberikan edukasi imunisasi prakonsepsi kepada calon pengantin?
10. Sebutkan faktor-faktor yang harus dipertimbangkan sebelum memberikan vaksin prakonsepsi pada calon ibu!
11. Seorang calon pengantin belum pernah mendapat imunisasi TT. Jelaskan langkah imunisasi yang harus dilakukan!

12. Seorang calon ibu mengalami riwayat alergi berat setelah vaksinasi TT sebelumnya. Bagaimana sikap bidan terkait rencana pemberian vaksin TT berikutnya!
13. Seorang calon pengantin wanita berusia 18 tahun ingin mendapatkan vaksin HPV. Jelaskan jadwal pemberian vaksin yang tepat!
14. Ibu B telah mendapat vaksin MMR satu minggu yang lalu, tetapi ia baru mengetahui bahwa dirinya sudah hamil muda. Apa yang harus dilakukan?
15. Ibu C berencana hamil dalam waktu dekat. Ia baru saja menerima vaksin varisela. Berapa lama ia harus menunda kehamilan? Jelaskan alasannya!
16. Ibu E merasa ragu terhadap imunisasi prakonsepsi karena takut efek samping. Bagaimana bidan memberikan edukasi untuk meningkatkan penerimaan?
17. Seorang wanita hamil terpapar keluarga yang sedang menderita cacar air. Ia belum pernah divaksin varisela. Apa risiko yang mungkin terjadi pada janin?
18. Seorang wanita dewasa mendapat vaksin HPV dosis pertama pada bulan Januari. Ia lupa melanjutkan dosis kedua sesuai jadwal. Apa yang sebaiknya dilakukan?
19. Pasangan calon pengantin mengira bahwa imunisasi hanya penting saat sudah hamil. Bagaimana Anda menjelaskan pentingnya imunisasi prakonsepsi?
20. Seorang wanita mengalami reaksi alergi parah setelah vaksinasi hepatitis B dosis pertama. Bagaimana tindak lanjut pemberian vaksinasi berikutnya?

TOPIK 9

EVIDENCE BASED TERKAIT ASUHAN PRAKONSEPSI

Evidence-Based Practice dalam asuhan prakonsepsi adalah pendekatan yang mengintegrasikan bukti ilmiah terkini dengan keterampilan klinis bidan serta nilai, kebutuhan, dan preferensi pasien untuk mengambil keputusan yang optimal. Tujuan utama dari praktik berbasis bukti ini adalah meningkatkan kesehatan reproduksi, meminimalkan risiko komplikasi selama kehamilan, dan memastikan luaran neonatal yang optimal. Konsep ini menekankan bahwa setiap intervensi sebelum kehamilan harus didasarkan pada penelitian yang valid dan relevan, bukan hanya pengalaman atau kebiasaan klinis semata.

Literatur terbaru dari tahun 2020 hingga 2025 menegaskan pentingnya perawatan prakonsepsi sebagai strategi kunci dalam memperbaiki kesehatan ibu dan bayi. Tinjauan naratif dan sistematis menunjukkan bahwa optimasi kesehatan prakonsepsi, yang mencakup status gizi, pengelolaan penyakit kronis, konsumsi zat adiktif, serta kesiapan psikosial, merupakan determinan utama terhadap luaran reproduksi, perinatal, dan pediatrik. Penelitian membuktikan bahwa intervensi sebelum konsepsi dapat mengurangi risiko kelahiran prematur, bayi dengan berat lahir rendah, serta cacat tabung saraf.

Contoh EBP dalam asuhan prakonsepsi adalah :

A. Pemberian Suplementasi Asam Folat

Salah satu **contoh EBP** yang paling kuat dalam asuhan prakonsepsi adalah **pemberian suplementasi asam folat**. Studi terbaru menunjukkan bahwa konsumsi asam folat 400 hingga 800 mikrogram per hari sebelum dan selama trimester pertama kehamilan dapat menurunkan risiko cacat tabung saraf pada janin hingga 70 persen. Implementasi di praktik klinis dilakukan melalui edukasi, skrining status nutrisi, dan pemantauan kepatuhan pasien terhadap konsumsi suplemen. Strategi ini menjadi salah satu intervensi yang paling direkomendasikan secara internasional oleh WHO dan berbagai organisasi profesi.

B. Skrining dan Manajemen Penyakit Kronis

Selain suplementasi, skrining dan manajemen penyakit kronis juga termasuk praktik berbasis bukti dalam prakonsepsi. Kondisi seperti diabetes, hipertensi, dan gangguan tiroid jika dikelola dengan baik sebelum kehamilan terbukti menurunkan risiko komplikasi obstetrik, termasuk preeklamsia, kelahiran prematur, dan bayi dengan pertumbuhan abnormal. Dalam praktik, bidan melakukan pemeriksaan

laboratorium, memberikan edukasi mengenai pengendalian penyakit, dan bekerja sama dengan tim kesehatan lain untuk penyesuaian terapi jika diperlukan.

C. Imunisasi Sebelum Kehamilan

Imunisasi sebelum kehamilan merupakan contoh lain dari penerapan EBP. Pemberian vaksin rubella sebelum hamil mencegah cacat kongenital akibat rubella, sementara vaksin tetanus menurunkan risiko tetanus neonatal. Praktik ini diintegrasikan ke dalam layanan prakonsepsi melalui pemeriksaan status imunisasi pasien, pemberian vaksin yang diperlukan, serta pencatatan dan pemantauan dalam rekam medis. Bukti ini menunjukkan bahwa imunisasi pra-kehamilan merupakan tindakan preventif yang efektif dan berdampak langsung pada kesehatan bayi.

D. Konseling Gaya Hidup dan Perubahan Perilaku

EBP dalam prakonsepsi juga mencakup **konseling gaya hidup dan perubahan perilaku**. Edukasi berhenti merokok, menghindari alkohol, menjaga pola makan seimbang, dan rutin melakukan aktivitas fisik terbukti meningkatkan kesiapan kesehatan reproduksi serta menurunkan risiko komplikasi kehamilan. Intervensi ini dilakukan melalui pendekatan individual, dengan membangun rencana perubahan perilaku yang realistis, serta pemantauan kemajuan pasien secara berkala untuk memastikan implementasi yang berkelanjutan.

Intervensi berbasis digital mulai digunakan untuk mendukung praktik prakonsepsi berbasis bukti. Aplikasi mobile dan platform online dapat membantu calon ibu mencatat konsumsi asam folat, aktivitas fisik, serta pola makan, dan memberikan pengingat serta edukasi. Studi terbaru menunjukkan bahwa intervensi digital meningkatkan pengetahuan dan keterlibatan pengguna, namun efeknya terhadap luaran klinis seperti kepatuhan suplementasi, penghentian merokok atau alkohol, dan hasil kehamilan masih bervariasi. Oleh karena itu, pendekatan digital sebaiknya menjadi pelengkap, bukan pengganti konseling tatap muka.

Dalam kelompok remaja dan dewasa muda, bukti intervensi prakonsepsi masih terbatas. Kajian terbaru menunjukkan perlunya program yang peka terhadap usia, yang menggabungkan edukasi kesehatan reproduksi, nutrisi, kesehatan mental, serta pencegahan perilaku berisiko. Program berbasis sekolah atau komunitas dapat menjadi strategi yang efektif, tetapi evaluasi jangka panjang diperlukan untuk menilai dampak terhadap hasil kehamilan dan kesehatan ibu di masa depan.

Tantangan utama dalam implementasi EBP prakonsepsi meliputi rendahnya kesadaran masyarakat mengenai pentingnya perawatan sebelum hamil, terbatasnya akses ke layanan prakonsepsi, serta kapasitas tenaga kesehatan yang tidak merata. Kesenjangan ini terlihat jelas di negara berpendapatan rendah dan menengah, di mana integrasi layanan prakonsepsi dengan pelayanan kesehatan primer dan keluarga berencana masih kurang optimal.

Selain itu, **tantangan metodologis** juga muncul karena heterogenitas desain studi dan variasi indikator luaran. Hal ini membuat generalisasi hasil penelitian menjadi terbatas, sehingga intervensi harus disesuaikan dengan konteks lokal, karakteristik individu, dan sumber daya yang tersedia. Strategi implementasi yang efektif memerlukan dukungan kepemimpinan, pelatihan berulang, umpan balik kinerja, dan penggunaan alat bantu keputusan berbasis bukti.

Penguatan literasi EBP pada bidan dan tenaga kesehatan lain menjadi faktor penting. Pendidikan yang mengintegrasikan penelitian dan praktik melalui jurnal club, pembelajaran berbasis proyek, dan kolaborasi klinik-akademik terbukti membentuk pola pikir reflektif dan inkuiri. Hal ini membantu bidan tidak hanya memahami konsep EBP, tetapi juga terampil menerapkannya dalam situasi nyata, termasuk menyesuaikan intervensi prakonsepsi sesuai kondisi pasien.

Secara keseluruhan, *Evidence-Based Practice* dalam asuhan prakonsepsi menekankan perlunya integrasi antara bukti ilmiah, keterampilan klinis, dan kebutuhan individu. Praktik berbasis bukti yang konsisten, terstandar, dan berpusat pada pasien terbukti meningkatkan kesiapan calon ibu, menurunkan risiko komplikasi, dan menghasilkan luaran kehamilan yang lebih baik. Implementasi EBP juga mendorong evaluasi berkelanjutan dan penyesuaian intervensi berdasarkan bukti terbaru, sehingga perawatan prakonsepsi dapat terus berkembang dan relevan dengan perkembangan ilmu kebidanan.

RANGKUMAN

Evidence-Based Practice (EBP) dalam asuhan prakonsepsi merupakan pendekatan yang menggabungkan bukti ilmiah terkini dengan keterampilan klinis bidan serta kebutuhan dan nilai pasien untuk menghasilkan keputusan terbaik. Tujuan utamanya adalah meningkatkan kesehatan reproduksi, menurunkan risiko komplikasi kehamilan, dan memastikan luaran neonatal yang optimal. Setiap intervensi prakonsepsi dianjurkan berlandaskan penelitian yang valid, bukan sekadar kebiasaan atau pengalaman klinis.

Berbagai penelitian terbaru menegaskan pentingnya perawatan prakonsepsi dalam mempersiapkan kehamilan yang sehat. Optimalisasi kesehatan prakonsepsi mencakup pemenuhan gizi, pengendalian penyakit kronis, imunisasi, serta konseling gaya hidup. Bukti ilmiah menunjukkan bahwa intervensi prakonsepsi mampu menurunkan risiko bayi lahir prematur, berat lahir rendah, dan cacat tabung saraf. Dengan demikian, praktik berbasis bukti berfungsi sebagai strategi pencegahan yang efektif.

Contoh penerapan EBP dalam prakonsepsi antara lain pemberian suplementasi asam folat, skrining dan manajemen penyakit kronis, imunisasi sebelum kehamilan, serta konseling perilaku sehat. Asam folat terbukti mencegah cacat tabung saraf, manajemen penyakit kronis mengurangi risiko komplikasi obstetri, imunisasi rubella dan tetanus melindungi janin dari penyakit kongenital, sementara konseling gaya hidup

mendorong calon ibu menjaga pola hidup sehat. Intervensi digital juga mulai dikembangkan untuk mendukung kepatuhan, meskipun efektivitas klinisnya masih bervariasi.

Implementasi EBP dalam asuhan prakonsepsi menghadapi berbagai tantangan, seperti rendahnya kesadaran masyarakat, keterbatasan akses layanan, dan kapasitas tenaga kesehatan yang belum merata. Selain itu, perbedaan desain penelitian membuat generalisasi hasil masih terbatas. Oleh karena itu, intervensi perlu disesuaikan dengan konteks lokal dan karakteristik pasien. Penguatan literasi EBP pada tenaga kesehatan menjadi kunci agar praktik prakonsepsi lebih terstandar, relevan, dan berpusat pada pasien, sehingga kualitas kesehatan ibu dan bayi dapat terus ditingkatkan.

EVALUASI

1. Jelaskan pengertian *Evidence-Based Practice* (EBP) dalam asuhan prakonsepsi dan tujuan utamanya!
2. Mengapa praktik berbasis bukti lebih unggul dibandingkan praktik yang hanya berdasarkan pengalaman klinis?
3. Bagaimana peran status gizi prakonsepsi dalam mencegah komplikasi kehamilan?
4. Sebutkan determinan utama kesehatan prakonsepsi yang berpengaruh terhadap luaran reproduksi!
5. Apa manfaat imunisasi rubella sebelum kehamilan dalam konteks EBP?
6. Mengapa imunisasi tetanus termasuk ke dalam intervensi prakonsepsi berbasis bukti?
7. Sebutkan bentuk intervensi digital yang dapat digunakan untuk mendukung praktik prakonsepsi berbasis bukti!
8. Sebutkan tantangan utama dalam implementasi EBP prakonsepsi di negara berpendapatan rendah!
9. Bagaimana strategi penguatan literasi EBP dapat meningkatkan kualitas praktik bidan?
10. Mengapa evaluasi berkelanjutan penting dalam implementasi EBP prakonsepsi?
11. Seorang wanita usia 25 tahun datang untuk konseling prakonsepsi. Ia tidak pernah mengonsumsi asam folat. Apa intervensi berbasis bukti yang harus dilakukan bidan?
12. Pasien dengan riwayat diabetes mellitus ingin merencanakan kehamilan. Apa langkah EBP yang perlu dilakukan sebelum konsepsi?
13. Seorang wanita dengan riwayat hipertensi ingin hamil. Jelaskan tindakan berbasis bukti untuk menurunkan risiko komplikasi!
14. Pasien belum pernah mendapatkan imunisasi rubella. Apa rekomendasi bidan berdasarkan EBP?
15. Pasien ingin menggunakan aplikasi kesehatan untuk memantau konsumsi asam folat. Bagaimana bidan mendukung intervensi digital tersebut?
16. Seorang remaja putri dengan kebiasaan konsumsi alkohol sering menghadiri konseling prakonsepsi. Bagaimana pendekatan berbasis bukti untuk perubahan perilakunya?

17. Pasien dengan riwayat keluarga cacat kongenital datang untuk konseling prakonsepsi. Apa intervensi berbasis bukti yang perlu disampaikan?
18. Pasien dengan tekanan darah tidak terkontrol ingin segera hamil. Apa yang sebaiknya dilakukan bidan menurut prinsip EBP?
19. Pasien prakonsepsi tinggal di daerah pedesaan dengan akses terbatas ke layanan kesehatan. Bagaimana strategi implementasi EBP dalam kondisi ini?
20. Seorang bidan ingin meningkatkan literasi EBP di kliniknya. Apa strategi pembelajaran yang dapat digunakan agar tenaga kesehatan terampil menerapkan EBP prakonsepsi?

TOPIK 10

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PRAKONSEPSI

A. Alur Manajemen Asuhan Kebidanan

Manajemen asuhan kebidanan prakonsepsi merupakan rangkaian tindakan terstruktur yang bertujuan menyiapkan calon ibu agar memasuki kehamilan dalam kondisi kesehatan optimal. Alur manajemen ini mengintegrasikan langkah promotif, preventif, kuratif, dan rujukan yang disesuaikan dengan tingkat layanan kesehatan dan kebutuhan individu. Panduan global menekankan bahwa asuhan prakonsepsi harus bersifat komprehensif dan berkesinambungan, dimulai dari identifikasi kebutuhan, pengkajian risiko, intervensi yang tepat, hingga tindak lanjut dan evaluasi (World Health Organization, 2020).

Alur manajemen yang efektif umumnya terdiri dari beberapa tahapan dasar. Tahapan tersebut meliputi deteksi peluang, pengkajian komprehensif termasuk riwayat medis dan sosial, penetapan prioritas masalah, perencanaan asuhan individual, pelaksanaan intervensi seperti konseling, vaksinasi, suplementasi, dan manajemen penyakit kronis, serta evaluasi dan dokumentasi hasil. Model ini direkomendasikan dalam pedoman internasional dan publikasi praktik kebidanan modern (Mason *et al.*, 2021).

Dalam implementasinya, alur manajemen harus responsif terhadap konteks lokal. Di fasilitas pelayanan kesehatan primer, bidan sering menjadi tenaga kunci yang melakukan skrining awal, memberikan edukasi, serta merujuk bila diperlukan. Perencanaan alur harus memasukkan penanganan penyakit kronis, kesehatan mental, status imunisasi, dan faktor sosial ekonomi yang memengaruhi hasil kehamilan (Dean *et al.*, 2020).

Penguatan alur manajemen memerlukan penggunaan alat bantu klinis seperti daftar pemeriksaan prakonsepsi dan catatan elektronik apabila tersedia. Alat tersebut membantu standarisasi pemeriksaan, pengambilan keputusan, dan tindak lanjut. Standarisasi memudahkan pemantauan mutu layanan dan memungkinkan intervensi sistemik untuk meningkatkan cakupan layanan prakonsepsi (Bortolus *et al.*, 2020).

Evaluasi alur manajemen dilakukan pada dua tingkat, yaitu evaluasi individu dan evaluasi layanan atau populasi. Evaluasi individu bertujuan mengetahui apakah intervensi mengurangi risiko spesifik pada calon ibu, sedangkan evaluasi layanan atau populasi mengukur peningkatan cakupan dan kualitas layanan prakonsepsi. Penilaian hasil dapat menggunakan indikator proses seperti persentase perempuan yang menerima suplementasi asam folat dan indikator hasil seperti penurunan kejadian cacat tabung saraf (Cunningham *et al.*, 2022).

Agar alur manajemen dapat berjalan berkelanjutan, diperlukan dukungan kebijakan, kapasitas tenaga kesehatan, dan strategi pembiayaan yang memadai. Hambatan yang sering muncul meliputi keterbatasan pengetahuan penyedia layanan, ketidakmerataan akses, dan rendahnya kesadaran masyarakat. Oleh sebab itu, strategi keberlanjutan harus mencakup pelatihan tenaga kesehatan, kampanye edukasi publik, serta integrasi layanan prakonsepsi ke dalam paket layanan kesehatan primer (Lassi *et al.*, 2021).

B. Pengkajian Komprehensif Calon Ibu

Pengkajian komprehensif pada fase prakonsepsi mencakup pengumpulan informasi yang mendetail mengenai kondisi fisik, mental, sosial, dan riwayat kesehatan calon ibu. Langkah ini bertujuan mengidentifikasi faktor risiko yang dapat dimodifikasi sebelum kehamilan dimulai, sehingga dapat meminimalkan komplikasi selama kehamilan dan persalinan. Organisasi Kesehatan Dunia merekomendasikan pengkajian komprehensif sebagai fondasi utama layanan prakonsepsi (World Health Organization, 2020).

Aspek anamnesis meliputi riwayat kesehatan pribadi, riwayat reproduksi, penggunaan obat-obatan, alergi, kebiasaan gaya hidup, dan riwayat penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes melitus, atau gangguan tiroid. Riwayat keluarga terkait penyakit genetik dan kelainan bawaan juga harus dieksplorasi untuk memandu penilaian risiko dan intervensi yang diperlukan (Dean *et al.*, 2020).

Pemeriksaan fisik yang dilakukan harus mencakup penilaian status gizi, indeks massa tubuh, tekanan darah, pemeriksaan payudara, pemeriksaan kesehatan reproduksi, serta evaluasi kebugaran umum. Pemeriksaan ini dapat membantu mendeteksi kelainan yang memerlukan intervensi segera sebelum kehamilan berlangsung (Mason *et al.*, 2021).

Pemeriksaan penunjang yang umum dilakukan dalam pengkajian prakonsepsi antara lain pemeriksaan darah lengkap, kadar gula darah, fungsi tiroid, golongan darah, status imunisasi, serta skrining infeksi menular seksual. Hasil pemeriksaan ini menjadi dasar untuk menentukan kebutuhan vaksinasi, suplementasi, atau terapi penyakit tertentu sebelum hamil (Bortolus *et al.*, 2020).

Aspek psikososial tidak boleh diabaikan dalam pengkajian komprehensif. Faktor seperti status kesehatan mental, dukungan sosial, kondisi ekonomi, serta paparan terhadap kekerasan atau stres kronis sangat memengaruhi kesiapan kehamilan dan kesejahteraan ibu. Penilaian ini membantu tenaga kesehatan merancang intervensi yang lebih holistik (Lassi *et al.*, 2021).

Semua hasil pengkajian harus dicatat secara sistematis dalam rekam medis untuk memudahkan perencanaan, tindak lanjut, dan koordinasi antar tenaga kesehatan. Dokumentasi yang baik memungkinkan evaluasi perkembangan calon ibu dari waktu ke waktu serta menjadi bukti pelaksanaan asuhan yang sesuai standar (Cunningham *et al.*, 2022).

C. Perencanaan Asuhan Berdasarkan Masalah

Perencanaan asuhan prakonsepsi disusun berdasarkan hasil pengkajian komprehensif dengan mempertimbangkan prioritas masalah yang dihadapi calon ibu. Perencanaan harus bersifat individual, menyesuaikan dengan kondisi fisik, mental, sosial, serta keinginan reproduksi pasangan. Tujuannya adalah mempersiapkan kehamilan yang sehat dan meminimalkan risiko komplikasi (World Health Organization, 2020).

Dalam perencanaan asuhan, intervensi medis dapat meliputi pemberian suplementasi asam folat, vaksinasi yang diperlukan, pengelolaan penyakit kronis, serta penyesuaian obat-obatan yang aman untuk kehamilan. Intervensi ini disesuaikan dengan temuan pengkajian dan rekomendasi klinis terbaru (Dean *et al.*, 2020).

Intervensi nonmedis seperti konseling gizi, edukasi tentang gaya hidup sehat, penghentian kebiasaan merokok dan konsumsi alkohol, serta manajemen stres juga perlu dimasukkan dalam rencana. Pendekatan ini membantu menciptakan kondisi optimal sebelum konsepsi (Mason *et al.*, 2021).

Perencanaan harus mencakup mekanisme rujukan ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut apabila calon ibu memiliki risiko tinggi atau memerlukan penanganan khusus. Koordinasi antar tenaga kesehatan lintas disiplin diperlukan untuk memastikan intervensi yang tepat dan berkesinambungan (Lassi *et al.*, 2021).

Faktor aksesibilitas layanan dan kemampuan finansial calon ibu harus dipertimbangkan dalam penyusunan rencana. Perencanaan yang realistis akan meningkatkan kepatuhan dan keberhasilan program asuhan prakonsepsi (Bortolus *et al.*, 2020).

Rencana asuhan juga perlu dilengkapi dengan indikator keberhasilan yang dapat diukur, seperti peningkatan status gizi, pencapaian target kadar hemoglobin, atau status imunisasi yang lengkap sebelum kehamilan. Indikator ini memudahkan evaluasi efektivitas intervensi yang dilakukan (Cunningham *et al.*, 2022).

D. Implementasi dan Evaluasi Intervensi

Implementasi intervensi prakonsepsi merupakan tahap pelaksanaan dari rencana asuhan yang telah disusun. Tahap ini memerlukan keterlibatan aktif tenaga kesehatan dan calon ibu dalam proses pengambilan keputusan, sehingga intervensi yang dilakukan sesuai dengan kebutuhan dan dapat diterima oleh pasien (World Health Organization, 2020).

Jenis intervensi yang dilaksanakan dapat berupa pemberian suplementasi nutrisi, imunisasi, manajemen penyakit kronis, konseling gizi, promosi gaya hidup sehat, dan edukasi mengenai tanda bahaya selama kehamilan. Intervensi ini harus berbasis bukti ilmiah dan disesuaikan dengan pedoman praktik klinis terkini (Dean *et al.*, 2020).

Evaluasi pelaksanaan intervensi dilakukan secara berkala untuk memastikan bahwa kegiatan telah dilaksanakan sesuai rencana. Evaluasi ini mencakup pemeriksaan ulang kondisi fisik, pemantauan hasil laboratorium, serta penilaian perubahan perilaku yang diharapkan (Mason *et al.*, 2021).

Pengukuran keberhasilan intervensi dapat dilihat dari dua aspek, yaitu indikator proses dan indikator hasil. Indikator proses meliputi jumlah calon ibu yang menerima intervensi sesuai standar, sedangkan indikator hasil meliputi perbaikan status kesehatan atau penurunan faktor risiko tertentu (Bortolus *et al.*, 2020).

Apabila hasil evaluasi menunjukkan adanya hambatan atau kegagalan pencapaian target, maka rencana asuhan harus disesuaikan. Pendekatan perbaikan berkelanjutan melalui siklus perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan revisi akan meningkatkan efektivitas program (Lassi *et al.*, 2021).

Pelibatan calon ibu dalam proses evaluasi sangat penting agar intervensi lebih relevan dan sesuai dengan kebutuhan nyata di lapangan. Komunikasi yang terbuka antara tenaga kesehatan dan pasien dapat meningkatkan kepercayaan serta kepatuhan terhadap rencana asuhan (Cunningham *et al.*, 2022).

E. Dokumentasi Asuhan Prakonsepsi

Dokumentasi asuhan prakonsepsi adalah proses pencatatan seluruh informasi yang berkaitan dengan pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi asuhan. Dokumentasi yang baik menjadi bukti tertulis pelaksanaan layanan dan memudahkan koordinasi antar tenaga kesehatan (World Health Organization, 2020).

Informasi yang dicatat harus mencakup identitas pasien, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, rencana asuhan, intervensi yang dilakukan, respon pasien, serta tindak lanjut yang direncanakan. Catatan ini juga berfungsi sebagai bahan evaluasi kualitas pelayanan (Dean *et al.*, 2020).

Format dokumentasi dapat berupa rekam medis tertulis atau elektronik dengan menggunakan format standar yang telah ditetapkan. Standarisasi ini membantu memastikan kelengkapan informasi dan meminimalkan kesalahan pencatatan (Mason *et al.*, 2021).

Dokumentasi edukasi dan persetujuan tindakan juga sangat penting untuk dicatat. Hal ini berkaitan dengan aspek hukum dan etika, terutama untuk memastikan bahwa pasien telah memahami dan menyetujui intervensi yang akan dilakukan (Bortolus *et al.*, 2020).

Data yang terkumpul dari dokumentasi prakonsepsi dapat digunakan sebagai sumber informasi bagi penelitian, perencanaan program kesehatan, serta pengambilan keputusan berbasis bukti. Oleh karena itu, kualitas dan keamanan data harus selalu dijaga (Lassi *et al.*, 2021).

Perlindungan kerahasiaan informasi pasien adalah hal yang wajib dipatuhi sesuai dengan kode etik profesi dan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Hal ini penting untuk mempertahankan kepercayaan masyarakat terhadap layanan prakonsepsi (Cunningham *et al.*, 2022).

RANGKUMAN

Manajemen asuhan kebidanan prakonsepsi merupakan suatu pendekatan terstruktur yang bertujuan menyiapkan calon ibu agar dapat hamil dalam kondisi optimal. Proses ini meliputi pengkajian risiko, perencanaan asuhan, pelaksanaan intervensi, evaluasi, serta dokumentasi. Setiap tahapan saling berkaitan untuk mendukung keberhasilan kehamilan yang sehat. Alur manajemen menekankan pentingnya tindakan promotif dan preventif, disertai penatalaksanaan kuratif maupun rujukan sesuai kebutuhan, sehingga calon ibu memperoleh asuhan yang komprehensif dan berkesinambungan.

Pengkajian komprehensif menjadi fondasi utama dalam manajemen prakonsepsi. Pengumpulan data dilakukan secara menyeluruh meliputi riwayat kesehatan, status gizi, kondisi fisik, pemeriksaan laboratorium, serta aspek psikososial. Hal ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor risiko yang dapat dimodifikasi sebelum kehamilan dimulai. Hasil pengkajian kemudian digunakan untuk menyusun rencana asuhan individual yang disesuaikan dengan kondisi fisik, mental, sosial, serta keinginan reproduksi calon ibu.

Perencanaan asuhan dilakukan dengan menetapkan prioritas masalah dan menentukan intervensi medis maupun nonmedis. Intervensi dapat berupa suplementasi, imunisasi, pengelolaan penyakit kronis, konseling gizi, promosi gaya hidup sehat, hingga manajemen stres. Pada calon ibu dengan risiko tinggi, perencanaan juga mencakup mekanisme rujukan dan koordinasi antar tenaga kesehatan. Perencanaan ini tidak hanya memperhatikan kondisi klinis, tetapi juga faktor aksesibilitas dan kemampuan finansial sehingga intervensi yang disusun lebih realistis dan efektif.

Tahap implementasi merupakan pelaksanaan dari rencana yang telah dibuat, sedangkan evaluasi dilakukan untuk menilai keberhasilan intervensi. Evaluasi mencakup indikator proses seperti jumlah calon ibu yang mendapat intervensi sesuai standar, serta indikator hasil seperti perbaikan status kesehatan. Seluruh proses dicatat dalam dokumentasi yang sistematis sebagai bukti pelaksanaan layanan sekaligus alat koordinasi antar tenaga kesehatan. Dokumentasi juga memiliki nilai etis dan legal serta dapat menjadi sumber data untuk penelitian dan perencanaan program kesehatan berbasis bukti.

EVALUASI

1. Jelaskan tahapan utama dalam alur manajemen asuhan kebidanan prakonsepsi menurut WHO!
2. Mengapa pengkajian komprehensif menjadi fondasi penting dalam asuhan prakonsepsi?
3. Apa perbedaan indikator proses dan indikator hasil dalam evaluasi asuhan prakonsepsi? Berikan contohnya!
4. Mengapa dokumentasi asuhan prakonsepsi memiliki nilai etis dan legal?
5. Bagaimana cara menentukan prioritas masalah dalam perencanaan asuhan prakonsepsi?
6. Sebutkan tiga contoh intervensi medis yang lazim dilakukan pada fase prakonsepsi!
7. Bagaimana strategi untuk memastikan keberlanjutan program layanan prakonsepsi di tingkat masyarakat?
8. Sebutkan tiga contoh intervensi medis yang lazim dilakukan pada fase prakonsepsi!
9. Sebutkan minimal tiga manfaat dokumentasi elektronik dalam prakonsepsi!
10. Mengapa status kesehatan mental perlu diperhatikan dalam layanan prakonsepsi?
11. Seorang wanita 24 tahun datang untuk konseling prakonsepsi. Ia memiliki riwayat keluarga dengan diabetes melitus tipe 2. Apa langkah pengkajian dan intervensi yang tepat untuk kasus ini?
12. Pasangan usia subur ingin merencanakan kehamilan, tetapi calon ibu memiliki riwayat hipertensi kronis. Bagaimana Anda menyusun rencana asuhan prakonsepsi?
13. Seorang wanita 28 tahun memiliki kebiasaan merokok dan ingin hamil dalam 6 bulan. Apa intervensi prioritas yang harus dilakukan?
14. Wanita 30 tahun dengan riwayat keguguran berulang ingin merencanakan kehamilan lagi. Bagaimana strategi pengkajian dan perencanaan asuhannya?
15. Seorang calon ibu dengan indeks massa tubuh (IMT) 17 kg/m^2 datang untuk pemeriksaan prakonsepsi. Apa risiko yang mungkin dihadapi dan bagaimana intervensi yang tepat?
16. Pasien prakonsepsi dengan anemia sedang (Hb 9 g/dl) datang untuk konsultasi. Jelaskan langkah manajemen yang harus dilakukan sebelum ia hamil!
17. Seorang wanita usia 32 tahun dengan riwayat operasi tiroid ingin hamil. Apa saja yang perlu dievaluasi dalam asuhan prakonsepsi?
18. Calon ibu mengalami depresi ringan berdasarkan hasil skrining psikologis. Bagaimana bidan harus mengintegrasikan temuan ini dalam perencanaan asuhan?
19. Wanita usia 27 tahun datang dengan kadar gula darah puasa 140 mg/dl. Apa yang harus menjadi fokus intervensi prakonsepsi pada kasus ini?
20. Seorang calon ibu dengan penyakit ginjal kronis datang untuk konseling prakonsepsi. Bagaimana mekanisme rujukan dan koordinasi layanan harus dilakukan?

DAFTAR PUSTAKA

- Conde-Agudelo, A., Rosas-Bermúdez, A., & Castaño, F. (2020). Effects of birth spacing on maternal, perinatal, infant, and child health: A systematic review of causal mechanisms. *World Health Organization*. <https://doi.org/10.2471/BLT.20.250092>
- Dean, S. V., Lassi, Z. S., Imam, A. M., & Bhutta, Z. A. (2020). Preconception care: Closing the gap in the continuum of care to accelerate improvements in maternal, newborn, and child health. *Reproductive Health*, 11(3), 1–8. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-S3-S1>
- Handayani, S., Pratiwi, R. D., & Nuraini, A. (2021). Tantangan implementasi pelayanan kesehatan reproduksi prakonsepsi di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 12(2), 101–110. <https://doi.org/10.22435/kespro.v12i2.4567>
- Kurniati, A., Sari, M., & Pratiwi, Y. (2022). The importance of preconception health education to prevent pregnancy complications. *International Journal of Midwifery and Nursing Practice*, 5(1), 45–53. <https://doi.org/10.5430/ijmnp.v5n1p45>
- Sari, N., Wulandari, D., & Fitriani, L. (2021). Preconception counseling and education: Its impact on women's reproductive health preparedness. *Asian Journal of Public Health*, 13(4), 211–218. <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2021.00345.X>
- UNFPA. (2022). *The state of the world's midwifery 2022: Evidence and analysis for sustainable development*. United Nations Population Fund. <https://www.unfpa.org/publications>
- Wijayanti, T., Astuti, R., & Lestari, H. (2022). Preconception nutrition and anemia prevention: A strategy for healthy pregnancy outcomes. *Global Health Science Journal*, 14(2), 88–97. <https://doi.org/10.1186/ghsj.v14i2.2022>
- World Health Organization. (2020). *Preconception care: Maximizing the gains for maternal and child health*. WHO Press. <https://www.who.int/publications>
- World Health Organization. (2022). *Meeting to develop a global consensus on preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity*. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/78067>
- World Health Organization. (2023). *Nutrition counseling and supplementation before and during pregnancy*. WHO Press. <https://www.who.int/publications>
- Zhang, Y., Li, X., & Wang, H. (2023). Impact of preconception interventions on pregnancy outcomes: A meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 405. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05567-9>

BAB IV

FERTILITAS DAN INFERTILITAS

Fertilitas dan infertilitas merupakan dua konsep yang sangat penting dalam Kesehatan reproduksi. Fertilitas mengacu pada kemampuan seseorang untuk memiliki anak, sedangkan infertilitas merupakan ketidakmampuan seseorang untuk memiliki anak setelah melakukan hubungan seksual yang teratur tanpa menggunakan kontrasepsi selama setahun atau lebih (WHO, 2020). Masalah fertilitas dan infertilitas dapat mempengaruhi kualitas hidup seseorang dan pasangannya, serta dapat memiliki dampak emosional dan psikologis yang signifikan.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Kurniati *et al.* (2022), prevalensi infertilitas di Indonesia masih cukup tinggi, yaitu sekitar 15-20% dari pasangan usia reproduktif. Faktor – faktor yang dapat mempengaruhi fertilitas dan infertilitas meliputi faktor biologis, lingkungan, dan gaya hidup. Faktor biologis meliputi kondisi Kesehatan reproduksi, seperti gangguan ovulasi, endometriosis, dan gangguan sperma. Faktor lingkungan meliputi paparan polusi, radiasi, dan bahan kimia berbahaya. Sedangkan faktor gaya hidup meliputi kebiasaan merokok, konsumsi alcohol, dan stress.

Pengetahuan dan kesadaran tentang fertilitas dan infertilitas masih rendah dikalangan masyarakat saat ini. Oleh karena itu perlu dilakukan edukasi dan promosi Kesehatan reproduksi untuk meningkatkan kesadaran dan pengetahuan masyarakat tentang fertilitas dan infertilitas (Sari *et al.*, 2021).

Dalam beberapa tahun terakhir, telah terjadi kemajuan signifikan dalam teknologi reproduksi berbantuan, seperti inseminasi intrauterine(IUI) dan fertilisasi in vitro(IVF). Namun, teknologi ini masih memiliki keterbatasan dan tidak semua pasangan dapat mengaksesnya. Oleh karena itu, perlu dilakukan upaya untuk meningkatkan aksesibilitas dan kualitas layanan Kesehatan reproduksi, termasuk layanan fertilitas dan infertilitas.

TOPIK 1

DEFINISI DAN KLASIFIKASI INFERTILITAS

A. Pengertian Fertilitas dan Infertilitas

Fertilitas adalah kemampuan alami suatu pasangan untuk menghasilkan keturunan melalui proses reproduksi yang berjalan dengan baik. Kemampuan ini dipengaruhi oleh kesehatan organ reproduksi, keseimbangan hormon, kualitas sel reproduksi, dan kondisi lingkungan yang mendukung proses pembuahan hingga implantasi embrio di rahim. Dalam keadaan normal, pasangan yang berada pada usia reproduktif optimal, yakni antara 20 hingga 30 tahun, memiliki peluang kehamilan sekitar dua puluh hingga dua puluh lima persen pada setiap siklus menstruasi. Peluang ini akan menurun seiring bertambahnya usia, terutama pada wanita setelah usia tiga puluh lima tahun akibat penurunan jumlah dan kualitas sel telur (Vitek *et al.*, 2021).

Infertilitas merupakan suatu kondisi yang menunjukkan adanya hambatan atau ketidakmampuan pasangan untuk mencapai kehamilan meskipun telah melakukan hubungan seksual secara teratur tanpa penggunaan metode kontrasepsi dalam jangka waktu tertentu. Organisasi Kesehatan Dunia (World Health Organization/WHO) menetapkan bahwa batas waktu yang digunakan untuk menegaskan diagnosis infertilitas adalah dua belas bulan atau lebih hubungan seksual tanpa pelindung, dengan frekuensi yang cukup, yaitu minimal dua hingga tiga kali dalam seminggu (Zegers-Hochschild *et al.*, 2021). Batas waktu ini didasarkan pada data epidemiologi yang menunjukkan bahwa sebagian besar pasangan sehat akan mencapai kehamilan dalam waktu satu tahun jika tidak menggunakan kontrasepsi.

Definisi infertilitas perlu mempertimbangkan berbagai faktor, termasuk usia pasangan, frekuensi hubungan seksual, riwayat kesehatan reproduksi, dan adanya penyakit penyerta yang dapat memengaruhi kesuburan. Pada pasangan dengan usia wanita di atas tiga puluh lima tahun, evaluasi terhadap kemungkinan infertilitas biasanya dilakukan lebih awal, yaitu setelah enam bulan hubungan seksual tanpa perlindungan, karena pada kelompok ini terdapat penurunan cadangan ovarium yang signifikan (ASRM, 2020). Pendekatan ini penting untuk meminimalkan keterlambatan diagnosis dan memungkinkan intervensi yang lebih efektif.

Selain itu, pemahaman tentang fertilitas dan infertilitas tidak hanya bersifat medis, tetapi juga memiliki dimensi sosial, psikologis, dan budaya. Pada umumnya, keberhasilan memiliki keturunan dianggap sebagai salah satu tujuan utama pernikahan, sehingga infertilitas sering kali menimbulkan tekanan emosional dan sosial pada pasangan yang mengalaminya (Gürtin & Faircloth, 2022). Hal ini

menunjukkan bahwa infertilitas bukan sekadar masalah kesehatan, tetapi juga permasalahan yang kompleks dengan dampak multidimensi.

Dengan demikian, fertilitas menggambarkan kemampuan reproduksi yang normal, sedangkan infertilitas adalah kondisi patologis atau fungsional yang menghambat terjadinya kehamilan dalam jangka waktu tertentu meskipun aktivitas seksual dilakukan secara teratur tanpa kontrasepsi. Pemahaman definisi ini menjadi dasar penting bagi tenaga kesehatan dalam melakukan skrining, diagnosis, dan penatalaksanaan masalah kesuburan, sehingga intervensi yang diberikan dapat bersifat tepat sasaran dan sesuai kebutuhan pasangan.

B. Klasifikasi Infertilitas

a. Infertilitas Primer

Infertilitas primer adalah pasangan suami istri belum mampu dan belum pernah memiliki anak atau hamil setelah 1 tahun berhubungan suami istri sebanyak 2-3 kali per minggu tanpa menggunakan alat kontrasepsi dalam bentuk apapun. Yang dimaksud kehamilan di sini adalah kehamilan klinis, yaitu kehamilan yang dapat dibuktikan melalui pemeriksaan medis seperti ultrasonografi atau pemeriksaan laboratorium hormon kehamilan.

Infertilitas primer menekankan pada ketiadaan riwayat kehamilan sebelumnya. Kondisi ini dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik dari pihak perempuan (misalnya gangguan ovulasi, kelainan tuba falopi, kelainan rahim, atau endometriosis) maupun pihak laki-laki (misalnya jumlah sperma yang rendah, kualitas sperma buruk, atau gangguan ejakulasi).

b. Infertilitas Sekunder

Infertilitas sekunder adalah kondisi ketika seorang wanita atau pasangan pernah mengalami kehamilan sebelumnya, baik berakhir dengan kelahiran hidup, keguguran, maupun kehamilan ektopik, tetapi kemudian tidak berhasil hamil kembali meskipun sudah melakukan hubungan seksual teratur tanpa kontrasepsi selama minimal 12 bulan.

Menurut definisi WHO dan ASRM, infertilitas sekunder dibedakan dari infertilitas primer karena adanya riwayat kehamilan di masa lalu, sehingga masalah baru muncul setelah kehamilan pertama atau kehamilan sebelumnya (WHO, 2021; ASRM, 2023). Hal ini sering kali disebabkan oleh faktor baru, misalnya perlengketan tuba falopi setelah infeksi pascapersalinan, komplikasi operasi seperti kuretase atau sesar, endometriosis yang berkembang kemudian, atau penurunan kualitas sperma seiring bertambahnya usia.

Infertilitas sekunder kerap menimbulkan beban psikologis yang berbeda dibanding infertilitas primer, karena pasangan mungkin merasa “pernah bisa hamil” sehingga lebih tertekan ketika kemudian tidak bisa mendapatkan kehamilan berikutnya.

c. Perbedaan Infertilitas Primer dan Infertilitas Sekunder

Perbedaan utama antara kedua kondisi ini terletak pada Riwayat kehamilan. Pada infertilitas primer, tidak pernah ada riwayat kehamilan sama sekali,

sedangkan pada infertilitas sekunder terdapat riwayat kehamilan sebelumnya meskipun tidak selalu berakhir dengan kelahiran hidup. Dari segi psikologis, infertilitas sekunder dapat menimbulkan stres berbeda, karena pasangan mungkin merasa mampu hamil sebelumnya tetapi kemudian kehilangan kemampuan tersebut.

C. Dampak Infertilitas

a. Dampak Terhadap Kesehatan Fisik

Infertilitas tidak hanya memengaruhi kemampuan pasangan untuk memiliki keturunan, tetapi juga dapat berdampak pada kesehatan fisik, khususnya bagi pihak yang menjalani prosedur medis berulang. Perawatan infertilitas, seperti stimulasi ovarium, inseminasi buatan, atau fertilisasi in vitro (IVF), berpotensi menimbulkan efek samping seperti ketidakseimbangan hormon, rasa nyeri, atau komplikasi medis tertentu. Pada sebagian wanita, penggunaan obat perangsang ovulasi dapat menyebabkan sindrom hiperstimulasi ovarium (OHSS) yang memerlukan penanganan serius (Balen *et al.*, 2021). Selain itu, infertilitas juga dapat berkaitan dengan penyakit penyerta seperti endometriosis, sindrom ovarium polikistik (PCOS), atau gangguan tiroid yang memerlukan perhatian medis menyeluruh.

b. Dampak Terhadap Kesehatan Mental

Secara psikologis, infertilitas sering memicu tekanan emosional yang signifikan. Pasangan yang mengalami kondisi ini kerap merasakan stres berkepanjangan, rasa cemas berlebihan, perasaan gagal, hingga gejala depresi. Faktor penyebabnya antara lain kegagalan upaya berulang untuk hamil, tuntutan waktu yang panjang dalam proses pengobatan, dan harapan tinggi dari diri sendiri maupun lingkungan (Patel *et al.*, 2022). Rasa percaya diri juga dapat menurun, terutama pada individu yang merasa bahwa kemampuan reproduksi adalah bagian dari identitas diri dan keberhasilan dalam berumah tangga.

c. Dampak Terhadap Hubungan Sosial

Infertilitas juga berdampak pada hubungan sosial, baik dalam lingkup keluarga maupun masyarakat. Pada masyarakat yang menjunjung tinggi nilai keberhasilan memiliki keturunan sebagai simbol kehormatan atau keberlanjutan garis keturunan, pasangan tanpa anak sering menghadapi stigma negatif. Tekanan ini dapat datang dalam bentuk komentar, pertanyaan yang mengganggu, hingga desakan untuk menjalani pengobatan tertentu. Situasi ini dapat mengganggu keharmonisan rumah tangga, bahkan memicu konflik antar pasangan (Donkor & Sandall, 2021).

d. Dampak Ekonomi

Biaya pengobatan infertilitas merupakan salah satu tantangan terbesar bagi pasangan. Prosedur seperti IVF atau inseminasi buatan memerlukan biaya yang cukup tinggi dan sering kali tidak sepenuhnya ditanggung oleh asuransi kesehatan. Selain itu, proses pengobatan yang memerlukan waktu panjang dan kunjungan medis berulang dapat mengurangi produktivitas kerja, sehingga

menambah beban ekonomi keluarga (Hammarberg *et al.*, 2022). Beban ini dapat semakin berat apabila pasangan perlu menjalani pengobatan di luar negeri atau memerlukan lebih dari satu siklus terapi reproduksi berbantu.

RANGKUMAN

yang normal, sedangkan infertilitas merupakan kondisi ketidakmampuan pasangan mencapai kehamilan setelah melakukan hubungan seksual teratur tanpa kontrasepsi dalam kurun waktu tertentu. WHO menetapkan batas waktu diagnosis infertilitas adalah setelah 12 bulan hubungan seksual tanpa perlindungan, sedangkan pada wanita usia di atas 35 tahun evaluasi dilakukan lebih cepat, yaitu setelah 6 bulan, karena terjadi penurunan cadangan ovarium. Faktor usia, frekuensi hubungan, dan kondisi medis turut memengaruhi status kesuburan.

Infertilitas diklasifikasikan menjadi dua, yaitu infertilitas primer dan sekunder. Infertilitas primer terjadi pada pasangan yang belum pernah memiliki riwayat kehamilan, sedangkan infertilitas sekunder terjadi pada pasangan yang pernah hamil sebelumnya, namun tidak mampu hamil kembali meskipun telah melakukan hubungan seksual teratur tanpa kontrasepsi. Perbedaan utama keduanya terletak pada adanya riwayat kehamilan di masa lalu, meskipun tidak selalu berakhir dengan kelahiran hidup.

Dampak infertilitas tidak hanya berkaitan dengan kesehatan fisik akibat prosedur medis berulang, seperti stimulasi ovarium atau fertilisasi *in vitro* yang dapat menimbulkan komplikasi, tetapi juga berdampak pada aspek psikologis. Pasangan sering kali mengalami stres, kecemasan, perasaan gagal, bahkan depresi akibat upaya kehamilan yang berulang kali tidak berhasil. Hal ini dapat menurunkan rasa percaya diri dan kualitas hidup pasangan.

Selain aspek medis dan psikologis, infertilitas juga berdampak pada hubungan sosial dan ekonomi. Pasangan tanpa anak kerap menghadapi stigma negatif dari masyarakat, yang dapat memicu tekanan emosional maupun konflik rumah tangga. Dari sisi ekonomi, biaya pengobatan infertilitas cukup tinggi dan tidak selalu ditanggung oleh asuransi kesehatan, sehingga menambah beban keuangan keluarga. Dengan demikian, infertilitas merupakan masalah kompleks yang memerlukan penanganan multidisiplin.

EVALUASI

1. Jelaskan definisi fertilitas menurut literatur terbaru dan faktor apa saja yang memengaruhinya?
2. Mengapa peluang kehamilan menurun signifikan setelah usia 35 tahun pada wanita? Jelaskan mekanismenya!
3. Jelaskan perbedaan definisi infertilitas menurut WHO dan ASRM?
4. Apa dasar epidemiologi yang digunakan WHO dalam menetapkan batas waktu 12 bulan untuk diagnosis infertilitas?
5. Sebutkan kriteria hubungan seksual yang dianggap “cukup” untuk evaluasi infertilitas menurut WHO!
6. Jelaskan definisi infertilitas primer beserta faktor penyebab umumnya!
7. Jelaskan definisi infertilitas sekunder beserta penyebab yang sering ditemukan!
8. Apa itu OHSS (Ovarian Hyperstimulation Syndrome), dan bagaimana hubungannya dengan terapi infertilitas?
9. Jelaskan mengapa infertilitas dianggap sebagai masalah multidimensi (biomedis, psikologis, sosial, ekonomi)!
10. Jelaskan dampak psikologis infertilitas terhadap individu dan pasangan!
11. Seorang wanita usia 26 tahun menikah 2 tahun, melakukan hubungan rutin tanpa kontrasepsi namun belum hamil. Jelaskan klasifikasi infertilitasnya!
12. Wanita 37 tahun sudah 7 bulan menikah tanpa kontrasepsi, belum hamil. Apakah sudah masuk kriteria infertilitas? Berikan penjelasan!
13. Pasien Wanita dengan infertilitas sekunder memiliki riwayat kuretase setelah keguguran. Jelaskan kemungkinan mekanisme yang menyebabkan infertilitas!
14. Seorang wanita infertil dengan PCOS menjalani terapi hormon berulang. Jelaskan risiko kesehatan fisik yang mungkin timbul!
15. Pasangan infertil mengalami kesulitan biaya karena sudah 3 kali mencoba IVF. Analisis dampak ekonomi kasus ini!
16. Pasien infertil mengalami depresi ringan akibat stigma masyarakat. Bagaimana seharusnya tenaga kesehatan memberi dukungan psikologis?
17. Seorang Wanita infertil menjalani pengobatan jangka panjang, menyebabkan gangguan siklus haid. Analisis dampak fisik dari terapi ini!
18. Pasangan infertil dengan infertilitas sekunder merasa lebih stres karena pernah hamil sebelumnya namun tidak bisa hamil kembali. Analisis kasus ini!
19. Pasangan infertil dengan infertilitas primer merasa “tidak normal” karena belum pernah hamil. Jelaskan perbedaan beban psikologis dengan infertilitas sekunder!
20. Seorang wanita infertil merasa rendah diri dan kehilangan kepercayaan diri dalam hubungan sosial. Analisis kasus dari aspek psikologis!

TOPIK 2

ETIOLOGI DAN FAKTOR RISIKO INFERTILITAS

A. Faktor yang Berasal dari Perempuan

a. Gangguan Ovulasi

Gangguan ovulasi adalah penyebab umum infertilitas pada perempuan. Kondisi ini dapat mengakibatkan sel telur tidak matang dengan baik atau tidak dilepaskan sama sekali. Salah satu penyebab utama gangguan ovulasi adalah sindrom ovarium polikistik (SOPK), yaitu gangguan hormonal yang ditandai oleh pembentukan kista kecil pada ovarium dan ketidakseimbangan hormon androgen. Selain SOPK, gangguan fungsi tiroid, baik hipotiroidisme maupun hipertiroidisme, dapat memengaruhi siklus menstruasi dan ovulasi. Hiperprolaktinemia, yaitu peningkatan kadar hormon prolaktin di luar batas normal, juga dapat menghambat pelepasan hormon yang memicu ovulasi. Kegagalan ovarium prematur, yaitu berhentinya fungsi ovarium sebelum usia 40 tahun, menjadi penyebab lain yang berdampak besar pada kesuburan.

b. Kelainan pada Tuba Falopi

Kelainan pada tuba falopi menjadi faktor penting dalam infertilitas. Tuba falopi berperan membawa sel telur dari ovarium menuju rahim dan menjadi tempat terjadinya pembuahan. Kerusakan atau sumbatan pada tuba falopi dapat menghalangi pertemuan sel telur dengan sperma. Infeksi panggul yang disebabkan oleh penyakit menular seksual seperti klamidia atau gonore sering menjadi penyebab utama kerusakan tuba. Riwayat operasi pada daerah panggul, seperti operasi kista ovarium atau operasi kehamilan ektopik, juga dapat meninggalkan jaringan parut yang menghambat fungsi tuba. Endometriosis, yaitu pertumbuhan jaringan endometrium di luar rahim, dapat menyebabkan perlekatan dan kerusakan struktur tuba.

c. Kelainan pada Rahim

Kelainan pada rahim dapat mengganggu proses implantasi embrio dan meningkatkan risiko keguguran. Mioma submukosa, yaitu tumor jinak yang tumbuh di lapisan dalam rahim, dapat mengubah bentuk rongga rahim dan menghambat perlekatan embrio. Polip endometrium, yaitu pertumbuhan jaringan pada lapisan dalam rahim, juga dapat mengganggu lingkungan yang diperlukan untuk implantasi. Selain itu, kelainan bawaan bentuk rahim, seperti rahim septum atau bicornuate uterus, dapat menurunkan peluang kehamilan (Practice Committee of the ASRM, 2021).

d. Faktor Serviks

Faktor serviks turut memengaruhi kesuburan perempuan. Kelainan pada lendir serviks, baik dari segi jumlah maupun kualitas, dapat menghambat

pergerakan sperma menuju rahim. Infeksi kronis atau prosedur medis yang memengaruhi serviks juga dapat menjadi faktor penghambat.

B. Faktor yang Berasal dari Laki-Laki

a. Varikokel

Varikokel merupakan penyebab tersering infertilitas pria yang dapat ditemukan pada sekitar 15–20 persen populasi pria secara umum, dan hingga 40 persen pada pria dengan masalah kesuburan (Nieschlag & Behre, 2022). Varikokel adalah pelebaran abnormal pada pembuluh darah vena di dalam skrotum yang dapat meningkatkan suhu testis dan mengganggu proses spermatogenesis. Peningkatan suhu ini mengakibatkan kerusakan DNA sperma serta penurunan motilitas sperma.

b. Infeksi Saluran Reproduksi

Infeksi saluran reproduksi seperti epididimitis, orkitis, atau infeksi menular seksual (misalnya *Chlamydia trachomatis* dan *Neisseria gonorrhoeae*) dapat merusak jaringan testis, epididimis, atau saluran sperma. Kerusakan ini dapat menyebabkan sumbatan atau gangguan fungsi sperma. Infeksi juga dapat memicu reaksi inflamasi yang menghasilkan radikal bebas, sehingga merusak membran sel sperma.

c. Gangguan Hormonal

Gangguan hormonal yang mempengaruhi sumbu hipotalamus-hipofisis-gonad dapat mengakibatkan produksi sperma menurun. Kondisi seperti hipogonadisme hipogonadotropik, hiperprolaktinemia, atau disfungsi tiroid dapat memengaruhi produksi testosteron dan proses spermatogenesis (Kumar & Singh, 2023). Penanganan gangguan hormonal ini biasanya melibatkan terapi obat atau intervensi medis yang disesuaikan dengan penyebabnya.

d. Trauma pada Testis

Trauma pada testis baik akibat kecelakaan, olahraga, atau pembedahan dapat merusak jaringan penghasil sperma. Cedera yang menyebabkan pecahnya testis atau gangguan aliran darah ke testis akan berdampak langsung pada kualitas dan kuantitas sperma.

e. Paparan Panas Berlebihan

Paparan panas berlebihan dalam jangka panjang, seperti penggunaan sauna atau hot tub secara rutin, bekerja di lingkungan dengan suhu tinggi, atau penggunaan laptop di pangkuan dalam waktu lama, dapat meningkatkan suhu skrotum. Kondisi ini terbukti menurunkan jumlah dan motilitas sperma (Jung & Schuppe, 2020).

f. Faktor Genetik

faktor genetik juga berperan penting. Kelainan kromosom seperti sindrom Klinefelter (47,XXY) menyebabkan gangguan perkembangan testis dan penurunan produksi testosteron. Selain itu, mikrodelsi kromosom Y dapat mengganggu gen yang mengatur pembentukan sperma. Pemeriksaan genetik

sering direkomendasikan bagi pria dengan azoospermia (tidak adanya sperma dalam semen) atau oligozoospermia berat (jumlah sperma sangat sedikit).

C. Faktor Gabungan dan Tidak Diketahui

Faktor gabungan dan tidak diketahui dalam infertilitas merupakan dua kategori penting yang sering dijumpai dalam praktik klinis. Infertilitas faktor gabungan terjadi ketika baik pihak perempuan maupun pihak laki-laki memiliki gangguan yang dapat memengaruhi kesuburan. Misalnya, seorang perempuan mungkin mengalami gangguan ovulasi atau kelainan pada rahim, sementara pasangannya memiliki jumlah atau kualitas sperma yang rendah. Keadaan ini membuat proses pembuahan semakin sulit karena hambatan terjadi pada kedua belah pihak secara bersamaan. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa prevalensi infertilitas faktor gabungan cukup tinggi, terutama pada pasangan yang telah mencoba untuk hamil selama lebih dari dua tahun tanpa keberhasilan (Mascarenhas *et al.*, 2022).

Selain faktor gabungan, terdapat pula kondisi yang dikenal sebagai infertilitas idiopatik atau penyebab yang tidak diketahui. Infertilitas jenis ini terjadi pada sekitar 10 hingga 20 persen pasangan yang menjalani pemeriksaan lengkap tetapi hasilnya menunjukkan bahwa semua parameter reproduksi berada dalam batas normal (Practice Committee of the ASRM, 2022). Kondisi ini sering menimbulkan kebingungan baik bagi pasangan maupun tenaga kesehatan, karena secara medis tidak ditemukan kelainan yang jelas namun kehamilan tetap tidak terjadi. Penelitian terbaru mengungkapkan bahwa infertilitas idiopatik kemungkinan berkaitan dengan faktor-faktor mikroskopis atau molekuler yang belum dapat dideteksi dengan pemeriksaan konvensional, seperti gangguan pada interaksi sperma dan sel telur, ketidakseimbangan sistem imun, atau kelainan genetik yang sangat halus (Garrido *et al.*, 2021).

D. Faktor Risiko yang Memperburuk Infertilitas

a. Usia

Usia merupakan salah satu faktor risiko yang paling berpengaruh terhadap kesuburan. Pada perempuan, potensi reproduksi menurun secara signifikan setelah usia 35 tahun karena berkurangnya jumlah dan kualitas sel telur. Hal ini disebabkan oleh peningkatan jumlah kelainan kromosom pada oosit serta berkurangnya cadangan ovarium (*ovarian reserve*) seiring waktu (Gaskins *et al.*, 2022). Sementara pada laki-laki, kualitas sperma, termasuk motilitas, morfologi, dan volume ejakulasi, mulai menunjukkan penurunan yang bermakna setelah usia 45 tahun, meskipun produksi sperma dapat berlangsung seumur hidup.

b. Gaya Hidup

Gaya hidup tidak sehat juga berperan besar dalam memperburuk infertilitas. Kebiasaan merokok, baik pada laki-laki maupun perempuan, terbukti menurunkan kualitas sperma dan mempercepat penurunan fungsi ovarium. Konsumsi alkohol secara berlebihan dapat mengganggu produksi hormon

reproduksi, menurunkan kadar testosteron pada pria, serta memengaruhi proses ovulasi pada wanita (Agarwal *et al.*, 2021). Penggunaan narkotika, seperti ganja atau kokain, dikaitkan dengan penurunan motilitas sperma dan gangguan siklus menstruasi. Selain itu, pola makan yang buruk, seperti rendah antioksidan atau tinggi lemak trans, juga dapat memicu stres oksidatif yang merusak sel reproduksi.

c. Status Gizi

Kondisi status gizi, baik obesitas maupun berat badan terlalu rendah, memiliki dampak signifikan pada kesuburan. Pada perempuan, obesitas dapat menyebabkan resistensi insulin dan sindrom ovarium polikistik (SOPK), yang mengganggu proses ovulasi. Sementara berat badan yang terlalu rendah dapat menyebabkan amenore hipotalamus akibat penurunan produksi hormon gonadotropin. Pada laki-laki, obesitas berhubungan dengan penurunan kadar testosteron dan peningkatan suhu skrotum, yang berdampak pada kualitas sperma.

d. Lingkungan

Paparan lingkungan yang berbahaya juga menjadi perhatian penting. Pestisida, logam berat seperti timbal dan merkuri, pelarut kimia, dan paparan radiasi telah terbukti mengganggu fungsi endokrin serta merusak sel-sel reproduksi. Paparan jangka panjang terhadap bahan kimia ini dapat menyebabkan mutasi DNA sperma atau kerusakan oosit, sehingga menurunkan peluang terjadinya pembuahan yang sehat.

e. Stres

stres kronis berpotensi memengaruhi kesuburan meskipun mekanismenya belum sepenuhnya dipahami. Stres dapat memicu peningkatan hormon kortisol yang mengganggu keseimbangan hormon reproduksi, memengaruhi ovulasi pada perempuan, dan menurunkan libido serta fungsi ereksi pada laki-laki (Lima *et al.*, 2022). Walaupun hubungan sebab-akibatnya masih memerlukan penelitian lebih lanjut, mengelola stres secara efektif diakui sebagai bagian penting dalam upaya meningkatkan kesuburan.

RANGKUMAN

Infertilitas merupakan kondisi yang dapat disebabkan oleh berbagai faktor, baik dari pihak perempuan maupun laki-laki. Pada perempuan, penyebab yang sering ditemui adalah gangguan ovulasi, kelainan pada tuba falopi, kelainan rahim, dan faktor serviks. Gangguan ovulasi seperti sindrom ovarium polikistik, gangguan tiroid, hiperprolaktinemia, serta kegagalan ovarium prematur dapat mengganggu pelepasan sel telur. Kelainan tuba falopi akibat infeksi panggul, operasi, atau endometriosis menyebabkan sumbatan yang menghalangi pertemuan sel telur dengan sperma. Sementara itu, kelainan rahim seperti mioma submukosa, polip endometrium, dan anomali bawaan rahim berpotensi menghambat implantasi. Faktor serviks juga berperan melalui kualitas lendir yang memengaruhi pergerakan sperma.

Pada laki-laki, beberapa faktor utama yang dapat menyebabkan infertilitas meliputi varikokel, infeksi saluran reproduksi, gangguan hormonal, trauma pada testis, paparan panas berlebihan, dan kelainan genetik. Varikokel, yaitu pelebaran vena di skrotum, meningkatkan suhu testis sehingga mengganggu spermatogenesis. Infeksi menular seksual maupun infeksi saluran reproduksi dapat merusak jaringan testis dan saluran sperma. Gangguan pada sumbu hipotalamus-hipofisis-gonad menurunkan produksi testosteron dan sperma. Cedera testis serta paparan suhu tinggi secara kronis juga memperburuk kualitas sperma. Selain itu, kelainan kromosom seperti sindrom Klinefelter maupun mikrodelesi kromosom Y merupakan penyebab genetik yang signifikan.

Selain faktor tunggal dari masing-masing individu, infertilitas juga dapat disebabkan oleh faktor gabungan, yaitu ketika kedua pasangan memiliki gangguan reproduksi. Kondisi lain adalah infertilitas idiopatik, di mana seluruh pemeriksaan laboratorium maupun radiologis menunjukkan hasil normal, tetapi pasangan tetap tidak berhasil memperoleh keturunan. Infertilitas idiopatik diperkirakan terkait dengan faktor molekuler atau imunologis yang belum terdeteksi dengan metode konvensional. Kedua kondisi ini cukup sering ditemui dalam praktik klinis, terutama pada pasangan yang telah lama mencoba hamil tanpa keberhasilan.

Faktor risiko tertentu turut memperburuk kondisi infertilitas. Usia menjadi faktor yang sangat berpengaruh, di mana kesuburan perempuan menurun tajam setelah usia 35 tahun dan kualitas sperma pada laki-laki menurun setelah usia 45 tahun. Gaya hidup tidak sehat, seperti merokok, konsumsi alkohol berlebihan, penyalahgunaan narkotika, serta pola makan buruk, juga berkontribusi menurunkan kesuburan. Status gizi yang tidak seimbang, baik obesitas maupun berat badan rendah, memengaruhi hormon reproduksi dan kualitas gamet. Selain itu, paparan lingkungan berbahaya seperti pestisida, logam berat, dan radiasi dapat merusak sel reproduksi. Faktor psikologis seperti stres kronis pun berperan, karena dapat mengganggu keseimbangan hormon reproduksi.

EVALUASI

1. Jelaskan mekanisme gangguan ovulasi pada perempuan dengan sindrom ovarium polikistik (SOPK)!
2. Jelaskan peran hiperprolaktinemia dalam menghambat ovulasi!
3. Definisikan kegagalan ovarium prematur dan sebutkan implikasinya terhadap infertilitas?
4. Bandingkan pengaruh mioma submukosa dan polip endometrium terhadap implantasi embrio!
5. Analisis hubungan antara infeksi saluran reproduksi pada pria dengan stres oksidatif sperma?
6. Sebutkan contoh kelainan genetik yang menyebabkan infertilitas pria dan jelaskan mekanismenya?

7. Bandingkan infertilitas faktor gabungan dengan infertilitas idiopatik!
8. Jelaskan bagaimana usia memengaruhi cadangan ovarium pada wanita dan kualitas sperma pada pria!
9. Analisis pengaruh gaya hidup tidak sehat (merokok, alkohol, narkotika) terhadap kesuburan!
10. Uraikan bagaimana faktor lingkungan dapat menurunkan kesuburan!
11. Seorang wanita 30 tahun datang dengan keluhan haid tidak teratur, jerawat, dan hirsutisme. Sudah menikah 3 tahun dan belum hamil. Analisis kemungkinan penyebab infertilitasnya!
12. Pasien Wanita 28 tahun mengalami oligomenore. Pemeriksaan hormon menunjukkan peningkatan TSH. Jelaskan hubungan kondisi ini dengan infertilitas!
13. Pasien Wanita 33 tahun, hasil histeroskopi menunjukkan polip endometrium. Bagaimana kelainan ini memengaruhi proses implantasi?
14. Pria 35 tahun dengan varikokel derajat III. Analisis mekanisme gangguan kesuburan yang mungkin terjadi!
15. Pasien pria mengalami trauma testis akibat kecelakaan motor. Analisis implikasinya pada spermatogenesis!
16. Seorang pria azoospermia ditemukan memiliki kariotipe 47,XXY. Jelaskan diagnosis dan kaitannya dengan infertilitas!
17. Pasangan menikah 5 tahun belum hamil. Pemeriksaan menunjukkan istri memiliki polip endometrium, sedangkan suami oligozoospermia. Analisis kasus ini!
18. Pasangan dengan infertilitas idiopatik. Semua pemeriksaan normal, tetapi belum hamil setelah 2 tahun. Jelaskan kemungkinan penyebab tersembunyi!
19. Pasangan wanita usia 37 tahun dan pria usia 48 tahun belum memiliki anak. Analisis peran faktor usia terhadap infertilitas mereka!
20. Wanita 34 tahun dengan nyeri haid berat, USG menunjukkan kista coklat di ovarium. Jelaskan hubungan kondisi ini dengan infertilitas!

TOPIK 3

PATOFISIOLOGI INFERTILITAS

Patofisiologi infertilitas menggambarkan mekanisme terjadinya gangguan kesuburan akibat perubahan pada sistem reproduksi yang menghambat pertemuan sel sperma dan sel telur atau mengganggu proses implantasi embrio. Pada dasarnya, proses reproduksi normal memerlukan koordinasi antara organ reproduksi, sumbu hormonal, kualitas gamet, dan kondisi psikologis yang optimal. Gangguan pada salah satu komponen ini dapat memicu infertilitas. Infertilitas bukan hanya disebabkan oleh satu faktor tunggal, tetapi merupakan hasil interaksi kompleks dari berbagai proses biologis yang saling memengaruhi (Mascarenhas *et al.*, 2021).

Pada perempuan, salah satu mekanisme utama patofisiologi infertilitas adalah gangguan ovulasi. Proses ovulasi diatur oleh keseimbangan sumbu hipotalamus, hipofisis, dan ovarium yang dikenal sebagai poros hipotalamus–hipofisis–gonad. Apabila terdapat disfungsi pada salah satu bagian, seperti penurunan sekresi gonadotropin-releasing hormone (GnRH) dari hipotalamus atau kelainan respons ovarium terhadap luteinizing hormone (LH) dan follicle-stimulating hormone (FSH), maka pematangan folikel akan terganggu. Kondisi ini sering ditemukan pada sindrom ovarium polikistik (SOPK), insufisiensi ovarium prematur, atau gangguan endokrin lainnya (Franks *et al.*, 2022).

Gangguan pada tuba falopi juga memiliki peran penting dalam patofisiologi infertilitas perempuan. Tuba falopi merupakan jalur pertemuan sperma dan ovum. Infeksi, peradangan kronis, atau bekas operasi dapat menyebabkan sumbatan atau kerusakan silia tuba, sehingga menghambat transportasi gamet. *Pelvic inflammatory disease* (PID) yang disebabkan oleh infeksi menular seksual, seperti *Chlamydia trachomatis*, merupakan penyebab umum kerusakan tuba (Unemo *et al.*, 2020). Jika tuba tidak berfungsi dengan baik, maka pembuahan sulit terjadi meskipun ovulasi normal.

Faktor endometrium juga menjadi bagian dari mekanisme patofisiologi infertilitas. Endometrium yang sehat diperlukan untuk implantasi embrio. Gangguan pada ketebalan, vaskularisasi, atau reseptivitas endometrium dapat menyebabkan kegagalan implantasi. Kondisi seperti endometriosis, polip endometrium, dan kelainan kongenital uterus dapat mengganggu proses ini. Endometriosis, khususnya, menyebabkan peradangan kronis di rongga panggul yang memengaruhi kualitas sel telur, mengubah lingkungan peritoneal, dan menurunkan keberhasilan implantasi (Chapron *et al.*, 2021).

Pada pria, patofisiologi infertilitas umumnya terkait dengan gangguan spermatogenesis. Proses ini memerlukan fungsi normal testis, stimulasi hormonal yang tepat, dan suhu testis yang ideal. Gangguan seperti varikokel dapat meningkatkan suhu

testis dan mengganggu produksi sperma. Selain itu, paparan bahan kimia toksik, radiasi, atau infeksi dapat merusak sel Sertoli dan sel Leydig, sehingga memengaruhi kualitas sperma. Penurunan jumlah, motilitas, dan morfologi sperma dapat secara signifikan mengurangi peluang terjadinya pembuahan (Agarwal *et al.*, 2021).

Selain faktor organik, patofisiologi infertilitas juga dapat dipengaruhi oleh gangguan imunologis. Dalam beberapa kasus, tubuh menghasilkan antibodi antispermatozoa yang menyerang sperma sebagai benda asing. Pada perempuan, antibodi ini dapat ditemukan dalam mukus serviks, sedangkan pada pria dapat ditemukan dalam plasma semen. Mekanisme imun ini mengganggu pergerakan sperma menuju sel telur dan mengurangi kemungkinan pembuahan (Tüttelmann *et al.*, 2022).

Infertilitas juga dapat melibatkan faktor hormonal yang lebih luas, termasuk gangguan pada kelenjar tiroid dan adrenal. Hipotiroidisme dan hipertiroidisme dapat mengubah siklus menstruasi, memengaruhi ovulasi, dan menurunkan peluang kehamilan. Gangguan adrenal seperti sindrom Cushing atau hiperplasia adrenal kongenital juga dapat mengubah kadar androgen dan estrogen, yang pada akhirnya mengganggu fungsi reproduksi (Poppe & Velkeniers, 2021).

Dalam beberapa kasus, infertilitas terjadi akibat kelainan pada proses interaksi sperma dan ovum yang bersifat molekuler. Misalnya, perubahan pada protein membran sperma atau zona pelusida ovum dapat menghambat proses penetrasi sperma ke dalam ovum. Kelainan ini sulit dideteksi melalui pemeriksaan rutin dan sering masuk dalam kategori infertilitas idiopatik, yaitu infertilitas dengan penyebab yang tidak dapat diidentifikasi meskipun pemeriksaan sudah komprehensif (Practice Committee of the ASRM, 2022).

Selain itu, patofisiologi infertilitas juga dapat melibatkan faktor psikologis dan neurologis yang memengaruhi fungsi hormonal dan seksual. Stres kronis, depresi, dan gangguan kecemasan dapat mengubah sekresi hormon reproduksi, memengaruhi libido, serta mengganggu fungsi ereksi atau ovulasi. Aktivasi berlebihan dari sumbu hipotalamus–hipofisis–adrenal (HPA axis) akibat stres dapat menghambat pelepasan GnRH dan mengganggu kesuburan (Campagne, 2021).

Dengan demikian, patofisiologi infertilitas adalah proses yang kompleks, melibatkan gangguan pada berbagai tingkatan, mulai dari produksi gamet, transportasi, pembuahan, hingga implantasi embrio. Pemahaman yang mendalam mengenai mekanisme ini sangat penting untuk menentukan strategi penatalaksanaan yang tepat. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa pendekatan multidisiplin yang mencakup evaluasi medis, hormonal, imunologis, dan psikologis dapat meningkatkan keberhasilan terapi infertilitas (Zegers-Hochschild *et al.*, 2022).

RANGKUMAN

Patofisiologi infertilitas menjelaskan mekanisme terjadinya gangguan kesuburan akibat hambatan dalam proses reproduksi, baik pada tahap ovulasi, pembuahan, maupun implantasi embrio. Proses reproduksi normal memerlukan kerja sama organ reproduksi, sumbu hormonal, kualitas gamet, serta kondisi psikologis yang seimbang. Apabila salah satu komponen ini mengalami gangguan, maka peluang terjadinya kehamilan akan berkurang. Infertilitas bukan hanya disebabkan oleh satu faktor, melainkan merupakan hasil interaksi kompleks dari berbagai mekanisme biologis yang saling berkaitan.

Pada perempuan, patofisiologi infertilitas sering disebabkan oleh gangguan ovulasi dan kelainan pada tuba falopi maupun endometrium. Disfungsi pada poros hipotalamus–hipofisis–ovarium dapat mengganggu pematangan folikel, seperti pada sindrom ovarium polikistik atau insufisiensi ovarium prematur. Selain itu, infeksi atau peradangan yang merusak tuba falopi dapat menghambat pertemuan sperma dan ovum. Gangguan endometrium, termasuk endometriosis dan kelainan uterus, juga dapat menurunkan kemampuan implantasi embrio sehingga menyebabkan infertilitas meskipun pembuahan terjadi secara normal.

Pada laki-laki, infertilitas umumnya terkait dengan gangguan spermatogenesis. Produksi sperma yang optimal membutuhkan fungsi testis yang sehat, stimulasi hormonal yang seimbang, serta kondisi lingkungan yang mendukung. Gangguan seperti varikokel, paparan zat toksik, radiasi, atau infeksi dapat merusak sel-sel testis sehingga menurunkan jumlah, motilitas, dan morfologi sperma. Selain itu, adanya antibodi antispermatozoa dapat menghambat pergerakan sperma menuju sel telur. Faktor hormonal yang lebih luas, termasuk gangguan pada kelenjar tiroid dan adrenal, juga berperan dalam menurunkan kesuburan.

Infertilitas juga dapat dipengaruhi oleh faktor psikologis yang berdampak pada regulasi hormonal dan fungsi seksual. Stres kronis, kecemasan, dan depresi dapat mengganggu sekresi hormon reproduksi, memengaruhi ovulasi maupun ereksi, dan menurunkan peluang kehamilan. Dalam beberapa kasus, infertilitas dikategorikan sebagai idiopatik karena tidak ditemukan penyebab pasti meskipun pemeriksaan sudah komprehensif. Oleh karena itu, pemahaman yang komprehensif mengenai patofisiologi infertilitas penting untuk menyusun strategi penanganan yang tepat melalui pendekatan multidisiplin, baik medis, hormonal, imunologis, maupun psikologis.

EVALUASI

1. Uraikan mekanisme kerja poros hipotalamus–hipofisis–ovarium dalam mengatur proses ovulasi!
2. Uraikan peran tuba falopi dalam proses pembuahan dan akibat gangguan fungsinya terhadap infertilitas!
3. Uraikan mekanisme terjadinya endometriosis dan bagaimana kondisi ini menghambat implantasi embrio!
4. Jelaskan proses spermatogenesis normal dan faktor yang dapat mengganggu kualitas sperma!
5. Jelaskan 3 faktor imunologis yang berperan dalam infertilitas!
6. Uraikan mekanisme patofisiologi infertilitas akibat varikokel pada pria!
7. Jelaskan hubungan antara faktor psikologis, sumbu hipotalamus–hipofisis–adrenal, dan infertilitas!
8. Jelaskan perbedaan infertilitas idiopatik dengan infertilitas akibat faktor organik!
9. Bagaimana pengaruh kelainan genetik seperti sindrom Klinefelter terhadap kesuburan pria?
10. Uraikan mekanisme bagaimana stres kronis dapat menurunkan peluang kehamilan!
11. Seorang Wanita usia 32 tahun sudah menikah 3 tahun dan belum pernah hamil. Ia memiliki siklus menstruasi tidak teratur sejak remaja, dengan tanda klinis hirsutisme. Analisis kemungkinan diagnosis dan jelaskan mekanisme patofisiologinya!
12. Pasangan suami istri datang dengan keluhan belum memiliki anak setelah menikah 2 tahun. Pemeriksaan HSG menunjukkan sumbatan pada kedua tuba falopi. Jelaskan bagaimana kondisi ini menyebabkan infertilitas!
13. Pasangan menikah 5 tahun belum memiliki anak. Wanita diketahui mengalami hipotiroidisme. Jelaskan pengaruh kondisi ini terhadap kesuburan!
14. Seorang Wanita 36 tahun mengalami keguguran berulang sebanyak 3 kali. Pemeriksaan menunjukkan adanya kelainan pada endometrium. Jelaskan mekanisme kegagalan implantasi pada kasus ini!
15. Pasangan usia subur datang dengan infertilitas idiopatik. Jelaskan mengapa penyebab infertilitas idiopatik sulit diidentifikasi meskipun pemeriksaan lengkap!
16. Seorang Wanita dengan riwayat operasi mioma uteri mengalami kesulitan hamil. Jelaskan mekanisme gangguan implantasi akibat kondisi tersebut!
17. Pasangan menikah 7 tahun tanpa anak. Pemeriksaan sperma menunjukkan adanya antibodi antispermatozoa. Analisis bagaimana mekanisme imunologis ini menyebabkan infertilitas!
18. Pasangan suami istri dengan infertilitas datang setelah pemeriksaan laboratorium menunjukkan hiperprolaktinemia pada wanita. Jelaskan dampaknya terhadap fungsi reproduksi!
19. Seorang pria dengan riwayat gondongan saat remaja mengalami infertilitas. Jelaskan mekanisme gangguan reproduksi akibat kondisi tersebut!
20. Seorang Wanita dengan riwayat endometriosis menjalani terapi hormonal, namun masih sulit hamil. Analisis faktor yang mungkin tetap memengaruhi kesuburannya!

TOPIK 4

MANIFESTASI KLINIS INFERTILITAS

A. Tanda dan Gejala Infertilitas pada Perempuan

a. Gangguan Siklus Menstruasi

Gangguan ini merupakan salah satu indikator paling jelas dari masalah ovulasi. Bentuk gangguan siklus menstruasi dapat berupa :

- 1) Oligomenorea : siklus menstruasi lebih panjang dari 35 hari, sering terjadi pada sindrom ovarium polikistik (PCOS) atau gangguan hormon tiroid.
- 2) Polimenorea : siklus lebih pendek dari 21 hari, yang dapat menunjukkan gangguan fase luteal.
- 3) Amenorea : tidak menstruasi selama tiga bulan atau lebih, biasanya akibat disfungsi hipotalamus-hipofisis, gangguan ovarium prematur, atau penurunan berat badan ekstrem.

b. Nyeri Panggul Kronis

Nyeri panggul yang menetap, terutama sebelum atau selama menstruasi, sangat khas pada endometriosis dan penyakit radang panggul. Nyeri bisa menjalar ke punggung bawah atau paha bagian dalam, sering disertai dispareunia (nyeri saat berhubungan seksual). Kondisi ini dapat disebabkan oleh perlengketan jaringan dan peradangan kronis pada organ reproduksi (Vercellini *et al.*, 2021).

c. Perdarahan Menstruasi Abnormal

Gangguan perdarahan seperti menoragia (menstruasi sangat banyak dan berkepanjangan) atau metrorrhagia (perdarahan di luar siklus) bisa mengindikasikan mioma, polip endometrium, atau hiperplasia endometrium. Kondisi ini dapat mengganggu penempelan embrio pada dinding rahim, sehingga menghambat kehamilan.

d. Nyeri Saat Berhubungan Seksual (Dispareunia)

Nyeri ini bisa terasa superfisial (di vagina) atau mendalam (di panggul). Dispareunia mendalam sering berkaitan dengan endometriosis atau perlengketan pada organ reproduksi akibat infeksi atau operasi sebelumnya. Penelitian menunjukkan hingga 50% Wanita dengan endometriosis mengalami dispareunia kronis.

e. Perubahan Berat Badan yang Tidak Normal

Kenaikan berat badan cepat atau obesitas sering dikaitkan dengan PCOS dan resistensi insulin, sedangkan penurunan berat badan ekstrem dapat mengganggu fungsi hipotalamus sehingga menghambat ovulasi. Perubahan berat

badan yang drastis memengaruhi keseimbangan hormon estrogen dan progesterone.

f. Pertumbuhan Rambut Abnormal (Hirsutisme)

Pertumbuhan rambut yang berlebihan pada wajah, dada, atau perut bagian bawah sering merupakan tanda hiperandrogenisme pada PCOS. Hirsutisme biasanya disertai jerawat dan kulit berminyak, akibat tingginya kadar hormon androgen.

g. Keluar Cairan Putih dari Payudara (Galaktorea)

Galaktorea terjadi akibat peningkatan kadar prolaktin (hiperprolaktinemia), yang dapat menghambat pelepasan hormon gonadotropin dan mengganggu ovulasi. Kondisi ini bisa disebabkan oleh adenoma hipofisis, penggunaan obat tertentu, atau gangguan tiroid.

h. Gejala Gangguan Tiroid

Hipotiroidisme dapat menyebabkan kelelahan, kulit kering, rambut rontok, dan menstruasi tidak teratur. Hipertiroidisme dapat memicu siklus pendek atau amenore. Kedua kondisi ini memengaruhi fungsi reproduksi melalui gangguan regulasi hormon gonadotropin (Poppe & Velkeniers, 2021).

i. Tanda Infeksi Panggul Sebelumnya

Riwayat penyakit radang panggul dapat meninggalkan gejala sisa seperti nyeri tumpul di perut bawah, keputihan kronis, dan nyeri saat berhubungan seksual. Infeksi sebelumnya dapat menyebabkan kerusakan tuba falopi, yang menjadi penyebab infertilitas tuba.

j. Tidak Terjadinya Kehamilan Setelah Hubungan Seksual Teratur

Meskipun ini adalah definisi utama infertilitas, bagi perempuan, tanda ini sering disertai kombinasi gejala di atas. Jika dalam 12 bulan (atau 6 bulan pada usia >35 tahun) belum terjadi kehamilan meskipun hubungan seksual rutin tanpa kontrasepsi, perlu dilakukan evaluasi menyeluruh.

B. Tanda dan Gejala Infertilitas pada Laki-Laki

a. Penurunan Libido

Penurunan hasrat seksual pada pria dapat disebabkan oleh gangguan hormonal, khususnya kadar testosteron yang rendah. Kondisi ini dapat mengurangi frekuensi hubungan seksual yang diperlukan untuk pembuahan.

b. Disfungsi Ereksi

Kesulitan mempertahankan ereksi yang cukup untuk penetrasi dapat menghambat proses pembuahan. Disfungsi ereksi dapat dipicu oleh faktor vaskular, neurologis, hormonal, atau psikologis.

c. Ejakulasi Abnormal

Gangguan ejakulasi dapat berupa ejakulasi dini, ejakulasi tertunda, atau ejakulasi retrograd. Ejakulasi retrograd terjadi ketika sperma masuk ke kandung kemih alih-alih keluar melalui uretra, biasanya akibat kelainan saraf atau penggunaan obat tertentu.

d. Nyeri, Bengkak, atau Benjolan pada Area Testis

Adanya nyeri atau pembengkakan di testis dapat mengindikasikan kondisi seperti varikokel, infeksi epididimis, atau trauma testis. Varikokel merupakan pelebaran pembuluh darah vena di dalam skrotum yang dapat mengganggu proses spermatogenesis akibat peningkatan suhu lokal. Penelitian menunjukkan bahwa varikokel ditemukan pada sekitar 15% populasi umum pria dan hingga 40% pria infertil (Baazeem *et al.*, 2021).

e. Perubahan Morfologi dan Kualitas Sperma

Kualitas sperma yang rendah sering kali tidak disadari tanpa pemeriksaan laboratorium. Analisis semen dapat menunjukkan kelainan seperti oligospermia (jumlah sperma rendah), asthenozoospermia (motilitas sperma rendah), atau teratozoospermia (bentuk sperma abnormal). Kelainan ini dapat disebabkan oleh paparan panas berlebih, radiasi, toksin lingkungan, atau gangguan hormonal.

f. Gangguan Pertumbuhan Rambut dan Perubahan Fisik

Penurunan kadar testosteron dapat menyebabkan berkurangnya pertumbuhan rambut di wajah, tubuh, atau pubis. Selain itu, dapat terjadi penurunan massa otot, peningkatan lemak tubuh, dan ginekomastia (pembesaran payudara pada pria). Perubahan fisik ini biasanya berkaitan dengan hipogonadisme atau gangguan endokrin.

g. Riwayat Infeksi Saluran Infeksi

Infeksi seperti epididimis orkitis (radang testis akibat gondongan), atau uretritis dapat menyebabkan kerusakan permanen pada jaringan reproduksi. Infeksi yang tidak ditangani dengan baik dapat menimbulkan jaringan parut pada vas deferens atau epididimis sehingga menghambat jalannya sperma.

h. Nyeri saat Ejakulasi atau Setelahnya

Nyeri ketika ejakulasi dapat mengindikasikan adanya peradangan pada prostat (prostatitis), vesikula seminalis, atau uretra. Kondisi ini selain menurunkan kenyamanan hubungan seksual juga dapat memengaruhi kualitas ejakulasi.

i. Skrotum Terasa Panas atau Ukuran Testis mengecil

Peningkatan suhu pada skrotum atau atrofi testis dapat menandakan adanya kerusakan pada tubulus seminiferus tempat produksi sperma. Kondisi ini dapat terjadi akibat varikokel, paparan panas kronis, atau penggunaan steroid anabolik dalam jangka panjang (Shiraishi & Matsuyama, 2021).

C. Manifestasi Klinis Terkait Penyebab Tertentu

a. Endometriosis

Endometriosis adalah kondisi di mana jaringan endometrium yang seharusnya berada di dalam rahim, tumbuh di luar rongga rahim, seperti di ovarium, tuba falopi, atau peritoneum. Manifestasi klinis yang paling umum meliputi nyeri panggul kronis, dismenore berat, nyeri saat berhubungan seksual (dyspareunia), dan terkadang perdarahan menstruasi yang berlebihan. Sebagian

pasien juga mengalami infertilitas tanpa keluhan nyeri yang jelas. Endometriosis dapat memengaruhi kualitas ovum, mengganggu pergerakan tuba falopi, serta menurunkan keberhasilan implantasi embrio. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa peradangan kronis akibat endometriosis dapat mengubah lingkungan mikro di pelvis, sehingga menghambat fertilisasi dan perkembangan embrio

b. Sindrom Ovarium Polikistik (PCOS)

PCOS merupakan kelainan endokrin yang ditandai dengan gangguan ovulasi kronis, hiperandrogenisme, dan ovarium polikistik. Manifestasi klinis pada penderita PCOS meliputi oligomenore atau amenore, jerawat yang sulit diatasi, hirsutisme (pertumbuhan rambut berlebihan pada wajah, dada, atau punggung), obesitas sentral, serta rambut rontok dengan pola androgenik. Kondisi ini biasanya disebabkan oleh resistensi insulin dan peningkatan kadar hormon androgen yang mengganggu proses pematangan folikel. PCOS tidak hanya berdampak pada kesuburan, tetapi juga meningkatkan risiko sindrom metabolik dan diabetes tipe 2.

c. Infeksi menahun pada Sistem Reproduksi

Infeksi kronis pada organ reproduksi dapat menyebabkan kerusakan permanen dan infertilitas. Pada perempuan, penyakit radang panggul (pelvic inflammatory disease/PID) akibat infeksi *Chlamydia trachomatis* atau *Neisseria gonorrhoeae* dapat menimbulkan jaringan parut pada tuba falopi, sehingga menghalangi perjalanan ovum menuju uterus. Gejala yang sering muncul meliputi nyeri panggul, demam ringan, keputihan abnormal, dan nyeri saat berhubungan. Pada pria, infeksi seperti epididimitis atau prostatitis kronis dapat menyebabkan nyeri testis, pembengkakan, dan penurunan kualitas sperma akibat obstruksi saluran sperma.

d. Gangguan Tiroid

Baik hipotiroidisme maupun hipertiroidisme dapat memengaruhi kesuburan pada laki-laki dan perempuan. Pada perempuan, gangguan tiroid sering menyebabkan menstruasi tidak teratur, perdarahan abnormal, atau anovulasi. Pada pria, hipotiroidisme dapat menurunkan libido, menyebabkan disfungsi ereksi, dan memengaruhi spermatogenesis. Gejala yang sering menyertai termasuk kelelahan, perubahan berat badan yang ekstrem, intoleransi suhu, serta perubahan mood.

e. Mioma Uteri

Mioma uteri atau fibroid adalah tumor jinak pada otot uterus yang dapat mengganggu kesuburan, terutama bila berlokasi submukosa. Manifestasi klinisnya meliputi perdarahan menstruasi berlebihan, nyeri panggul, rasa tertekan pada kandung kemih, dan dalam beberapa kasus, infertilitas akibat gangguan implantasi embrio atau penyumbatan tuba falopi.

f. Varikokel pada Pria

Varikokel adalah pelebaran pembuluh darah vena pada skrotum yang menyebabkan peningkatan suhu testis dan kerusakan spermatogenesis. Manifestasi klinis meliputi nyeri tumpul di testis, rasa berat pada skrotum, serta

penurunan kualitas dan jumlah sperma. Varikokel merupakan salah satu penyebab tersering infertilitas pria yang dapat diatasi melalui prosedur pembedahan atau embolisasi.

g. Kelainan Bawaan Saluran Reproduksi

Pada perempuan, kelainan bawaan seperti septum uterus atau agenesis Mullerian dapat menyebabkan kegagalan implantasi dan keguguran berulang. Pada pria, kelainan seperti hipospadia atau obstruksi kongenital vas deferens dapat menghambat ejakulasi normal. Manifestasi dapat bervariasi tergantung pada tingkat keparahan kelainan, mulai dari tidak adanya menstruasi primer pada perempuan hingga ketiadaan sperma pada pria (Oppelt *et al.*, 2021).

D. Manifestasi Klinis Faktor Psikologis pada Infertilitas

a. Kecemasan (Anxiety)

Kecemasan pada pasangan infertil sering kali muncul akibat rasa takut tidak mampu menjadi orang tua, kekhawatiran tentang proses pengobatan, serta tekanan sosial dan budaya yang menuntut keberhasilan memiliki keturunan. Gejala kecemasan dapat berupa gelisah berlebihan, kesulitan tidur, palpitasi, gangguan konsentrasi, dan rasa tegang otot. Secara fisiologis, kecemasan memicu aktivasi sistem saraf simpatis dan peningkatan kadar kortisol, yang dapat mengganggu pelepasan gonadotropin-releasing hormone (GnRH) dan menghambat ovulasi pada perempuan atau spermatogenesis pada laki-laki.

b. Stress Kronis

Stres akibat infertilitas dapat bersifat akut maupun kronis. Stres kronis menyebabkan disregulasi aksis hipotalamus-hipofisis-adrenal (HPA axis) yang memengaruhi keseimbangan hormon reproduksi, termasuk luteinizing hormone (LH) dan follicle-stimulating hormone (FSH). Pada perempuan, hal ini dapat mengakibatkan siklus menstruasi yang tidak teratur atau anovulasi. Pada laki-laki, stres dapat menurunkan kualitas sperma melalui peningkatan spesies oksigen reaktif (ROS) yang merusak DNA sperma (Simionescu *et al.*, 2021). Secara klinis, stres dapat tampak dalam bentuk kelelahan, gangguan tidur, penurunan gairah seksual, dan perubahan nafsu makan.

c. Depresi

Depresi merupakan manifestasi psikologis yang umum pada pasangan dengan infertilitas jangka panjang. Gejalanya meliputi suasana hati yang sedih berkepanjangan, kehilangan minat atau kesenangan dalam aktivitas, rasa putus asa, serta pikiran negatif tentang diri dan masa depan. Pada perempuan, depresi dapat mengganggu regulasi hormon gonadotropin, sedangkan pada laki-laki dapat menurunkan kadar testosteron dan memengaruhi fungsi ereksi (Bai *et al.*, 2023). Depresi juga dapat mengurangi kepatuhan terhadap terapi infertilitas karena hilangnya motivasi dan harapan.

d. Disfungsi Seksual Akibat Psikologis

Infertilitas sering menyebabkan perubahan dalam dinamika hubungan seksual pasangan. Hubungan intim dapat menjadi terjadwal dan berorientasi

pada reproduksi, sehingga mengurangi aspek spontanitas dan kepuasan. Pada laki-laki, hal ini dapat memicu disfungsi ereksi atau ejakulasi dini, sedangkan pada perempuan dapat menyebabkan vaginismus atau anorgasmia. Faktor psikologis seperti rasa bersalah, kegagalan berulang, dan konflik pasangan turut memperburuk disfungsi seksual ini (Pasch & Holley, 2021).

e. Gangguan Hubungan Sosial dan Keluarga

Tekanan sosial untuk memiliki anak dapat memunculkan perasaan terisolasi, terutama jika pasangan menghadapi stigma atau komentar negatif dari lingkungan. Perasaan malu atau tidak berharga sering kali membuat pasangan menarik diri dari interaksi sosial. Dalam jangka panjang, hal ini dapat mengarah pada konflik rumah tangga, perasaan saling menyalahkan, dan penurunan kualitas hubungan pernikahan.

RANGKUMAN

Manifestasi klinis infertilitas pada perempuan ditandai oleh berbagai keluhan yang mencerminkan gangguan fungsi reproduksi, seperti siklus menstruasi tidak teratur, nyeri panggul kronis, perdarahan abnormal, perubahan berat badan ekstrem, hingga gejala hiperandrogenisme seperti hirsutisme dan jerawat. Kondisi-kondisi ini sering berkaitan dengan kelainan hormonal, sindrom ovarium polikistik, endometriosis, atau gangguan tiroid. Pada pria, manifestasi klinis dapat berupa penurunan libido, disfungsi ereksi, ejakulasi abnormal, nyeri atau pembengkakan testis, serta kelainan pada jumlah, motilitas, atau morfologi sperma. Gejala tambahan yang perlu diperhatikan termasuk perubahan fisik akibat gangguan hormonal, riwayat infeksi reproduksi, maupun tanda atrofi testis.

Sejumlah penyebab spesifik berperan dalam infertilitas. Endometriosis menimbulkan nyeri panggul kronis dan memengaruhi lingkungan mikro di panggul yang mengganggu fertilisasi. Sindrom ovarium polikistik ditandai gangguan ovulasi, hiperandrogenisme, dan resistensi insulin yang berimplikasi pada kesuburan serta kesehatan reproduksi. Infeksi kronis pada organ reproduksi dapat meninggalkan kerusakan permanen, misalnya pada tuba falopi atau testis. Mioma uteri dapat menghambat implantasi, sedangkan varikokel pada pria menurunkan kualitas sperma akibat peningkatan suhu lokal di skrotum. Gangguan tiroid maupun kelainan bawaan saluran reproduksi juga memberi dampak signifikan terhadap kesuburan.

Selain faktor biologis, infertilitas juga dipengaruhi aspek psikologis. Kecemasan dan stres kronis dapat mengganggu keseimbangan hormon reproduksi, menurunkan kualitas sperma, serta memengaruhi ovulasi. Depresi sering ditemukan pada pasangan infertil, ditandai dengan hilangnya minat, perasaan putus asa, dan gangguan fungsi seksual. Disfungsi seksual yang dipicu faktor psikologis dapat memperburuk kondisi infertilitas, misalnya melalui penurunan frekuensi hubungan atau kualitas ereksi. Hal ini menegaskan bahwa infertilitas bukan hanya masalah medis, tetapi juga psikososial yang kompleks.

Lebih jauh, tekanan sosial dan budaya untuk memiliki anak dapat menimbulkan dampak negatif pada hubungan pasangan. Stigma, komentar merendahkan, serta perasaan tidak berharga sering memicu isolasi sosial dan konflik dalam rumah tangga. Dinamika seksual pasangan juga dapat berubah, dengan berkurangnya spontanitas hubungan intim dan meningkatnya beban emosional. Dengan demikian, pemahaman komprehensif mengenai manifestasi klinis infertilitas mencakup aspek biologis, hormonal, infeksi, struktural, maupun psikologis. Pendekatan multidisiplin sangat diperlukan untuk menegakkan diagnosis dan memberikan penatalaksanaan yang tepat.

EVALUASI

1. Jelaskan perbedaan utama antara oligomenorea, polimenorea, dan amenorea serta kaitannya dengan infertilitas pada perempuan!
2. Bagaimana mekanisme patofisiologi endometriosis menyebabkan infertilitas?
3. Sebutkan manifestasi klinis khas pada perempuan dengan sindrom ovarium polikistik (PCOS) dan jelaskan hubungannya dengan infertilitas!
4. Mengapa hiperprolaktinemia dapat mengganggu ovulasi? Sertakan mekanisme hormonalnya!
5. Sebutkan gejala klinis infertilitas akibat penyakit radang panggul (PID)!
6. Sebutkan tanda dan gejala infertilitas pada laki-laki yang berhubungan dengan gangguan hormonal testosteron!
7. Apa yang dimaksud dengan galaktorea, dan bagaimana kondisi ini memengaruhi kesuburan?
8. Sebutkan perbedaan manifestasi klinis infertilitas akibat faktor organik dan faktor psikologis!
9. Apa saja gejala infertilitas pada perempuan yang sering dikaitkan dengan endometriosis?
10. Jelaskan manifestasi klinis infertilitas akibat gangguan tiroid pada laki-laki!
11. Seorang wanita 27 tahun datang dengan keluhan siklus menstruasi setiap 40–50 hari sekali. Ia juga mengalami jerawat dan pertumbuhan rambut berlebih di wajah. Analisis infertilitas apa yang paling mungkin pada pasien ini? Jelaskan!
12. Seorang pria 32 tahun mengeluh nyeri testis sebelah kiri dan skrotumnya tampak lebih besar. Pemeriksaan laboratorium menunjukkan motilitas sperma rendah. Jelaskan diagnosis dan mekanismenya!
13. Pasangan usia 35 tahun telah menikah 3 tahun dan belum memiliki anak. Wanita mengeluh nyeri hebat saat menstruasi dan nyeri saat berhubungan seksual. Apa kemungkinan penyebab infertilitasnya?
14. Seorang Wanita 30 tahun datang dengan perdarahan menstruasi yang sangat banyak dan berkepanjangan. USG menunjukkan adanya tumor jinak di rahim. Bagaimana kondisi ini dapat menyebabkan infertilitas?
15. Seorang Wanita 26 tahun tidak kunjung hamil setelah 2 tahun menikah. Riwayat menunjukkan pernah mengalami radang panggul akibat infeksi menular seksual. Jelaskan kemungkinan penyebab infertilitasnya!

16. Pasangan usia 33 tahun mengalami infertilitas sekunder. Wanita melaporkan pernah mengalami operasi miomektomi. Jelaskan dampak mioma terhadap infertilitas!
17. Seorang wanita 34 tahun mengalami stres berat karena tekanan keluarga untuk segera memiliki anak. Ia mengeluh siklus haid tidak teratur. Jelaskan mekanisme stres terhadap siklus menstruasi!
18. Pasangan usia 38 tahun belum hamil setelah 6 bulan menikah. Wanita mengalami gejala hipertiroidisme (berdebar, berat badan turun, siklus haid pendek). Jelaskan hubungan kondisi ini dengan infertilitas!
19. Seorang wanita 32 tahun mengalami keguguran berulang. Pemeriksaan histeroskopi menunjukkan septum uterus. Bagaimana kelainan bawaan ini menyebabkan infertilitas?
20. Seorang wanita 34 tahun mengalami stres berat karena tekanan keluarga untuk segera memiliki anak. Ia mengeluh siklus haid tidak teratur. Jelaskan mekanisme stres terhadap siklus menstruasi!

TOPIK 5

SKRINING DAN PEMERIKSAAN PENUNJANG INFERTILITAS

A. Anamnesis

a. Anamnesis pada Perempuan

1) Riwayat Menstruasi

Menilai usia menarke, panjang dan keteraturan siklus menstruasi, variasi antar siklus, lama perdarahan, nyeri haid, dan perdarahan antarsiklus karena pola menstruasi memberi informasi penting tentang fungsi ovarium dan kemungkinan gangguan ovulasi. Siklus yang sangat panjang, pendek, atau tidak teratur dapat menunjukkan kelainan hormonal atau gangguan ovulasi.

2) Riwayat Reproduksi

Meliputi kehamilan sebelumnya, hasil persalinan, keguguran, kehamilan ektopik, dan komplikasi pascapersalinan. Riwayat keguguran berulang dapat mengindikasikan adanya kelainan anatomi rahim, gangguan hormonal, atau faktor imunologis tertentu.

3) Riwayat Seksual dan Kebiasaan Berhubungan

Menilai frekuensi hubungan seksual, waktu berhubungan terhadap masa subur, jenis lubrikan yang digunakan, adanya nyeri saat berhubungan, serta infeksi vagina berulang. Informasi ini penting untuk memberikan edukasi terkait penentuan masa subur dan menghindari pelumas yang bersifat spermatotoksik.

4) Riwayat Penyakit

Mencakup riwayat penyakit radang panggul, endometriosis, mioma, polip endometrium, kista ovarium, tuberkulosis genital, serta operasi panggul atau perut seperti apendektomi dengan komplikasi peritonitis, pembedahan tuba, miomektomi, atau kuret berulang. Riwayat ini membantu menilai kemungkinan adanya gangguan anatomi yang memengaruhi fertilitas.

5) Gejala Endokrin dan Metabolik

Meliputi hirsutisme, jerawat, kenaikan berat badan, galaktorea, dan gejala gangguan tiroid. Riwayat diabetes, sindrom ovarium polikistik, atau gangguan makan juga perlu dicatat karena dapat memengaruhi ovulasi dan kesehatan reproduksi.

6) Obat dan Paparan Lingkungan

Mencatat jenis kontrasepsi yang pernah digunakan dan kapan dihentikan, serta obat-obatan seperti antipsikotik, antikonvulsan,

kemoterapi, teratogen, dan paparan lingkungan termasuk pestisida, pelarut, logam berat, dan radiasi. Paparan ini dapat berperan pada gangguan fertilitas.

7) Gaya Hidup dan Psikososial

Menilai kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, zat terlarang, pola tidur, aktivitas fisik, dan pekerjaan dengan paparan panas atau bahan kimia. Selain itu, stres, kecemasan, dukungan keluarga, dan tujuan reproduksi pasangan perlu dipahami karena dapat memengaruhi keberhasilan konsepsi.

b. Anamnesis pada Laki-Laki

1) Fungsi Seksual

Meliputi hasrat seksual, kemampuan ereksi, ejakulasi dini atau tertunda, ejakulasi retrograd, nyeri saat ejakulasi, serta frekuensi hubungan seksual. Menilai hubungan seksual terhadap masa subur pasangan penting untuk menentukan peluang kehamilan.

2) Riwayat Infeksi dan Trauma

Mencakup uretritis, epididimitis, prostatitis, penyakit menular seksual, cedera skrotum, torsio testis, dan demam tinggi berulang, karena faktor ini dapat menekan spermatogenesis.

3) Paparan dan Obat

Paparan panas berlebih pada skrotum akibat sauna berkepanjangan atau pekerjaan tertentu serta penggunaan steroid anabolik, testosteron eksogen, finasterid, spironolakton, antineoplastik, dan ganja dapat memengaruhi produksi dan kualitas sperma.

4) Riwayat Sistemik dan Genetik

Riwayat gondongan pascapubertas, penyakit kronis, varikokel, hernia inguinalis, serta riwayat keluarga infertil, kelainan genetik, atau fibrosis kistik membantu menilai faktor risiko genetik dan sistemik yang memengaruhi fertilitas.

B. Pemeriksaan Fisik

a. Pemeriksaan Fisik pada Perempuan

1) Status Umum

Menilai tanda vital, tinggi badan, berat badan, indeks massa tubuh, lingkar pinggang, serta adanya acanthosis nigricans yang menjadi petunjuk resistensi insulin.

2) Tanda Endokrin

Memeriksa hirsutisme, jerawat, kebotakan pola androgenik, striae, dan perubahan kulit akibat gangguan tiroid. Selain itu, pemeriksaan payudara untuk galaktorea membantu mendeteksi gangguan hormonal.

3) Pemeriksaan Leher dan Tiroid

Menilai pembesaran kelenjar tiroid atau nodul yang dapat memengaruhi ovulasi dan metabolisme.

4) Pemeriksaan Panggul

Meliputi inspeksi vulva dan vagina untuk tanda infeksi atau atrofi. Pemeriksaan bimanual digunakan untuk menilai ukuran, posisi, mobilitas rahim, nyeri tekan, massa adneksa, dan kemungkinan perlengketan. Pemeriksaan serviks dilakukan untuk mendeteksi polip, ektoprion, atau sekret abnormal.

b. Pemeriksaan Fisik pada Laki-Laki

1) Status Umum

Meliputi penilaian indeks massa tubuh, distribusi rambut tubuh, ginekomastia, dan tanda sindrom metabolic.

2) Pemeriksaan Skrotum dan Penis

Menilai ukuran dan konsistensi testis dengan perkiraan volume, palpasi epididimis dan vas deferens. Pemeriksaan varikokel dilakukan saat berdiri dan dengan manuver. Valsava. Kelainan penis seperti hipospadia, fimosis, kelengkungan, atau lesi juga diperiksa.

3) Pemeriksaan Tambahan

Pemeriksaan hernia inguinalis dilakukan bila ada indikasi dan pemeriksaan prostat melalui rektal dilakukan pada kasus gejala saluran kemih bawah atau sesuai usia.

C. Pemeriksaan Laboratorium

a. Pemeriksaan Laboratorium pada Perempuan

1) Panel Hormon Siklus Awal

FSH, LH, dan estradiol diperiksa pada hari kedua sampai hari ketiga siklus menstruasi untuk menilai fungsi ovarium dan mendeteksi gangguan ovulasi.

2) Hormone Tiroid

TSH dan hormon tiroid bebas diperiksa bila dicurigai gangguan tiroid karena hipotiroidisme atau hipertiroidisme dapat mengganggu siklus menstruasi.

3) Prolactin

Diperiksa bila terdapat galaktorea, gangguan haid, atau infertilitas tanpa sebab jelas. Kenaikan ringan perlu konfirmasi dan penapisan makroprolaktin untuk menghindari diagnosis berlebih.

4) Evaluasi hiperandrogenisme dan metabolic

Testosteron total, DHEAS, dan 17-hidroksiprogesteron diperiksa pada gejala hirsutisme, jerawat, atau oligomenore. Glukosa puasa, uji toleransi glukosa, dan profil lipid diperiksa karena keterkaitan dengan resistensi insulin.

5) Bukti Ovulasi

Progesteron serum fase luteal diperiksa sekitar tujuh hari setelah perkiraan ovulasi. Uji LH urin dapat digunakan untuk memperkirakan waktu ovulasi bila diperlukan.

- 6) Cadangan Ovarium
Anti Mullerian Hormone dan jumlah folikel antral melalui USG transvaginal digunakan untuk memprediksi respons terhadap stimulasi ovarium. Nilai cadangan ovarium tidak digunakan sebagai penentu tunggal peluang kehamilan alami.
- 7) Penapisan Infeksi
Uji amplifikasi asam nukleat untuk *Chlamydia trachomatis* dan *Neisseria gonorrhoeae* dilakukan pada kelompok berisiko karena infeksi laten dapat merusak tuba falopi.
- 8) Pemeriksaan Laboratorium
Darah lengkap bila perdarahan banyak, golongan darah dan Rhesus sebagai persiapan kehamilan, serologi rubela dan varisela untuk konseling prakonsepsi, serta skrining hepatitis dan HIV bila diperlukan untuk teknologi reproduksi berbantu
- b. Pemeriksaan Laboratorium pada Laki-Laki
 - 1) Analisis Semen (Spermiogram)
Menilai volume, pH, konsentrasi, motilitas, morfologi, vitalitas, dan jumlah leukosit. Praanalisis mencakup masa pantang dua sampai tujuh hari, pengumpulan seluruh ejakulat dalam wadah steril, pengiriman cepat ke laboratorium, serta penghindaran pelumas. Variasi biologis menuntut minimal dua pemeriksaan pada waktu berbeda dan konfirmasi hasil abnormal. Interpretasi hasil dipadukan dengan data klinis.
 - 2) Panel Hormon
Testosteron total pagi hari, FSH, LH, dan prolaktin digunakan untuk membedakan gangguan testikuler primer dari gangguan sentral. Estradiol dan globulin pengikat hormon seks dipertimbangkan pada obesitas atau gejala tertentu.
 - 3) Pemeriksaan Genetik
Analisis kariotipe dan deteksi mikrodelesi kromosom Y dilakukan pada azoospermia atau oligozoospermia berat. Uji CFTR dilakukan bila dicurigai agenesis bilateral duktus deferens.
 - 4) Penapisan Infeksi
Leukositospermia atau gejala urogenital mendorong pemeriksaan melalui kultur atau uji molekuler sesuai dugaan patogen.
 - 5) Pemeriksaan Lanjutan
Antibodi antispermatozoa, uji fragmentasi DNA sperma, dan penanda stres oksidatif dipertimbangkan pada kasus khusus seperti kegagalan berulang teknologi reproduksi berbantu.

D. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Penunjang pada Perempuan

1) Ultrasonografi Transvaginal

Menilai ukuran dan bentuk rahim, ketebalan endometrium, mioma, polip, kista ovarium, dan menghitung folikel antral. Dapat digunakan untuk pemantauan folikel pada siklus alami atau stimulasi.

2) Histerosalpingografi

Menggunakan kontras untuk menilai patensi tuba dan kontur rongga rahim. Dilakukan pada fase folikular awal setelah perdarahan berhenti dan sebelum ovulasi. Kehamilan harus disingkirkan terlebih dahulu. Profilaksis antibiotik dan analgetik dipertimbangkan sesuai risiko.

3) Sonohisterografi atau saline infusion sonography

Memasukkan cairan steril ke rongga rahim untuk membantu USG menilai polip, mioma submukosa, atau sinekia.

4) Histeroskopi

Visualisasi rongga rahim secara langsung memungkinkan tindakan polipektomi atau adhesiolisis sekaligus.

5) Laparaskopi dengan Kromoperbutasi

Standar emas untuk menilai peritoneum panggul, endometriosis, perlengketan, dan patensi tuba. Dilakukan bila nyeri panggul kronis, dugaan endometriosis sedang hingga berat, atau pemeriksaan noninvasif tidak menjelaskan keluhan.

b. Pemeriksaan Penunjang Pada Laki-Laki

1) Ultrasonografi skrotum dengan doppler

USG skrotum dengan doppler digunakan untuk menilai struktur testis dan aliran darah. Pemeriksaan ini dapat mendeteksi varikokel, tumor testis, hidrokel, maupun trauma testis. Doppler membantu melihat kelainan vaskular seperti pelebaran vena pampiniformis yang dapat memengaruhi kualitas sperma.

2) Ultrasonografi transrektal

USG transrektal dilakukan untuk mengevaluasi kelenjar prostat, vesikula seminalis, dan duktus ejakulatorius. Pemeriksaan ini berguna bila terdapat kecurigaan sumbatan pada saluran ejakulasi, ejakulasi retrograd, atau kelainan anatomi yang menghambat keluarnya sperma.

3) Pemeriksaan tambahan terarah

Pemeriksaan ini dilakukan sesuai indikasi klinis. Contohnya :

- a) Analisis Genetik, untuk mendeteksi kelainan kromosom (misalnya sindrom Klinefelter).
- b) Tes DNA Sperma, untuk menilai fragmentasi DNA
- c) Biopsi Testis, bila dicurigai azoospermia obstruktif atau non-obstruktif. Tujuannya adalah menemukan penyebab spesifik bila analisis sperma rutin tidak menjelaskan kelainan.

4) Pencitraan endokrin

Pemeriksaan pencitraan endokrin biasanya berupa CT-scan atau MRI otak untuk mengevaluasi hipotalamus dan hipofisis bila terdapat kecurigaan gangguan hormonal (misalnya tumor hipofisis yang memengaruhi FSH/LH). Hal ini penting karena gangguan endokrin dapat menghambat spermatogenesis dan fungsi reproduksi laki-laki.

RANGKUMAN

Skrining dan pemeriksaan penunjang infertilitas merupakan langkah penting untuk menegakkan diagnosis dan menentukan penatalaksanaan yang tepat. Tahap pertama dimulai dengan anamnesis pada perempuan maupun laki-laki. Pada perempuan, riwayat menstruasi, reproduksi, seksual, penyakit, gejala endokrin, obat-obatan, paparan lingkungan, serta gaya hidup perlu digali secara rinci karena sangat berpengaruh terhadap fungsi reproduksi. Pada laki-laki, anamnesis meliputi fungsi seksual, riwayat infeksi atau trauma, paparan lingkungan dan obat, serta riwayat sistemik dan genetik. Informasi mendalam dari anamnesis membantu dokter memperkirakan penyebab infertilitas sebelum melanjutkan pemeriksaan fisik dan laboratorium.

Pemeriksaan fisik melengkapi data anamnesis dengan menilai kondisi umum, tanda endokrin, serta pemeriksaan spesifik organ reproduksi. Pada perempuan, pemeriksaan dilakukan mulai dari status umum hingga evaluasi panggul untuk mendeteksi kelainan anatomi seperti mioma, polip, atau perlengketan. Sedangkan pada laki-laki, pemeriksaan fisik berfokus pada status umum, evaluasi skrotum, penis, serta deteksi varikokel, kelainan testis, atau gangguan anatomi lainnya. Pemeriksaan ini bertujuan untuk menemukan tanda klinis yang mungkin berhubungan langsung dengan infertilitas.

Pemeriksaan laboratorium digunakan untuk mengevaluasi aspek hormonal, infeksi, serta kualitas gamet. Pada perempuan, pemeriksaan meliputi panel hormon siklus awal, hormon tiroid, prolaktin, pemeriksaan hiperandrogenisme, cadangan ovarium, serta bukti ovulasi. Penapisan infeksi juga penting untuk mencegah kerusakan tuba falopi. Pada laki-laki, pemeriksaan utama adalah analisis semen atau spermogram, disertai panel hormon, pemeriksaan genetik, dan penapisan infeksi sesuai indikasi. Bila diperlukan, pemeriksaan tambahan seperti uji fragmentasi DNA sperma juga dilakukan, terutama pada kasus kegagalan berulang teknologi reproduksi berbantu.

Pemeriksaan penunjang berperan untuk menilai struktur anatomi maupun fungsi organ reproduksi lebih lanjut. Pada perempuan, metode yang digunakan antara lain ultrasonografi transvaginal, histerosalpingografi, sonohisterografi, histeroskopi, serta laparoskopi dengan kromopertubasi sebagai standar emas. Sementara itu, pada laki-laki digunakan ultrasonografi skrotum dengan doppler, ultrasonografi transrektal, serta pemeriksaan tambahan seperti analisis genetik, biopsi testis, hingga pencitraan endokrin bila dicurigai adanya gangguan hormonal sentral. Keseluruhan skrining ini

memungkinkan diagnosis yang lebih komprehensif, sehingga terapi infertilitas dapat dilakukan secara tepat sasaran.

EVALUASI

1. Jelaskan pentingnya anamnesis riwayat menstruasi pada perempuan dalam menilai fungsi ovarium dan kemungkinan gangguan ovulasi!
2. Mengapa riwayat keguguran berulang perlu dievaluasi dalam konteks infertilitas, dan faktor apa saja yang dapat menyebabkannya?
3. Sebutkan penyakit ginekologi dan riwayat pembedahan yang dapat menurunkan fertilitas pada perempuan, serta mekanismenya!
4. Jelaskan perbedaan penting antara pemeriksaan status umum perempuan dan laki-laki pada evaluasi infertilitas!
5. Bagaimana fisik tiroid dapat membantu dalam evaluasi infertilitas perempuan?
6. Apa tujuan pemeriksaan varikokel pada pria, dan mengapa harus dilakukan dengan manuver Valsava?
7. Jelaskan pemeriksaan laboratorium yang digunakan untuk menilai cadangan ovarium dan interpretasi klinisnya!
8. Jelaskan peran pemeriksaan hormon testosteron, FSH, dan LH pada laki-laki infertil!
9. Mengapa pemeriksaan genetik penting dilakukan pada pasien dengan azoospermia atau oligozoospermia berat?
10. Jelaskan peran pencitraan endokrin (MRI/CT otak) dalam evaluasi infertilitas pada pria!
11. Seorang wanita 28 tahun datang dengan siklus menstruasi 45–60 hari, disertai jerawat dan obesitas. Jelaskan pemeriksaan laboratorium yang perlu dilakukan untuk menegakkan diagnosis penyebab infertilitasnya!
12. Pasangan sudah menikah 2 tahun, belum memiliki anak. Suami mengaku jarang berhubungan seksual karena ejakulasi dini. Bagaimana langkah anamnesis dan edukasi yang tepat?
13. Seorang wanita 32 tahun dengan riwayat 3 kali keguguran spontan. Jelaskan pemeriksaan penunjang yang harus dilakukan untuk mencari penyebab infertilitas sekunder!
14. Pasangan infertil, istri 30 tahun dengan hirsutisme dan oligomenore, suami sehat. Jelaskan pemeriksaan hormonal yang relevan dan interpretasi hasilnya!
15. Seorang wanita 33 tahun dengan riwayat endometriosis datang untuk program hamil. Jelaskan pemeriksaan penunjang yang paling tepat untuk menilai kondisi panggul dan patensi tuba!
16. Seorang wanita 29 tahun dengan riwayat nyeri haid hebat dan dismenore kronis. Jelaskan pemeriksaan penunjang yang dapat mendeteksi endometriosis!
17. Seorang wanita 26 tahun dengan siklus teratur tetapi belum hamil setelah 2 tahun menikah. Jelaskan pemeriksaan laboratorium yang digunakan untuk membuktikan adanya ovulasi!

18. Seorang wanita dengan perdarahan menstruasi banyak, anemia, dan mioma uteri. Jelaskan pemeriksaan penunjang yang tepat untuk menilai kondisi rahim!
19. Seorang wanita infertil dengan dugaan sinekia intrauterin. Jelaskan pemeriksaan penunjang yang dapat menegakkan diagnosis sekaligus memberikan terapi!
20. Pasangan infertil, istri dengan siklus normal dan pemeriksaan normal, suami dengan spermiogram normal, tetapi infertilitas tetap terjadi. Jelaskan pemeriksaan lanjutan yang bisa dilakukan!

TOPIK 6

TEKNOLOGI REPRODUKSI BERBANTU ATAU ADOPSI

A. Konsep Teknologi Reproduksi Berbantu

Teknologi reproduksi berbantu merupakan rangkaian prosedur medis yang dikembangkan untuk membantu pasangan yang mengalami kesulitan dalam mencapai kehamilan secara alami. Definisi ini mencakup berbagai teknik yang mengatur, memodifikasi, atau menggantikan proses alami pertemuan sel telur dan sperma baik di dalam maupun di luar tubuh manusia. Bentuk yang paling dikenal adalah inseminasi intrauterin (IUI) dan fertilisasi in vitro (IVF), yang secara luas telah digunakan dalam praktik klinis di seluruh dunia (Zegers-Hochschild *et al.*, 2022). Istilah ini sendiri dirumuskan secara lebih sistematis oleh organisasi internasional seperti International Committee for *Monitoring Assisted Reproductive Technologies* (ICMART) dan *European Society of Human Reproduction and Embryology* (ESHRE) yang memberikan definisi standar, indikator keberhasilan, dan klasifikasi terminologi yang digunakan secara global (ESHRE & ICMART, 2021).

Perjalanan historis teknologi ini bermula dari keberhasilan pertama kelahiran bayi melalui prosedur fertilisasi in vitro pada tahun 1978 di Inggris yang dikenal dengan nama Louise Brown. Sejak saat itu, teknologi reproduksi berbantu berkembang sangat pesat, dengan variasi metode baru seperti *intracytoplasmic sperm injection* (ICSI), *cryopreservation* embrio, hingga penggunaan donor gamet. Kemajuan ini tidak hanya meningkatkan peluang kehamilan, tetapi juga memperluas cakupan layanan bagi pasangan dengan berbagai penyebab infertilitas, baik dari faktor perempuan, laki-laki, maupun penyebab yang tidak dapat dijelaskan (Adamson *et al.*, 2022).

Dari sudut pandang epidemiologi, infertilitas merupakan masalah kesehatan global dengan prevalensi sekitar satu dari enam orang yang mengalaminya sepanjang hidup (WHO, 2023). Hal ini menegaskan kebutuhan yang mendesak terhadap akses layanan fertilitas yang terjangkau, aman, dan berkualitas. Laporan terbaru WHO juga menekankan bahwa kesenjangan akses masih besar, terutama di negara-negara berpendapatan rendah dan menengah, di mana layanan teknologi reproduksi berbantu seringkali tidak tersedia atau terlalu mahal bagi sebagian besar pasangan (WHO, 2023). Oleh karena itu, pengembangan kebijakan publik dan dukungan sistem kesehatan menjadi bagian yang sangat penting dalam memastikan keadilan akses.

Selain aspek medis, konsep teknologi reproduksi berbantu juga harus dipandang dalam kerangka sosial dan etika. Intervensi medis ini memiliki orientasi utama untuk mencapai kehamilan biologis, sementara solusi non-medis seperti adopsi berfokus pada pemenuhan peran sebagai orang tua melalui jalur sosial,

hukum, dan emosional. Adopsi memberikan peluang bagi pasangan untuk mengasuh anak yang membutuhkan keluarga, sementara teknologi reproduksi berbantu memberikan kemungkinan pengalaman kehamilan dan kelahiran secara biologis. Perbandingan ini menunjukkan bahwa kedua pendekatan memiliki nilai yang sama penting dalam membangun keluarga, dan keputusan akhir seringkali dipengaruhi oleh faktor psikologis, nilai budaya, keyakinan, kondisi kesehatan, serta aspek biaya dan regulasi (Gürtin & Inhorn, 2021).

B. Inseminasi Intrauterin (IUI)

a. Definisi

Inseminasi intrauterin (IUI) merupakan salah satu teknik reproduksi berbantu yang dilakukan dengan cara memasukkan sperma yang sudah diproses melalui teknik laboratorium langsung ke dalam rongga rahim perempuan pada waktu yang tepat, yaitu saat terjadi ovulasi. Prinsip dasar dari prosedur ini adalah memperpendek jarak yang harus ditempuh sperma menuju sel telur, sehingga meningkatkan peluang terjadinya fertilisasi. Dengan cara ini, sperma tidak perlu melewati hambatan di saluran serviks dan dapat lebih cepat mencapai tuba falopi, tempat terjadinya pembuahan. Prosedur ini sering dipilih sebagai terapi awal pada pasangan dengan masalah infertilitas ringan karena lebih sederhana, aman, dan berbiaya lebih rendah dibanding fertilisasi *in vitro* (Veltman-Verhulst *et al.*, 2021).

b. Indikasi IUI

Indikasi inseminasi intrauterin cukup beragam, dan umumnya dipertimbangkan pada kasus infertilitas ringan atau sedang. Salah satunya adalah infertilitas tanpa penyebab yang jelas (*unexplained infertility*), di mana pasangan tidak menunjukkan kelainan medis namun sulit untuk hamil setelah periode waktu tertentu. Selain itu, IUI sering digunakan pada faktor pria ringan, misalnya penurunan jumlah sperma atau motilitas yang sedang, yang masih memungkinkan untuk diperbaiki melalui pemrosesan laboratorium. Faktor servikal juga dapat menjadi indikasi, khususnya jika lendir serviks terlalu kental atau memiliki kualitas buruk yang dapat menghambat pergerakan sperma. Di sisi lain, kondisi seperti disfungsi ereksi atau ejakulasi retrograd juga dapat diatasi dengan prosedur ini. Pada kasus azoospermia atau pasangan tanpa sperma yang layak, IUI dapat dilakukan dengan menggunakan sperma donor (Ombelet & Robays, 2020).

c. Prosedur Pelaksanaan IUI

Pelaksanaan inseminasi intrauterin terdiri atas beberapa tahapan penting. Pertama, dilakukan persiapan sperma di laboratorium, di mana sampel semen diproses untuk mendapatkan fraksi sperma motil dengan kualitas terbaik melalui teknik seperti swim-up atau density gradient centrifugation. Kedua, dilakukan pemantauan ovulasi pada pasien perempuan dengan menggunakan ultrasonografi transvaginal atau pemeriksaan hormon luteinizing untuk menentukan waktu terbaik inseminasi. Tahap terakhir adalah proses inseminasi

itu sendiri, yakni sperma yang telah diproses dimasukkan langsung ke dalam rongga rahim menggunakan kateter khusus yang tipis dan fleksibel. Prosedur ini biasanya tidak menimbulkan rasa nyeri yang signifikan dan dilakukan pada saat ovulasi berlangsung, sehingga peluang keberhasilan lebih optimal (Gurunath *et al.*, 2022).

d. Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan

Keberhasilan prosedur IUI sangat dipengaruhi oleh beberapa faktor klinis. Usia perempuan merupakan salah satu determinan utama, karena peluang kehamilan menurun signifikan setelah usia 35 tahun akibat penurunan kualitas dan kuantitas oosit. Selain itu, kualitas sperma yang diperoleh setelah pemrosesan laboratorium juga sangat berpengaruh. Faktor lain yang menentukan adalah durasi infertilitas, di mana pasangan dengan infertilitas yang sudah berlangsung lama biasanya memiliki peluang lebih rendah untuk hamil melalui IUI. Penggunaan stimulasi ovarium dalam prosedur IUI juga dapat meningkatkan jumlah sel telur matang yang tersedia, sehingga meningkatkan kemungkinan terjadinya fertilisasi (Cohlen *et al.*, 2020).

e. Tingkat Keberhasilan

Secara umum, tingkat keberhasilan IUI per siklus berkisar antara 10 hingga 20 persen, tergantung pada faktor usia perempuan, kualitas sperma, dan kondisi klinis lainnya. Studi meta-analisis menunjukkan bahwa peluang kumulatif kehamilan meningkat setelah dilakukan 3 hingga 4 siklus, tetapi efektivitas menurun apabila dilakukan lebih dari 6 siklus. Oleh karena itu, banyak panduan klinis yang merekomendasikan batasan jumlah siklus IUI sebelum mempertimbangkan untuk beralih ke teknik reproduksi berbantu yang lebih kompleks, seperti fertilisasi in vitro (Evenson & Wixon, 2021).

f. Rekomendasi Praktik Klinis

Pedoman praktik klinis internasional menyarankan agar IUI dipertimbangkan sebagai terapi lini pertama pada kasus infertilitas tanpa sebab atau faktor pria ringan. Dalam banyak kasus, IUI dilakukan dengan stimulasi ovarium untuk meningkatkan peluang keberhasilan. Namun, apabila setelah 3 hingga 6 siklus tidak tercapai kehamilan, maka pasangan sebaiknya dipertimbangkan untuk beralih ke fertilisasi in vitro sebagai pilihan berikutnya. Hal ini sejalan dengan rekomendasi dari European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) yang menekankan pentingnya pendekatan bertahap dalam penatalaksanaan infertilitas (ESHRE Guideline, 2022).

C. Fertilisasi In Vitro (IVF)

a. Definisi

Fertilisasi in vitro atau lebih dikenal dengan istilah bayi tabung merupakan teknik reproduksi berbantu yang dilakukan dengan mempertemukan sel telur dan sperma di luar tubuh, tepatnya di dalam laboratorium. Setelah proses pembuahan berhasil, embrio yang terbentuk kemudian dikultur selama

beberapa hari sebelum dipindahkan kembali ke dalam rahim perempuan agar dapat berkembang menjadi kehamilan. Konsep dasar dari IVF adalah membantu pasangan dengan masalah infertilitas yang tidak dapat diselesaikan melalui terapi konvensional atau prosedur inseminasi intrauterin. Menurut penelitian, IVF merupakan salah satu metode paling efektif dalam penanganan infertilitas yang berat dan telah digunakan secara luas di seluruh dunia (Zhou *et al.*, 2021).

b. Indikasi IVF

Indikasi utama dilakukannya IVF mencakup berbagai kondisi medis yang menyebabkan infertilitas. Salah satunya adalah kerusakan atau obstruksi tuba falopi yang menghambat pertemuan sperma dan sel telur. IVF juga direkomendasikan pada perempuan dengan endometriosis sedang hingga berat yang tidak berhasil ditangani dengan terapi lain. Selain itu, kegagalan ovulasi yang tidak respons terhadap induksi ovulasi, infertilitas yang tidak diketahui penyebabnya setelah beberapa tahun, serta kegagalan inseminasi intrauterin berulang juga menjadi indikasi kuat. Dari sisi pria, faktor infertilitas sedang hingga berat seperti kualitas sperma yang sangat rendah sering kali membutuhkan IVF dengan bantuan ICSI untuk meningkatkan peluang pembuahan. Laporan internasional menunjukkan bahwa penggunaan IVF terus meningkat seiring berkembangnya teknologi serta kebutuhan pasangan yang menghadapi masalah infertilitas kompleks (Sunderam *et al.*, 2023).

c. Tahapan Klinis IVF

Prosedur IVF melibatkan beberapa tahapan klinis yang kompleks. Tahap pertama adalah stimulasi ovarium terkontrol dengan pemberian obat hormon untuk merangsang pertumbuhan beberapa folikel sekaligus. Setelah itu dilakukan pemantauan folikel melalui ultrasonografi transvaginal dan pemeriksaan hormon. Jika folikel dinilai matang, dokter memberikan pemicu pematangan oosit dengan hCG atau agonis GnRH. Tahap berikutnya adalah pengambilan sel telur atau oosit melalui prosedur aspirasi menggunakan jarum khusus. Oosit kemudian dibuahi dengan sperma menggunakan metode inseminasi konvensional atau dengan teknik injeksi sperma langsung ke dalam sel telur yang dikenal sebagai intracytoplasmic sperm injection (ICSI). Setelah pembuahan berhasil, embrio dikultur selama dua sampai lima hari sebelum dipindahkan ke dalam rahim. Tahapan ini telah distandarisasi oleh berbagai asosiasi internasional dan menunjukkan tingkat keberhasilan yang bervariasi tergantung kondisi klinis pasien (Cimadomo *et al.*, 2022).

d. Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan

Keberhasilan IVF dipengaruhi oleh berbagai faktor penting. Usia perempuan merupakan faktor utama, di mana semakin tua usia maka cadangan ovarium menurun dan kualitas sel telur berkurang. Kualitas embrio yang dipindahkan ke rahim juga sangat menentukan, sehingga laboratorium embriologi berperan besar dalam menunjang keberhasilan. Kondisi rahim seperti adanya polip, mioma submukosa, atau kelainan anatomi juga dapat menurunkan peluang keberhasilan. Selain itu, lama infertilitas dan riwayat kegagalan prosedur

sebelumnya dapat memengaruhi prognosis. Data registri internasional menunjukkan angka kelahiran hidup dari IVF bervariasi antar negara, tergantung kualitas layanan, usia pasien, serta protokol yang digunakan (De Geyter *et al.*, 2022).

e. Risiko dan Tantangan dalam IVF

Prosedur IVF tidak lepas dari risiko medis maupun psikososial. Risiko medis yang dapat terjadi antara lain sindrom hiperstimulasi ovarium akibat respons berlebihan terhadap obat hormon, komplikasi prosedur pengambilan oosit seperti perdarahan atau infeksi, serta kemungkinan kehamilan ganda jika beberapa embrio ditransfer sekaligus. Selain itu, tekanan psikologis berupa kecemasan, stres, serta beban finansial yang tinggi sering dialami pasangan. Oleh karena itu, pendampingan psikologis dan konseling menjadi bagian penting dari tata laksana IVF. Pedoman ESHRE dan ASRM merekomendasikan transfer embrio tunggal elektif pada pasien dengan prognosis baik untuk mengurangi risiko kehamilan ganda serta menekankan pencegahan sindrom hiperstimulasi ovarium melalui penggunaan protokol yang lebih aman (ESHRE Guideline Group, 2021).

f. Perkembangan dan Rekomendasi Praktik

Dalam praktik modern, IVF tidak hanya berfokus pada kehamilan, tetapi juga pada kesehatan jangka panjang ibu dan anak. Strategi baru seperti penggunaan pemicu agonis GnRH, kebijakan pembekuan seluruh embrio untuk mencegah hiperstimulasi ovarium, serta penerapan teknologi diagnostik genetik preimplantasi (PGT) semakin banyak digunakan. Rekomendasi internasional juga mendorong adanya individualisasi protokol stimulasi ovarium agar hasil lebih optimal dengan risiko minimal. Secara global, IVF menjadi salah satu metode utama dalam teknologi reproduksi berbantu dengan angka keberhasilan yang terus meningkat, meskipun tetap memerlukan pertimbangan medis, psikologis, dan etis dalam pelaksanaannya (Zegers-Hochschild *et al.*, 2022).

D. Perkembangan Psikologis dan Sosial dalam Teknologi Reproduksi Berbantu

Teknologi reproduksi berbantu seperti inseminasi intrauterin (IUI) dan fertilisasi in vitro (IVF) telah menjadi solusi penting bagi pasangan yang menghadapi infertilitas. Namun, di balik keberhasilan klinisnya, terdapat tantangan besar yang bersifat psikologis dan sosial. Pasangan yang menjalani prosedur ini sering mengalami beban emosional yang signifikan. Perasaan cemas, stres, kesedihan, hingga rasa bersalah kerap muncul, terutama ketika siklus terapi berulang kali tidak membuahkan hasil. Faktor finansial yang besar juga memperkuat tekanan mental, karena keberhasilan tidak selalu sebanding dengan biaya yang dikeluarkan (Gameiro *et al.*, 2020).

Selain kecemasan, infertilitas sering menimbulkan dampak terhadap dinamika hubungan pasangan. Beberapa penelitian menemukan bahwa proses panjang dalam menjalani terapi infertilitas dapat menimbulkan ketegangan komunikasi, bahkan

berujung pada konflik rumah tangga. Di sisi lain, bagi sebagian pasangan, perjuangan bersama ini justru dapat mempererat ikatan emosional. Oleh karena itu, dukungan psikologis yang komprehensif menjadi elemen penting dalam pelaksanaan IUI dan IVF. Konseling individual maupun pasangan dapat membantu mengurangi stres, mengelola harapan, serta meningkatkan ketahanan emosional selama proses terapi berlangsung (Moura-Ramos *et al.*, 2021).

Organisasi profesi internasional, termasuk European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), menekankan pentingnya layanan psikososial dalam program fertilitas. Pendekatan ini tidak hanya mencakup konseling, tetapi juga penyediaan kelompok dukungan sebaya di mana pasien dapat berbagi pengalaman. Strategi berbasis dukungan sebaya terbukti dapat mengurangi perasaan terisolasi, meningkatkan penerimaan diri, serta memberi penguatan psikologis pada pasien yang menjalani siklus berulang (Boivin *et al.*, 2022). Hal ini menunjukkan bahwa keberhasilan terapi reproduksi berbantu tidak semata-mata diukur dari kehamilan yang dicapai, tetapi juga dari kualitas hidup pasien selama prosesnya.

Selain aspek psikologis, pertimbangan sosial juga menjadi tantangan yang penting. Akses terhadap layanan IUI dan IVF tidak merata, terutama di negara berpendapatan rendah dan menengah. Biaya yang tinggi menjadikan teknologi ini hanya dapat dijangkau oleh kelompok masyarakat tertentu. Ketidaksetaraan ini menimbulkan permasalahan etis terkait keadilan dalam pelayanan kesehatan reproduksi. Beberapa negara telah berupaya mengintegrasikan layanan reproduksi berbantu dalam sistem jaminan kesehatan, namun masih banyak wilayah di dunia di mana layanan ini belum tersedia secara luas (Inhorn & Patrizio, 2020).

Selain keterbatasan akses, stigma sosial terhadap infertilitas juga masih kuat di berbagai budaya. Perempuan sering kali menjadi pihak yang disalahkan ketika pasangan mengalami infertilitas, meskipun faktor penyebab dapat berasal dari laki-laki maupun perempuan. Stigma ini dapat memperparah beban psikologis dan menyebabkan pasangan enggan mencari bantuan medis. Oleh karena itu, edukasi masyarakat mengenai infertilitas sebagai masalah medis, bukan aib, sangat penting untuk mengurangi diskriminasi sosial (Silva & Brandão, 2021).

E. Adopsi sebagai Alternatif

Adopsi merupakan salah satu pilihan alternatif dalam membangun keluarga bagi pasangan yang menghadapi infertilitas atau keterbatasan biologis dalam memperoleh keturunan. Secara hukum, adopsi diartikan sebagai suatu proses pengalihan hak asuh anak dari orang tua kandung atau wali sah kepada orang tua angkat, dengan tujuan memberikan kesejahteraan terbaik bagi anak. Di Indonesia, adopsi diatur melalui peraturan perundang-undangan, termasuk Peraturan Pemerintah Nomor 54 Tahun 2007 tentang Pelaksanaan Pengangkatan Anak, yang menekankan bahwa kepentingan terbaik anak harus menjadi prinsip utama dalam setiap proses adopsi. Hal ini sejalan dengan prinsip *the best interest of the child* yang diakui secara internasional (Susilo & Handayani, 2021).

Proses adopsi biasanya melibatkan beberapa tahapan penting yang harus dilalui oleh calon orang tua angkat. Tahapan tersebut mencakup penilaian kelayakan psikologis, sosial, dan ekonomi calon orang tua, persetujuan hukum dari pihak terkait, serta pengawasan pasca penempatan anak. Penilaian kelayakan dilakukan untuk memastikan bahwa calon orang tua angkat memiliki kemampuan memberikan pengasuhan yang sehat, aman, dan mendukung tumbuh kembang anak secara optimal. Selain itu, keterlibatan pekerja sosial dan lembaga perlindungan anak sangat penting untuk menjamin transparansi dan akuntabilitas dalam proses adopsi (Kaur *et al.*, 2020).

Pada konteks adopsi lintas negara, regulasi internasional juga memiliki peran besar. Konvensi Den Haag tahun 1993 tentang Perlindungan Anak dan Kerja Sama dalam Adopsi Antarnegara (*The Hague Convention on Protection of Children and Co-operation in Respect of Intercountry Adoption*) memberikan kerangka hukum yang memastikan bahwa adopsi dilakukan dengan cara yang transparan, etis, serta berorientasi pada perlindungan anak. Konvensi ini mencegah praktik perdagangan anak dan menjamin adanya kerja sama antarotoritas negara, sehingga kepentingan anak tetap menjadi prioritas utama (HCCH, 2023).

Dari sudut pandang psikososial, adopsi memerlukan kesiapan emosional dan komitmen jangka panjang dari orang tua angkat. Berbeda dengan kehamilan biologis, adopsi melibatkan proses penyesuaian identitas keluarga yang tidak selalu mudah, baik bagi orang tua maupun anak. Calon orang tua angkat perlu menyadari bahwa pengasuhan anak adopsi dapat membawa tantangan khusus, termasuk persoalan identitas anak, kebutuhan informasi mengenai asal-usul biologis, serta potensi munculnya stigma sosial. Oleh karena itu, dukungan konseling keluarga sangat diperlukan sebelum, selama, dan setelah proses adopsi untuk memastikan kelancaran adaptasi keluarga baru (Grotevant *et al.*, 2021).

Selain faktor emosional, keputusan memilih adopsi dibandingkan teknologi reproduksi berbantu juga dipengaruhi oleh sejumlah aspek lain. Usia pasangan, diagnosis medis, kapasitas finansial, nilai budaya, preferensi pribadi, serta pertimbangan waktu menjadi faktor yang sering dipertimbangkan. Beberapa pasangan memilih adopsi setelah mengalami kegagalan berulang dalam program fertilisasi *in vitro*, sementara pasangan lain lebih memilih jalur ini sejak awal karena alasan etika atau keyakinan tertentu. Konseling yang bersifat netral, tidak memihak, serta berpusat pada pasangan sangat dianjurkan agar keputusan yang diambil selaras dengan kondisi psikologis, sosial, dan hukum pasangan tersebut (Goldberg & Schilling, 2020).

Secara global, adopsi juga dipandang sebagai salah satu bentuk kontribusi sosial dalam memberikan hak pengasuhan dan kasih sayang kepada anak-anak yang kehilangan atau tidak dapat tinggal bersama orang tua biologisnya. Dengan demikian, adopsi bukan hanya sekadar solusi bagi pasangan infertilitas, melainkan juga bagian dari tanggung jawab sosial untuk menjamin masa depan anak-anak yang rentan. Perspektif ini menegaskan bahwa adopsi memiliki nilai kemanusiaan yang

tinggi, yang sebanding pentingnya dengan kemajuan teknologi reproduksi berbantu dalam upaya membangun keluarga (López López & Gaitan-Rossi, 2022).

F. Etika, Hukum, dan Regulasi dalam Teknologi Reproduksi Berbantu serta Adopsi

Etika dan hukum memegang peranan penting dalam pelaksanaan teknologi reproduksi berbantu untuk melindungi hak pasien, menjamin keamanan prosedur, serta menegakkan prinsip keadilan dalam akses layanan. Beberapa aspek utama yang diatur meliputi persetujuan tindakan medis, asal usul dan penggunaan gamet, jumlah embrio yang boleh dipindahkan, hingga kebijakan penyimpanan atau pemusnahan embrio. Regulasi ini bertujuan agar praktik medis dilakukan secara bertanggung jawab dan tidak menimbulkan risiko etis maupun hukum bagi pasangan maupun anak yang akan lahir (ESHRE, 2022).

Secara internasional, lembaga seperti WHO, ICMART, ASRM, dan ESHRE memberikan standar definisi, pedoman etik, serta pemantauan praktik klinis. Namun, penerapan di setiap negara berbeda, misalnya terkait donor sel telur, akses layanan, penggunaan diagnosis genetik praimplantasi, dan pembatasan tertentu yang dapat memengaruhi pilihan pasien (ICMART, 2023). Hal ini menunjukkan adanya variasi kebijakan yang dipengaruhi oleh faktor sosial, budaya, dan hukum lokal.

Dalam konteks adopsi, Konvensi Den Haag menjadi acuan utama yang menegaskan prinsip kepentingan terbaik anak, asas subsidiaritas, serta pencegahan perdagangan anak. Adopsi diatur agar proses berjalan transparan, sah secara hukum, dan mengutamakan kesejahteraan anak. Sama seperti teknologi reproduksi berbantu, transparansi biaya, pelaporan hasil klinis, dan informed consent yang jelas merupakan bagian penting dari etika layanan (ResearchGate, 2023).

Dengan demikian, regulasi etik dan hukum bukan hanya melindungi pasien, tetapi juga memastikan bahwa setiap keputusan pasangan diambil secara sadar, bebas, dan sesuai dengan norma sosial serta prinsip hak anak.

RANGKUMAN

Teknologi reproduksi berbantu merupakan salah satu inovasi medis penting yang dikembangkan untuk membantu pasangan dengan masalah infertilitas. Metode ini mencakup berbagai prosedur seperti inseminasi intrauterin (IUI) dan fertilisasi in vitro (IVF), yang berfungsi mempertemukan sel telur dan sperma baik di dalam maupun di luar tubuh manusia. Sejak kelahiran pertama bayi hasil IVF pada tahun 1978, teknologi ini berkembang pesat dengan hadirnya metode baru seperti intracytoplasmic sperm injection (ICSI) dan cryopreservation. Perkembangan ini memberikan peluang besar bagi pasangan dengan berbagai penyebab infertilitas, baik dari faktor perempuan, laki-laki, maupun yang tidak diketahui penyebabnya.

Inseminasi intrauterin menjadi salah satu metode yang paling banyak digunakan sebagai terapi awal infertilitas ringan karena lebih sederhana, relatif murah, dan aman. Prosedur ini dilakukan dengan memasukkan sperma yang sudah diproses langsung ke rahim pada saat ovulasi, sehingga meningkatkan peluang pembuahan. Faktor keberhasilan IUI dipengaruhi oleh usia perempuan, kualitas sperma, serta durasi infertilitas. Meski tingkat keberhasilan per siklus relatif rendah, IUI tetap direkomendasikan sebagai langkah awal sebelum beralih ke metode yang lebih kompleks seperti IVF.

Fertilisasi in vitro atau bayi tabung merupakan metode reproduksi berbantu yang paling efektif untuk kasus infertilitas berat. Prosedurnya melibatkan stimulasi ovarium, pengambilan sel telur, pembuahan di laboratorium, hingga transfer embrio ke rahim. Tingkat keberhasilan IVF dipengaruhi oleh usia, kualitas embrio, kondisi rahim, serta riwayat infertilitas sebelumnya. Namun, prosedur ini juga memiliki tantangan, termasuk risiko medis seperti sindrom hiperstimulasi ovarium, kehamilan ganda, serta tekanan psikologis dan finansial. Oleh karena itu, konseling dan pendampingan emosional menjadi aspek penting yang harus disertakan dalam proses terapi.

Selain teknologi medis, adopsi hadir sebagai alternatif dalam membangun keluarga. Berbeda dengan reproduksi berbantu yang berorientasi pada pengalaman biologis, adopsi menekankan pemenuhan hak anak untuk mendapatkan keluarga. Proses ini diatur secara hukum untuk menjamin kesejahteraan anak dengan prinsip kepentingan terbaik. Baik teknologi reproduksi berbantu maupun adopsi memiliki nilai penting masing-masing dalam memberikan solusi bagi pasangan yang menghadapi infertilitas. Keputusan memilih salah satu jalur dipengaruhi oleh faktor medis, psikologis, sosial, budaya, serta regulasi yang berlaku, dengan tetap mengutamakan kesejahteraan keluarga dan anak.

EVALUASI

1. Jelaskan konsep dasar teknologi reproduksi berbantu!
2. Jelaskan perjalanan historis perkembangan teknologi reproduksi berbantu sejak kelahiran Louise Brown pada tahun 1978!
3. Bandingkan prinsip dasar prosedur inseminasi intrauterin (IUI) dengan fertilisasi in vitro (IVF)!
4. Sebutkan dan jelaskan indikasi utama dilakukannya inseminasi intrauterin (IUI)!
5. Uraikan prosedur pelaksanaan inseminasi intrauterin (IUI) secara sistematis!
6. Uraikan secara rinci tahapan klinis prosedur fertilisasi in vitro (IVF)!
7. Jelaskan indikasi utama dilakukannya fertilisasi in vitro (IVF)!
8. Jelaskan risiko medis dan psikososial yang dapat timbul dari prosedur IVF!
9. Jelaskan tahapan prosedur adopsi di Indonesia yang harus dilalui calon orang tua angkat!
10. Jelaskan faktor-faktor yang memengaruhi keputusan pasangan untuk memilih adopsi dibandingkan teknologi reproduksi berbantu!

11. Seorang perempuan usia 30 tahun dengan infertilitas 2 tahun, pemeriksaan menunjukkan faktor pria ringan (oligozoospermia). Sebagai bidan, jelaskan indikasi, prosedur, dan rekomendasi terapi yang sesuai!
12. Pasangan usia 28 tahun dengan unexplained infertility selama 3 tahun telah menjalani 4 kali IUI namun gagal. Jelaskan pertimbangan langkah selanjutnya berdasarkan pedoman klinis!
13. Seorang perempuan 38 tahun dengan riwayat endometriosis sedang datang untuk konsultasi infertilitas. Jelaskan pendekatan teknologi reproduksi berbantu yang tepat!
14. Pasangan dengan infertilitas pria berat (jumlah sperma sangat rendah) ingin memiliki anak biologis. Jelaskan metode reproduksi berbantu yang sesuai dan alasannya!
15. Pasangan menjalani IVF dengan stimulasi ovarium terkontrol, tetapi pasien mengalami gejala sesak, nyeri perut, dan ascites ringan. Analisis kasus ini dan sebutkan komplikasi yang mungkin terjadi serta tata laksanaanya!
16. Pasangan dengan keterbatasan finansial mempertanyakan kemungkinan mendapatkan layanan IVF melalui sistem jaminan kesehatan. Analisis tantangan sosial dan kebijakan yang mungkin dihadapi!
17. Pasangan suami istri gagal dalam program IVF berulang kali dan mulai mempertimbangkan adopsi. Sebagai bidan, bagaimana cara memberikan konseling yang netral dan berimbang?
18. Pasangan dengan HIV positif pada suami ingin menjalani program reproduksi berbantu. Jelaskan metode yang dapat digunakan untuk mencegah penularan ke istri dan anak!
19. Pasangan ingin mengadopsi anak lintas negara. Jelaskan prosedur hukum yang harus dipenuhi dan tantangan yang mungkin muncul!
20. Pasangan infertilitas menghadapi stigma sosial di masyarakat karena belum memiliki anak. Analisis peran bidan dalam edukasi masyarakat untuk mengurangi diskriminasi dan mendukung pasangan tersebut!

TOPIK 7

PRINSIP PENATALAKSANAAN INFERTILITAS SESUAI KEWENANGAN BIDAN

A. Peran Bidan dalam Deteksi Dini Infertilitas

Peran bidan dalam deteksi dini infertilitas merupakan aspek fundamental dalam pelayanan kesehatan reproduksi, terutama di tingkat primer. Bidan memiliki kedekatan dengan masyarakat dan sering kali menjadi tenaga kesehatan pertama yang diakses oleh pasangan usia subur. Oleh karena itu, kemampuan bidan dalam mengidentifikasi tanda dan faktor risiko infertilitas menjadi kunci penting untuk mempercepat penanganan dan mencegah keterlambatan diagnosis. Proses deteksi ini biasanya diawali dengan anamnesis menyeluruh yang mencakup riwayat menstruasi, riwayat obstetri, pola hubungan seksual, serta adanya gejala klinis seperti nyeri panggul kronis atau infeksi genital berulang. Selain itu, bidan juga berperan dalam menggali informasi mengenai kebiasaan gaya hidup, seperti merokok, konsumsi alkohol, pola makan, dan tingkat stres, yang terbukti dapat memengaruhi kesuburan (Arsyad *et al.*, 2022).

Dalam praktiknya, pemeriksaan fisik sederhana yang dilakukan bidan dapat memberikan informasi awal mengenai kondisi kesehatan reproduksi wanita. Pemeriksaan tersebut mencakup evaluasi indeks massa tubuh, tanda-tanda klinis sindrom ovarium polikistik, serta pemeriksaan dasar terkait kelainan organ reproduksi. Bidan juga dapat menilai adanya faktor risiko pada pihak laki-laki melalui wawancara mengenai riwayat penyakit menular seksual, trauma pada organ reproduksi, atau paparan lingkungan yang dapat mengganggu kualitas sperma. Deteksi awal ini penting karena infertilitas bukan hanya masalah perempuan, tetapi juga melibatkan faktor laki-laki yang menyumbang hampir 40–50% kasus (Vander Borgh & Wyns, 2018).

Edukasi yang diberikan bidan juga berperan signifikan dalam meningkatkan kesadaran pasangan usia subur terhadap pentingnya pemeriksaan dini. Informasi mengenai usia reproduktif optimal, dampak penundaan kehamilan, serta cara menjaga kesehatan reproduksi menjadi bagian penting dari konseling. Studi menunjukkan bahwa pasangan yang memperoleh edukasi sejak dini cenderung lebih proaktif dalam mencari pertolongan medis ketika mengalami kesulitan untuk hamil, sehingga prognosis keberhasilan terapi lebih tinggi (Tsevat *et al.*, 2021).

Selain deteksi klinis, bidan berperan dalam memberikan motivasi dan dukungan emosional kepada pasangan. Infertilitas sering kali menimbulkan stres psikologis, stigma sosial, dan tekanan dari keluarga besar, sehingga bidan dituntut untuk memiliki keterampilan komunikasi yang empatik. Dengan pendekatan yang tepat, bidan dapat membantu pasangan merasa lebih siap untuk menjalani pemeriksaan

lanjutan atau rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi. Penelitian menegaskan bahwa keterlibatan tenaga kesehatan primer dalam memberikan dukungan emosional dapat menurunkan tingkat kecemasan dan meningkatkan kepatuhan terhadap proses pengobatan (Silva *et al.*, 2020).

Pada akhirnya, peran bidan dalam deteksi dini infertilitas bukan hanya sebatas mengidentifikasi masalah, tetapi juga menciptakan jembatan antara pasangan usia subur dan layanan kesehatan spesialis. Dengan kompetensi yang memadai, bidan dapat berkontribusi dalam menurunkan angka infertilitas yang tidak tertangani, mempercepat proses rujukan, dan meningkatkan kualitas hidup pasangan yang terdampak. Oleh karena itu, penguatan kapasitas bidan dalam bidang skrining infertilitas perlu terus didukung melalui pelatihan dan kebijakan kesehatan yang berfokus pada pencegahan dan penanganan dini (Panti *et al.*, 2021; Arsyad *et al.*, 2022).

B. Edukasi, Skrining Awal, dan Rujukan

Edukasi, skrining awal, dan rujukan merupakan aspek fundamental dalam peran bidan terkait penatalaksanaan infertilitas pada pasangan usia subur. Edukasi kesehatan reproduksi yang dilakukan bidan mencakup pemberian informasi tentang pentingnya menjaga pola hidup sehat, status gizi yang optimal, serta dampak buruk merokok, konsumsi alkohol, dan paparan zat toksik terhadap kualitas sperma maupun ovum. Penelitian membuktikan bahwa edukasi yang konsisten sejak masa pranikah mampu meningkatkan kesadaran pasangan terhadap faktor risiko infertilitas dan mendorong penerapan gaya hidup yang lebih sehat (Fitriani *et al.*, 2021). Selain itu, edukasi yang komprehensif juga membantu pasangan memahami proses reproduksi, sehingga mereka lebih siap menghadapi kemungkinan masalah kesuburan.

Skrining awal yang dilakukan bidan berfokus pada pengumpulan data riwayat reproduksi pasangan. Hal ini meliputi pencatatan pola menstruasi, riwayat penyakit menular seksual, penggunaan kontrasepsi, riwayat keguguran, serta evaluasi terhadap tanda-tanda klinis gangguan ovulasi atau fungsi sperma. Skrining awal oleh bidan dapat dilakukan melalui wawancara terstruktur, pemeriksaan fisik sederhana, serta penggunaan instrumen penilaian risiko infertilitas. Hasil skrining ini memiliki nilai penting sebagai dasar identifikasi dini adanya masalah reproduksi, sehingga tindakan lanjutan dapat segera dilakukan (Nugraheni *et al.*, 2022).

Rujukan menjadi langkah krusial ketika bidan menemukan indikasi adanya kelainan atau faktor risiko yang memerlukan pemeriksaan lanjutan oleh tenaga medis spesialis. Mekanisme rujukan ini tidak hanya sebatas pengalihan pasien ke tingkat pelayanan kesehatan yang lebih tinggi, tetapi juga mencakup komunikasi efektif antara bidan dengan dokter spesialis obstetri dan ginekologi. Hal ini bertujuan untuk memastikan kesinambungan layanan, sehingga pasien tidak mengalami keterlambatan dalam memperoleh terapi yang tepat (Susanti & Wahyuni, 2022).

Lebih jauh, rujukan yang dilakukan bidan harus didasarkan pada pedoman klinis yang jelas, misalnya indikasi ketidakaturan siklus menstruasi yang menetap, kecurigaan adanya penyakit penyerta seperti sindrom ovarium polikistik (PCOS), endometriosis, atau dugaan gangguan spermatogenesis. Dengan adanya rujukan yang tepat waktu, peluang keberhasilan terapi infertilitas dapat meningkat signifikan karena pasangan segera mendapatkan intervensi yang sesuai (Saraswati *et al.*, 2021).

Prinsip kesinambungan layanan dalam proses rujukan juga penting agar pasangan tetap merasa didampingi. Bidan dapat berperan menjaga hubungan terapeutik dengan pasien melalui pendampingan emosional, monitoring status kesehatan, serta memberikan edukasi tambahan selama proses penanganan di tingkat spesialis. Dengan cara ini, bidan tidak hanya menjadi penghubung, tetapi juga mitra aktif dalam perjalanan pasien menuju keberhasilan reproduksi (Iskandar & Handayani, 2023).

C. Pendekatan Promotif dan Preventif

Pendekatan promotif dan preventif dalam penatalaksanaan infertilitas merupakan salah satu aspek penting dari kewenangan bidan yang berfokus pada pencegahan sejak dini. Bidan berperan dalam menyampaikan informasi mengenai kesiapan fisik dan mental sebelum memasuki jenjang pernikahan dan kehamilan. Hal ini meliputi konseling pranikah yang menekankan pentingnya menjaga kesehatan reproduksi, memperhatikan usia ideal untuk hamil, serta menjaga jarak antar kehamilan agar kesehatan ibu dan anak tetap optimal. Konseling ini terbukti menjadi strategi efektif dalam mencegah berbagai masalah kesehatan reproduksi yang berpotensi berujung pada infertilitas (Setiawati *et al.*, 2021).

Selain itu, bidan berperan dalam memberikan edukasi mengenai pencegahan penyakit menular seksual yang dapat memengaruhi kesuburan. Penyakit seperti klamidia, gonore, maupun infeksi HIV diketahui dapat menimbulkan kerusakan organ reproduksi bila tidak dideteksi sejak dini. Melalui penyuluhan rutin, bidan dapat membantu pasangan usia subur memahami pentingnya pemeriksaan kesehatan secara berkala serta menerapkan perilaku seksual yang aman. Upaya ini sejalan dengan temuan penelitian yang menunjukkan bahwa intervensi edukatif berbasis komunitas berkontribusi pada penurunan angka infeksi menular seksual sebagai salah satu faktor risiko infertilitas (Abdullah *et al.*, 2022).

Edukasi kesehatan reproduksi yang diberikan bidan tidak hanya bersifat individu, tetapi juga berbasis masyarakat. Dengan pendekatan kelompok atau komunitas, pasangan usia subur dapat memperoleh informasi mengenai gaya hidup sehat seperti mengatur pola makan bergizi, menghindari merokok dan konsumsi alkohol, serta menjaga berat badan ideal. Gaya hidup yang tidak sehat telah terbukti menjadi salah satu faktor signifikan yang memengaruhi kesuburan baik pada pria maupun wanita. Intervensi berbasis komunitas yang dilakukan bidan telah terbukti meningkatkan kesadaran dan perubahan perilaku pasangan usia subur dalam menjaga kesehatan reproduksi (Nuraini & Sari, 2022).

Program promotif dan preventif juga menekankan pentingnya deteksi dini faktor risiko melalui pemeriksaan kesehatan sederhana. Bidan dapat membantu mengidentifikasi pola siklus menstruasi yang tidak teratur, gejala sindrom ovarium polikistik, atau tanda-tanda penyakit kronis yang dapat mengganggu kesuburan. Dengan deteksi awal ini, pasangan dapat segera dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap untuk mendapatkan penanganan yang sesuai. Menurut penelitian, deteksi dini yang dilakukan oleh tenaga kesehatan primer termasuk bidan meningkatkan peluang keberhasilan penanganan infertilitas karena pasangan dapat mengakses layanan yang tepat tanpa keterlambatan (Yuliana *et al.*, 2023).

Lebih jauh, pendekatan promotif dan preventif bidan juga mencakup pemberdayaan masyarakat melalui advokasi dan penyuluhan mengenai kebijakan kesehatan reproduksi. Hal ini menciptakan lingkungan sosial yang mendukung pasangan usia subur untuk lebih terbuka dalam mencari bantuan kesehatan terkait kesuburan. Penelitian terbaru menegaskan bahwa edukasi preventif oleh bidan tidak hanya berdampak pada individu, tetapi juga berkontribusi pada peningkatan kesadaran masyarakat luas terhadap isu infertilitas yang selama ini sering dianggap tabu (Rahman *et al.*, 2023).

D. Pendampingan Psikologis dan Sosial

Infertilitas bukan hanya masalah medis, tetapi juga membawa dampak psikologis yang signifikan bagi pasangan. Banyak pasangan yang mengalami tekanan emosional berupa kecemasan, depresi, perasaan bersalah, hingga konflik dalam hubungan rumah tangga. Dalam konteks ini, bidan berperan sebagai tenaga kesehatan terdekat yang mampu memberikan dukungan emosional sejak awal proses deteksi hingga penanganan infertilitas. Bidan dapat membantu pasangan mengekspresikan perasaan mereka, mengurangi rasa terisolasi, serta membangun harapan yang realistis terkait kemungkinan keberhasilan terapi. Menurut Shah dan Pasch (2021), dukungan emosional dari tenaga kesehatan primer terbukti dapat mengurangi tingkat depresi pada pasangan dengan infertilitas.

Selain dukungan individual, bidan juga dapat menginisiasi pembentukan kelompok dukungan atau support group bagi pasangan infertil. Melalui forum ini, pasangan dapat berbagi pengalaman, memperoleh informasi, serta merasa tidak sendirian dalam menghadapi masalah. Dukungan kelompok telah terbukti meningkatkan daya tahan psikologis, memperkuat motivasi, dan mengurangi beban emosional pasangan infertil (Pasha *et al.*, 2022). Dengan demikian, peran bidan dalam aspek sosial sangat penting karena mampu menjembatani kebutuhan psikologis dan sosial pasien dengan lingkungan sekitarnya.

Bidan juga dapat mengidentifikasi tanda-tanda distress psikologis yang lebih berat, misalnya gangguan kecemasan klinis atau depresi mayor, dan kemudian melakukan rujukan ke psikolog atau psikiater. Penelitian menunjukkan bahwa pasangan infertil yang mendapatkan pendampingan psikologis profesional memiliki tingkat keberhasilan program reproduksi berbantu yang lebih tinggi dibandingkan pasangan yang tidak memperoleh intervensi (Gameiro *et al.*, 2020). Hal ini

membuktikan bahwa dukungan psikologis tidak hanya bermanfaat bagi kualitas hidup, tetapi juga berdampak pada hasil klinis.

Selain aspek emosional, infertilitas juga menimbulkan tekanan sosial, misalnya stigma masyarakat, tekanan keluarga, dan tuntutan budaya terkait peran reproduksi. Dalam kondisi ini, bidan dapat berfungsi sebagai advokat yang membantu pasangan menghadapi tekanan sosial dengan memberikan pemahaman kepada keluarga dan masyarakat tentang kompleksitas masalah infertilitas. Intervensi sosial ini penting untuk menciptakan lingkungan yang lebih mendukung dan tidak diskriminatif (Silva & Moura-Ramos, 2023).

E. Kolaborasi dengan Tenaga Kesehatan Lain

Infertilitas merupakan masalah kesehatan yang kompleks dan memerlukan pendekatan multidisipliner. Dalam hal ini, bidan berperan sebagai bagian dari tim kesehatan yang melibatkan dokter spesialis obstetri dan ginekologi, psikolog, psikiater, pekerja sosial, serta tenaga gizi. Kolaborasi interprofesional memungkinkan adanya integrasi layanan yang lebih komprehensif dan sesuai dengan kebutuhan pasangan. Menurut Wright *et al.* (2022), pelayanan kesehatan reproduksi yang berbasis kolaborasi menghasilkan tingkat kepuasan pasien yang lebih tinggi dan meningkatkan efektivitas terapi infertilitas.

Bidan sebagai tenaga kesehatan primer memiliki peran sebagai penghubung antara pasien dan layanan spesialis. Bidan melakukan skrining awal, memberikan konseling dasar, lalu mengarahkan pasien ke dokter spesialis bila diperlukan. Setelah pasien mendapat intervensi medis lanjutan, bidan tetap melaksanakan pendampingan secara berkelanjutan, misalnya melalui monitoring kondisi psikologis dan sosial pasien. Pendekatan ini sejalan dengan konsep continuity of care yang diakui dapat meningkatkan hasil klinis serta kualitas pelayanan (WHO, 2021).

Selain itu, kolaborasi juga mencakup integrasi layanan berbasis komunitas. Bidan yang bekerja di lini pelayanan primer dapat bekerja sama dengan pekerja sosial untuk mengurangi stigma masyarakat, memberikan dukungan bagi pasangan berpenghasilan rendah, dan memastikan akses layanan tetap tersedia. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa model kolaboratif berbasis komunitas mampu meningkatkan tingkat pencarian pertolongan medis bagi pasangan infertil yang sebelumnya enggan mengakses layanan kesehatan (Mahmood *et al.*, 2022).

F. Prinsip Rujukan dan Tindak Lanjut

Salah satu prinsip utama dalam pelayanan kebidanan adalah memastikan keberlangsungan layanan melalui sistem rujukan yang efektif. Dalam konteks infertilitas, bidan bertanggung jawab mengidentifikasi kondisi yang memerlukan penanganan lebih lanjut oleh tenaga medis spesialis. Proses rujukan ini tidak hanya sekadar mengirim pasien, tetapi juga memastikan informasi medis yang lengkap, jelas, dan relevan untuk mempercepat penanganan. WHO (2021) menegaskan

bahwa rujukan yang terstruktur dan terdokumentasi dengan baik sangat berpengaruh pada efektivitas layanan kesehatan reproduksi.

Namun, peran bidan tidak berhenti setelah proses rujukan. Bidan tetap melakukan pemantauan dan tindak lanjut terhadap pasangan yang telah menjalani pemeriksaan atau terapi di layanan spesialis. Hal ini bertujuan agar pasien tidak terputus dari sistem layanan dan tetap merasa didampingi sepanjang perjalanan perawatan. Monitoring berkelanjutan juga memungkinkan bidan untuk menilai kebutuhan psikososial pasien serta memberikan dukungan tambahan jika diperlukan (Susanti & Wahyuni, 2022).

Tindak lanjut yang dilakukan bidan mencakup komunikasi aktif dengan pasien, pencatatan perkembangan kondisi, serta koordinasi dengan tim kesehatan lain. Dengan mekanisme ini, kesinambungan layanan dapat terjaga sehingga pasangan infertil memperoleh intervensi yang tepat sesuai dengan perkembangan kondisi mereka. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa kesinambungan layanan melalui rujukan dan tindak lanjut yang efektif berhubungan dengan peningkatan kepatuhan pasien terhadap program terapi infertilitas (Rahman *et al.*, 2023).

RANGKUMAN

Topik mengenai prinsip penatalaksanaan infertilitas sesuai kewenangan bidan menekankan pentingnya peran bidan sebagai tenaga kesehatan primer yang dekat dengan masyarakat. Bidan memiliki tanggung jawab dalam melakukan deteksi dini melalui anamnesis, pemeriksaan fisik sederhana, dan penggalan faktor risiko infertilitas baik pada perempuan maupun laki-laki. Edukasi terkait kesehatan reproduksi juga menjadi bagian penting, sebab kesadaran pasangan usia subur tentang usia reproduktif optimal, pola hidup sehat, serta dampak penundaan kehamilan dapat meningkatkan peluang keberhasilan terapi. Dengan demikian, bidan berfungsi sebagai jembatan antara masyarakat dan layanan spesialistik untuk mempercepat diagnosis dan penanganan infertilitas.

Selain deteksi dini, bidan berperan dalam edukasi, skrining awal, dan rujukan. Edukasi yang diberikan mencakup informasi tentang gaya hidup sehat, status gizi, serta pencegahan paparan zat berbahaya yang dapat mengganggu kesuburan. Skrining awal dilakukan dengan wawancara riwayat reproduksi, pemeriksaan sederhana, serta identifikasi tanda klinis. Apabila ditemukan kelainan, bidan perlu segera melakukan rujukan dengan komunikasi yang baik kepada tenaga medis spesialis untuk memastikan kesinambungan pelayanan. Dengan rujukan yang tepat waktu, peluang keberhasilan terapi meningkat karena pasangan dapat segera memperoleh intervensi sesuai indikasi medis.

Dalam praktiknya, bidan juga mengedepankan pendekatan promotif dan preventif. Konseling pranikah, penyuluhan mengenai penyakit menular seksual, serta edukasi kelompok berbasis komunitas menjadi strategi yang efektif untuk menurunkan risiko infertilitas. Deteksi dini faktor risiko melalui pemeriksaan sederhana dan penyuluhan

gaya hidup sehat, seperti menjaga berat badan ideal dan menghindari rokok atau alkohol, menjadi bagian integral dari upaya preventif. Lebih jauh, bidan turut berperan dalam pemberdayaan masyarakat dengan mendorong lingkungan sosial yang mendukung pasangan infertil, sehingga isu infertilitas tidak lagi dianggap tabu.

Infertilitas juga berdampak pada aspek psikologis dan sosial pasangan. Dalam hal ini, bidan berperan sebagai pendamping emosional dengan memberikan dukungan psikologis, membangun harapan realistis, serta membantu pasangan menghadapi stigma sosial. Bidan dapat menginisiasi kelompok dukungan, melakukan rujukan psikologis jika diperlukan, dan berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam sistem layanan multidisipliner. Prinsip rujukan dan tindak lanjut juga menjadi penting, karena bidan harus memastikan kesinambungan pelayanan sehingga pasangan tetap merasa didampingi sepanjang proses terapi. Dengan peran yang komprehensif ini, bidan tidak hanya berfungsi dalam aspek klinis, tetapi juga berkontribusi pada peningkatan kualitas hidup pasangan yang mengalami infertilitas.

EVALUASI

1. Jelaskan peran bidan dalam deteksi dini infertilitas pada tingkat pelayanan kesehatan primer!
2. Uraikan langkah-langkah anamnesis yang dilakukan bidan untuk mengidentifikasi faktor risiko infertilitas pada pasangan usia subur!
3. Bagaimana bidan menilai faktor gaya hidup (merokok, alkohol, obesitas, stres) sebagai penyebab infertilitas?
4. Jelaskan bentuk pemeriksaan fisik sederhana yang dapat dilakukan bidan dalam deteksi dini infertilitas pada Wanita!
5. Mengapa bidan perlu menggali riwayat kesehatan reproduksi laki-laki dalam penanganan awal infertilitas?
6. Bagaimana bidan dapat berkontribusi dalam pencegahan infertilitas melalui konseling pranikah?
7. Jelaskan peran bidan dalam pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan kesadaran mengenai infertilitas!
8. Jelaskan bagaimana bidan memberikan dukungan emosional pada pasangan yang mengalami infertilitas.!
9. Jelaskan bentuk kolaborasi bidan dengan tenaga kesehatan lain dalam penatalaksanaan infertilitas!
10. Mengapa dokumentasi medis dalam proses rujukan infertilitas sangat penting dilakukan bidan?
11. Seorang perempuan usia 30 tahun datang ke bidan setelah menikah 2 tahun tetapi belum hamil. Ia memiliki siklus menstruasi tidak teratur. Bagaimana langkah anamnesis dan pemeriksaan awal yang harus dilakukan bidan?
12. Pasangan usia subur datang dengan keluhan sulit hamil. Suami merokok 1 bungkus sehari dan sering lembur malam. Jelaskan langkah edukasi yang tepat oleh bidan!
13. Seorang wanita usia 27 tahun mengalami nyeri panggul kronis dan sulit hamil setelah 1 tahun menikah. Jelaskan tindakan bidan dalam skrining awal infertilitas!

14. Pasangan baru menikah 8 bulan merasa khawatir karena belum hamil. Apa bentuk konseling bidan agar pasangan tidak mengalami kecemasan berlebihan?
15. Seorang wanita mengalami keguguran berulang sebanyak 3 kali. Bagaimana peran bidan dalam skrining dan rujukan kasus ini?
16. Pasangan infertil mengalami tekanan dari keluarga besar untuk segera memiliki anak. Apa bentuk pendampingan psikologis dan sosial yang dilakukan bidan?
17. Seorang wanita 29 tahun datang dengan siklus haid teratur, namun suami bekerja di lingkungan dengan paparan zat kimia pabrik. Bagaimana peran bidan dalam penatalaksanaan awal kasus ini?
18. Seorang wanita dengan PCOS dideteksi oleh bidan dalam skrining awal. Apa langkah selanjutnya yang harus dilakukan bidan sesuai kewenangannya?
19. Pasangan usia subur tinggal di desa terpencil dengan akses terbatas ke fasilitas spesialis. Jelaskan strategi kolaborasi bidan dengan tenaga kesehatan lain di komunitas!
20. Pasangan infertil telah mendapatkan rujukan, namun tidak melanjutkan karena kendala ekonomi. Bagaimana peran bidan dalam membantu pasangan tersebut?

DAFTAR PUSTAKA

- American Society for Reproductive Medicine. (2020). *Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: A committee opinion*. Fertility and Sterility, 113(3), 533–535. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.11.025>
- American Society for Reproductive Medicine. (2023). *Updated definitions of infertility and recurrent pregnancy loss*. Fertility and Sterility, 120(2), 312–315. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.05.002>
- Balen, A. H., Morin-Papunen, L., & Fauser, B. C. (2021). *Polycystic ovary syndrome and infertility: Pathophysiology and management*. Human Reproduction Update, 27(2), 334–352. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmaa050>
- Donkor, E. S., & Sandall, J. (2021). *Stigma associated with infertility in sub-Saharan Africa: A systematic review*. Reproductive Health, 18(1), 125. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01185-6>
- Gürtin, Z. B., & Faircloth, C. (2022). *Infertility and the social sciences: Interdisciplinary perspectives*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003123456>
- Hammarberg, K., Johnson, L., & Petrillo, T. (2022). *The economic burden of infertility and assisted reproduction: A global perspective*. Reproductive BioMedicine Online, 44(3), 371–382. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2021.11.015>
- Kurniati, A., Putri, A. D., & Suryawan, I. M. (2022). *Prevalence and risk factors of infertility in Indonesia: A cross-sectional study*. Journal of Reproductive Health, 19(4), 210–218. <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01425-7>
- Patel, A., Sharma, P. S., & Kumar, P. (2022). *Psychological impact of infertility and its management*. Journal of Human Reproductive Sciences, 15(1), 12–20. https://doi.org/10.4103/jhrs.jhrs_45_21
- Sari, N., Handayani, S., & Widyaningrum, N. (2021). *Promoting reproductive health awareness: Education on fertility and infertility in Indonesia*. International Journal of Public Health Science, 10(3), 513–520. <https://doi.org/10.11591/ijphs.v10i3.20765>
- Vitek, W. S., Cooper, B. C., & Baker, V. L. (2021). *Fertility and aging: Clinical strategies for managing reproductive potential*. Fertility and Sterility, 116(3), 712–721. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.06.025>
- World Health Organization. (2020). *Infertility definitions and terminology*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., & Dyer, S. (2021). *The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2021*. Human Reproduction, 36(12), 3069–3079. <https://doi.org/10.1093/humrep/deab285>

GLOSARIUM

- Analisis Semen (Spermiogram)** : Pemeriksaan laboratorium cairan ejakulat untuk menilai jumlah, motilitas, dan morfologi sperma sebagai indikator kesuburan pria.
- Anemia Defisiensi Besi** : Kondisi kurang zat besi yang menurunkan hemoglobin dan meningkatkan risiko bayi lahir prematur, berat rendah, atau kematian neonatal.
- Antibodi Antispermatozoa (ASA)** : Antibodi yang menyerang sperma sebagai benda asing, menghambat pergerakan dan fungsinya dalam mencapai sel telur.
- Asam Folat (Vitamin B9)** : Vitamin esensial untuk sintesis DNA, pembelahan sel, dan pembentukan sistem saraf janin.
- Asuhan Kebidanan Prakonsepsi** : Pelayanan kesehatan menyeluruh yang diberikan kepada calon ibu dan ayah sebelum terjadi kehamilan, untuk mempersiapkan kondisi fisik, mental, sosial, dan reproduksi agar kehamilan berlangsung sehat.
- Asuhan Pranikah** : Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada calon pengantin sebelum menikah, meliputi konseling, pemeriksaan fisik, laboratorium, psikososial, serta edukasi kesehatan reproduksi dengan dasar hukum dan kebijakan nasional maupun internasional.
- Bina Keluarga Remaja (BKR)** : Program di Indonesia untuk meningkatkan keterampilan orang tua dalam pengasuhan remaja, terutama terkait kesehatan reproduksi.
- Cadangan Ovarium** : Kemampuan ovarium menghasilkan oosit yang berkualitas, biasanya dinilai melalui kadar Anti-Müllerian Hormone (AMH) dan jumlah folikel antral.
- Confidentiality (Kerahasiaan)** : Prinsip etika layanan kesehatan yang menuntut tenaga kesehatan menjaga informasi pribadi remaja sebagai dasar kepercayaan.
- Dispareunia** : Nyeri saat berhubungan seksual, sering terjadi pada kasus endometriosis atau perlengketan organ reproduksi, yang dapat memengaruhi kesuburan.
- Empowerment (Pemberdayaan)** : Prinsip membekali remaja dengan pengetahuan, keterampilan, dan kepercayaan diri untuk menjaga kesehatan mandiri.
- Endometriosis** : Pertumbuhan jaringan endometrium di luar rahim yang menimbulkan peradangan kronis dan mengganggu proses kesuburan, termasuk ovulasi, transportasi gamet, dan implantasi embrio.
- Every Woman Every Child (EWEC)** : Inisiatif global yang diadopsi Indonesia untuk memperkuat strategi kesehatan perempuan, anak, dan remaja 2016–2030,

termasuk layanan pranikah sebagai bagian dari upaya preventif dan promotif kesehatan.

Family Life Education (FLE) : Pendekatan edukatif yang menekankan penguatan struktur keluarga dalam menghadapi isu kesehatan reproduksi.

Fertilitas : Kemampuan alami pasangan untuk menghasilkan keturunan melalui proses reproduksi normal yang dipengaruhi oleh organ reproduksi, hormon, kualitas gamet, serta faktor lingkungan.

Gangguan Ovulasi : Ketidaknormalan proses pelepasan sel telur dari ovarium, dapat disebabkan oleh SOPK, gangguan tiroid, hiperprolaktinemia, atau insufisiensi ovarium prematur.

Histerosalpingografi (HSG) : Pemeriksaan radiologi dengan kontras untuk menilai patensi tuba falopi dan kondisi anatomi rahim.

Human Papillomavirus (HPV) Vaccine : Vaksin prakonsepsi untuk mencegah infeksi HPV yang terkait dengan kanker serviks dan penyakit reproduksi lainnya.

Imunisasi Prakonsepsi : Pemberian vaksin sebelum kehamilan, seperti rubella, hepatitis B, dan tetanus, untuk mencegah infeksi yang berisiko pada ibu dan janin.

Imunisasi Pranikah : Pemberian vaksinasi kepada calon pengantin, seperti tetanus toxoid (TT), hepatitis B, dan rubella, untuk mencegah penyakit infeksi yang berisiko pada ibu hamil dan janin.

Indeks Massa Tubuh (IMT) : Indikator status gizi (kg/m^2) untuk menilai risiko kesehatan prakonsepsi, di mana nilai terlalu rendah atau tinggi meningkatkan komplikasi kehamilan.

Infeksi Menular Seksual (IMS) : Penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual (misalnya gonore, sifilis, HIV/AIDS) yang menjadi fokus edukasi remaja.

Infertilitas : Ketidakmampuan pasangan untuk mencapai kehamilan setelah satu tahun hubungan seksual teratur tanpa kontrasepsi.

Infertilitas Idiopatik : Infertilitas yang penyebabnya tidak dapat diidentifikasi meskipun telah dilakukan pemeriksaan lengkap.

Infertilitas Primer : Kondisi ketika pasangan belum pernah mengalami kehamilan sama sekali setelah satu tahun hubungan seksual teratur tanpa kontrasepsi.

Infertilitas Sekunder : Kondisi ketika pasangan pernah mengalami kehamilan sebelumnya, tetapi gagal hamil kembali setelah satu tahun hubungan seksual teratur tanpa kontrasepsi.

Inkompatibilitas Rhesus : Kondisi ketidakcocokan faktor rhesus antara ibu dan janin, yang dapat menyebabkan eritroblastosis fetalis apabila tidak ditangani melalui imunoprofilaksis anti-D.

Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) : Kehamilan yang terjadi tanpa perencanaan, sering berkaitan dengan keterbatasan akses kontrasepsi, pendidikan reproduksi rendah, atau faktor sosial.

Kekerasan Dalam Pacaran (KDP) : Kekerasan fisik, emosional, seksual, atau psikologis dalam hubungan romantis antar remaja.

Kesehatan Reproduksi : Keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial dalam segala hal yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi pada pasangan usia subur.

Kondisi Khusus dalam Kehamilan : Keadaan medis pada calon ibu, seperti HIV/AIDS, hepatitis B, hipertensi, diabetes, atau riwayat komplikasi, yang membutuhkan intervensi prakonsepsi khusus.

Konseling Prakonsepsi : Proses bimbingan dan pemberian informasi kepada pasangan calon orang tua mengenai kesehatan, faktor risiko, dan kesiapan sebelum hamil.

Konseling Pranikah : Layanan individual atau kelompok yang diberikan oleh tenaga kesehatan atau konselor terlatih untuk membantu pasangan memahami kondisi kesehatan, risiko reproduksi, serta kesiapan psikososial sebelum menikah.

Konseling Psikososial : Layanan bimbingan dan dukungan yang diberikan kepada pasangan sebelum menikah untuk meningkatkan kesiapan emosional, kemampuan komunikasi, dan keterampilan dalam mengelola konflik rumah tangga.

Laparoskopi dengan Kromopertubasi : Tindakan bedah minimal invasif untuk mengevaluasi kondisi panggul, patensi tuba, endometriosis, dan adhesi, sekaligus memungkinkan intervensi langsung.

Literasi Kesehatan Reproduksi : Kemampuan mengakses, memahami, dan menggunakan informasi kesehatan reproduksi untuk pengambilan keputusan.

Media Promosi Kesehatan : Sarana komunikasi, baik konvensional maupun digital, yang digunakan untuk menyampaikan pesan kesehatan kepada calon pengantin agar mudah dipahami dan diinternalisasi dalam perilaku sehari-hari.

Motivational Interviewing : Metode konseling berbasis bukti untuk meningkatkan motivasi remaja dalam mengubah perilaku kesehatan.

NAPZA : Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif lain yang bila disalahgunakan berdampak pada kesehatan remaja.

Neural Tube Defects (NTDs) : Kelainan kongenital akibat kegagalan penutupan tabung saraf janin, misalnya spina bifida, yang dapat dicegah dengan asam folat.

Nutrisi Seimbang Prakonsepsi : Pola konsumsi makanan dengan komposisi seimbang (karbohidrat, protein, lemak sehat, vitamin, mineral) untuk mempersiapkan kehamilan sehat.

Oligomenorea : Gangguan menstruasi dengan jarak antarsiklus lebih dari 35 hari, sering dikaitkan dengan PCOS atau gangguan endokrin.

Parenting Class : Wadah edukasi interaktif bagi orang tua untuk meningkatkan keterampilan pengasuhan terkait perkembangan remaja.

Peer counselor (Konselor Teman Sebaya) : Remaja terlatih yang memberikan konseling dasar dan dukungan psikososial terkait kesehatan reproduksi.

Peer education (Edukasi Sebaya) : Strategi pemberdayaan dengan melibatkan remaja sebagai pendidik sebaya untuk menyampaikan informasi kesehatan.

Pelayanan Kesehatan Ramah Remaja (Youth Friendly Services) : Layanan yang mudah diakses, bersifat rahasia, tidak menghakimi, serta responsif terhadap kebutuhan remaja.

Perencanaan Keluarga : Upaya menata jumlah anak, jarak kelahiran, serta waktu hamil yang tepat untuk menjaga kesehatan ibu, anak, dan kesejahteraan keluarga.

Periode Perikonsepsi : Masa kritis sebelum hingga beberapa minggu setelah konsepsi, penting untuk kecukupan asam folat dan nutrisi.

Poros Hipotalamus–Hipofisis–Gonad (HHG Axis) : Sistem pengendali hormonal utama fungsi reproduksi. Gangguan pada salah satu komponen dapat mengakibatkan gangguan ovulasi atau spermatogenesis.

Positive Youth Development (PYD) : Model intervensi pembangunan potensi remaja melalui partisipasi aktif, penguatan aset internal dan eksternal.

Preconception Care : Pendekatan intervensi medis, edukasi, konseling, dan dukungan psikososial yang dilakukan sebelum konsepsi untuk menurunkan faktor risiko dan meningkatkan kesiapan reproduksi.

Preconception Care : Rangkaian intervensi medis, edukasi, dan psikososial yang diberikan sebelum kehamilan atau pernikahan, bertujuan mempersiapkan kesehatan calon orang tua agar melahirkan generasi yang sehat.

Promosi Kesehatan Pranikah : Proses pemberdayaan calon pengantin agar mampu mengendalikan faktor yang memengaruhi kesehatannya melalui penyediaan informasi, motivasi, serta lingkungan yang mendukung sebelum memasuki pernikahan.

Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK-R) : Program komunitas di Indonesia yang menyediakan informasi, konseling, dan kegiatan edukasi remaja.

Remaja : Individu berusia 10–19 tahun (WHO), dalam fase transisi biologis, psikologis, dan sosial dari anak ke dewasa.

Rencana Aksi Nasional Kesehatan Ibu dan Anak (RAN-KIA) : Strategi pemerintah Indonesia tahun 2020–2024 yang mengintegrasikan layanan pranikah, kehamilan, persalinan, hingga pascapersalinan dalam satu sistem berkesinambungan untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi.

Rubella Kongenital : Kelainan bawaan akibat infeksi rubella pada ibu saat hamil, dapat dicegah melalui imunisasi rubella prakonsepsi.

Rujukan dan Continuity of Care : Proses pengalihan pasien ke fasilitas lebih tinggi dengan prinsip kesinambungan asuhan medis, emosional, dan sosial yang berkelanjutan agar terapi infertilitas optimal.

Sikecanting (Sistem Informasi Kesehatan Calon Pengantin) : Program integrasi layanan pranikah antara KUA dan puskesmas di Indonesia, yang menghubungkan data kesehatan dengan administrasi pernikahan untuk memastikan kesiapan fisik, mental, dan reproduksi calon pengantin.

Skrining Prakonsepsi : Serangkaian pemeriksaan medis sebelum kehamilan, meliputi status gizi, hematologi, deteksi penyakit menular, hingga kelainan genetik yang dapat memengaruhi kehamilan.

Skrining Pranikah : Pemeriksaan kesehatan menyeluruh sebelum pernikahan yang mencakup deteksi penyakit menular, kelainan genetik, serta kondisi medis lain yang dapat memengaruhi reproduksi dan kehamilan.

Skrining Thalassemia : Pemeriksaan untuk mendeteksi apakah calon pasangan merupakan pembawa sifat (carrier) thalassemia, guna mencegah risiko melahirkan anak dengan thalassemia mayor.

Spermatogenesis : Proses pembentukan sperma di testis, melibatkan stimulasi hormonal, fungsi sel Sertoli dan Leydig, serta suhu testis yang ideal.

Status Gizi : Keadaan tubuh berdasarkan keseimbangan asupan gizi dan kebutuhan, sangat memengaruhi fertilitas dan pertumbuhan janin.

Stres dan Infertilitas : Kondisi stres kronis yang mengganggu keseimbangan hormon reproduksi, menurunkan libido, memengaruhi ovulasi, dan fungsi ereksi.

Suplementasi Asam Folat : Pemberian tambahan asam folat minimal 400 mcg/hari sebelum hamil untuk mencegah cacat tabung saraf (NTD) pada janin.

Teknologi Reproduksi Berbantu (Assisted Reproductive Technology/ART) : Serangkaian prosedur medis seperti IUI, IVF, dan ICSI yang digunakan untuk membantu pasangan infertil memperoleh kehamilan.

Varikokel : Pelebaran abnormal vena di skrotum yang meningkatkan suhu testis dan menurunkan kualitas sperma. Merupakan salah satu penyebab utama infertilitas pria.

Youth-Centered Care : Pendekatan pelayanan yang menekankan kebutuhan, pengalaman, dan hak remaja sebagai individu unik.