

KESEHATAN REPRODUKSI



Dra. Suriati Lubis, M.Si.

Kesehatan Reproduksi

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

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

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

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

- i. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv. penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

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

Kesehatan Reproduksi

Dra. Suriati Lubis, M. Si.



Kesehatan Reproduksi

ISBN : 978-634-7283-42-9

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

Penulis : Dra. Suriati Lubis, M. Si.

Editor : Abdi Fadhlán, S.E, M.M.

Url Buku : <https://bookstore.takaza.id/product/kesehatan-reproduksi-02/>

Desain Cover : Innovatix Labs Team

Ukuran : viii, 152, Uk: 15.5x23 cm

Cetakan Pertama : Agustus 2025

Hak Cipta 2025, Pada Penulis

Isi diluar tanggung jawab percetakan

Copyright © 2025 by Takaza Innovatix Labs
All Right Reserved



Penerbit Takaza Innovatix Labs

Anggota Ikatan Penerbit Indonesia (IKAPI) No. 044/SBA/2023

Jl. Berlian Raya Blok M4, Pegambiran Ampalu Nan XX,
Lubuk Begalung, Kota Padang, Sumatera Barat

No Hp: +62 811 50321 47

Website: www.takaza.id

E-mail: bookspublishing@takaza.id

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT, karena atas rahmat dan karunia-Nya, buku *Kesehatan Reproduksi* ini dapat diselesaikan. Buku ini disusun untuk memberikan pemahaman yang utuh tentang kesehatan reproduksi dari berbagai aspek, mulai dari biologis, psikologis, sosial, hingga kebijakan yang berlaku. Penyusunan materi mengacu pada standar pendidikan kebidanan dan kesehatan masyarakat, dengan harapan dapat menjadi panduan praktis dan teoritis bagi mahasiswa, tenaga kesehatan, maupun pemerhati isu kesehatan reproduksi. Selain memberikan landasan ilmiah, buku ini juga mengintegrasikan nilai-nilai hak reproduksi, kesetaraan gender, dan prinsip pelayanan yang responsif terhadap kebutuhan individu.

Kami menyadari bahwa isu kesehatan reproduksi bersifat kompleks dan dinamis, sehingga pembahasan dalam buku ini berupaya merangkum perkembangan ilmu pengetahuan terkini dan kebijakan yang relevan. Dilengkapi dengan rangkuman, latihan, serta studi kasus praktis, buku ini diharapkan dapat memfasilitasi pembaca dalam memahami konsep dan menerapkannya dalam konteks pelayanan. Terima kasih kami sampaikan kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan, masukan, dan motivasi dalam penyusunan buku ini. Semoga buku ini dapat memberikan manfaat nyata bagi peningkatan kualitas kesehatan reproduksi di masyarakat.

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR GAMBAR.....	viii
BAB I KONSEP DASAR KESEHATAN REPRODUKSI.....	1
A. Pengertian dan Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi	2
B. Hak-Hak Reproduksi dalam Perspektif Kesehatan Masyarakat	4
C. Prinsip-Prinsip Pelayanan Kesehatan Reproduksi.....	7
D. Kebijakan Nasional dan Global tentang Kesehatan Reproduksi	11
E. Rangkuman.....	14
F. Latihan.....	15
BAB II GENDER DALAM KESEHATAN REPRODUKSI	18
A. Pengertian Gender dan Seks.....	19
B. Ketimpangan Gender dalam Layanan Kesehatan	21
C. Analisis Gender dalam Siklus Reproduksi Perempuan	24
D. Strategi Integrasi Gender dalam Pelayanan Kebidanan	27
E. Rangkuman.....	30
F. Latihan.....	30
BAB III ANATOMI DAN FISILOGI SISTEM REPRODUKSI.....	33
A. Struktur Anatomi Sistem Reproduksi Perempuan dan Laki-laki.....	34
B. Fisiologi Sistem Reproduksi Perempuan	36
C. Hormon Reproduksi dan Fungsinya	38
D. Siklus Menstruasi dan Fertilitas	40
E. Rangkuman.....	43
F. Latihan.....	44
BAB IV PROSES REPRODUKSI SESUAI SIKLUS KEHIDUPAN	46
A. Konsepsi dan Fertilisasi.....	47
B. Kehamilan dan Persalinan	49
C. Masa Nifas dan Menyusui	52
D. Menopause dan Perubahan Fisiologisnya	54
E. Rangkuman.....	57

F. Latihan	58
BAB V KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA	60
A. Ciri Khas Reproduksi pada Masa Remaja	61
B. Permasalahan Reproduksi pada Remaja	63
C. Pendidikan Seksual dan Kesehatan Reproduksi Remaja	66
D. Upaya Promotif dan Preventif dalam Kesehatan Reproduksi Remaja.....	68
E. Rangkuman	71
F. Latihan	73
BAB VI MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI DAN	
HIV/AIDS	75
A. Infeksi Menular Seksual (IMS)	76
B. HIV/AIDS dan Implikasi Reproduksi	78
C. Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS	81
D. Peran Bidan dalam Penanganan IMS dan HIV/AIDS.....	84
E. Rangkuman	86
F. Latihan	87
BAB VII DETEKSI DINI DAN GANGGUAN REPRODUKSI	90
A. Pemeriksaan IVA dan Deteksi Kanker Serviks	91
B. Pemeriksaan Pap Smear	93
C. Gangguan Haid dan Dismenore	96
D. SADARI untuk Deteksi Kanker Payudara.....	99
E. Rangkuman	101
F. Latihan	102
BAB VIII PERAN BIDAN DALAM ASUHAN KESEHATAN	
REPRODUKSI	105
A. Pendekatan Asuhan Reproduksi Berbasis Perempuan	106
B. Konseling KB dan Pelayanan Berkelanjutan.....	108
C. Komunikasi Efektif dalam Praktik Kebidanan	110
D. Kolaborasi dan Edukasi Masyarakat	113
E. Rangkuman	116
F. Latihan	116
DAFTAR PUSTAKA	119

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Analisis Gender dalam Siklus Reproduksi Perempuan	25
Gambar 3 Siklus Menstruasi dan Fertilitas	41
Gambar 4 Gangguan Haid dan Dismenore	97

BAB I

KONSEP DASAR KESEHATAN REPRODUKSI

Kesehatan reproduksi merupakan aspek fundamental dalam pembangunan manusia seutuhnya. Pemahaman yang tepat mengenai konsep dasar kesehatan reproduksi penting untuk membentuk sikap bertanggung jawab terhadap fungsi dan hak reproduksi individu, baik laki-laki maupun perempuan. Bab ini mengajak pembaca menggali dasar-dasar konseptual kesehatan reproduksi yang mencakup definisi, ruang lingkup, serta relevansinya dalam konteks sosial, medis, dan hak asasi manusia.

- **Tujuan Pembelajaran**

- Menjelaskan pengertian dan ruang lingkup kesehatan reproduksi secara komprehensif, mencakup aspek biologis, psikologis, sosial, dan budaya.
- Menguraikan hak-hak reproduksi dalam perspektif kesehatan masyarakat, serta kaitannya dengan keadilan sosial dan gender.
- Menganalisis prinsip-prinsip dasar dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas, adil, dan inklusif.
- Mengidentifikasi kebijakan nasional dan global yang relevan dengan pemenuhan hak dan layanan kesehatan reproduksi.
- Mengembangkan sikap kritis dan empatik terhadap isu-isu kesehatan reproduksi dalam berbagai konteks sosial dan budaya.

A. Pengertian dan Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi tidak sekadar berkaitan dengan fungsi biologis, melainkan juga mencakup dimensi sosial, psikologis, dan budaya. *World Health Organization* (WHO) mendefinisikan kesehatan reproduksi sebagai keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial dalam semua hal yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi. Artinya, seseorang tidak hanya terbebas dari penyakit atau kecacatan, tetapi juga memiliki kemampuan dan kebebasan untuk bereproduksi secara aman dan bertanggung jawab. Perspektif ini menekankan pentingnya pemenuhan hak reproduksi sebagai bagian dari hak asasi manusia (*human rights*), termasuk akses terhadap informasi, layanan kesehatan, serta kebebasan menentukan pilihan (Fikree & Hussain, 2021).

Dalam konteks ruang lingkupnya, kesehatan reproduksi mencakup aspek yang sangat luas mulai dari masa pubertas, pernikahan, kehamilan, persalinan, hingga masa menopause. Ruang lingkup ini juga meliputi pengendalian kelahiran, kesehatan seksual, pencegahan infeksi menular seksual (IMS), termasuk HIV/AIDS, serta perlindungan terhadap kekerasan seksual. Studi terbaru menekankan pentingnya integrasi layanan kesehatan reproduksi dalam sistem layanan primer, terutama di wilayah-wilayah yang rentan seperti daerah konflik dan bencana (Yaya et al., 2020). Ini menunjukkan bahwa cakupan kesehatan reproduksi terus berkembang seiring kompleksitas sosial dan teknologi medis.

Salah satu komponen kunci dalam kesehatan reproduksi adalah akses informasi yang akurat dan berbasis ilmu pengetahuan. Tanpa informasi yang tepat, individu rentan terhadap mitos dan kesalahan persepsi yang berakibat pada praktik tidak sehat, seperti penggunaan

kontrasepsi yang keliru atau stigma terhadap penyakit menular seksual. Penelitian menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan reproduksi yang diberikan sejak usia remaja memiliki dampak positif dalam menunda aktivitas seksual berisiko dan meningkatkan pemahaman tentang tubuh dan hak reproduksi (UNFPA, 2022). Oleh karena itu, kurikulum kesehatan reproduksi perlu didesain secara inklusif dan sensitif terhadap budaya serta gender.

Kesehatan reproduksi juga berkaitan erat dengan isu kesetaraan gender. Perempuan, khususnya di banyak negara berkembang, masih menghadapi hambatan struktural dalam mengakses layanan reproduksi yang aman dan bermartabat. Hal ini mencakup kendala ekonomi, tekanan sosial, dan kekerasan berbasis gender. Kajian di beberapa wilayah Asia Tenggara menunjukkan bahwa intervensi berbasis komunitas dan penguatan layanan berbasis gender sensitif mampu menurunkan angka kematian ibu dan memperbaiki kualitas pelayanan (Sharma et al., 2023). Oleh karena itu, program kesehatan reproduksi tidak bisa dilepaskan dari strategi pemberdayaan perempuan.

Ruang lingkup kesehatan reproduksi juga semakin meluas dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Layanan fertilitas seperti *in vitro fertilization* (IVF), teknologi kontrasepsi jangka panjang, hingga aplikasi *digital health* untuk pelacakan masa subur menjadi bagian dari dinamika kesehatan reproduksi modern. Transformasi digital dalam layanan kesehatan turut membuka peluang bagi populasi yang sebelumnya terpinggirkan, seperti penyandang disabilitas atau masyarakat terpencil, untuk memperoleh hak kesehatan reproduksi secara inklusif (Kassa et al., 2021). Konvergensi antara teknologi dan pelayanan berbasis hak menjadi tonggak penting dalam memperluas ruang lingkup ini.

Dalam perumusan kebijakan kesehatan masyarakat, kesehatan reproduksi menjadi salah satu indikator penting dalam pencapaian *Sustainable Development Goals* (SDGs), khususnya target 3.7 yang menekankan akses universal terhadap layanan kesehatan seksual dan reproduksi. Pelaksanaan kebijakan ini membutuhkan integrasi antara sektor kesehatan, pendidikan, hukum, dan sosial. Pendekatan multisektor diperlukan karena faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan reproduksi bersifat kompleks dan saling beririsan (Brolan et al., 2022). Tanpa kolaborasi lintas sektor, ruang lingkup pelayanan reproduksi akan tetap terbatas dan tidak menjangkau kelompok rentan.

Kesimpulannya, pengertian dan ruang lingkup kesehatan reproduksi bersifat multidimensional dan dinamis. Tidak cukup hanya memahami dari aspek medis, tetapi juga penting untuk melihat dari perspektif sosial, budaya, hak asasi, dan gender. Tantangan ke depan menuntut adanya pendekatan komprehensif dalam pendidikan, layanan, dan kebijakan untuk memastikan bahwa setiap individu dapat menikmati kesehatan reproduksi secara utuh dan berkelanjutan. Hal ini menjadi fondasi penting dalam membentuk masyarakat yang sehat, inklusif, dan setara.

B. Hak-Hak Reproduksi dalam Perspektif Kesehatan Masyarakat

Hak-hak reproduksi merupakan bagian integral dari hak asasi manusia yang berhubungan langsung dengan kualitas hidup individu, keluarga, dan masyarakat. Dalam kerangka kesehatan masyarakat, hak reproduksi tidak hanya dipahami sebagai kebebasan individu untuk menentukan kehidupan reproduksinya, tetapi juga mencakup tanggung jawab negara dan sistem pelayanan kesehatan untuk menjamin terpenuhinya hak tersebut. Konsep ini mencakup hak untuk

memperoleh informasi dan akses terhadap layanan kesehatan reproduksi, hak untuk menentukan jumlah dan jarak kelahiran anak, serta hak atas perlindungan dari kekerasan seksual, eksploitasi, dan diskriminasi berbasis gender. Penegasan hak reproduksi sebagai komponen kesehatan publik menempatkannya dalam ranah kebijakan, regulasi, serta intervensi preventif dan promotif yang berorientasi pada kesejahteraan populasi (Ahmed et al., 2021).

Dalam literatur kesehatan masyarakat, hak-hak reproduksi sering dikaitkan dengan *reproductive justice*, yakni pendekatan yang tidak hanya melihat akses layanan medis, tetapi juga konteks sosial dan ekonomi yang mempengaruhi kemampuan individu dalam menggunakan hak reproduksinya. Di banyak negara berkembang, hambatan struktural seperti kemiskinan, pendidikan rendah, patriarki, dan stigma budaya masih menjadi tantangan utama pemenuhan hak-hak ini. Kajian di wilayah Afrika dan Asia menunjukkan bahwa perempuan yang memiliki otonomi dalam pengambilan keputusan reproduksi lebih cenderung menggunakan layanan kesehatan ibu dan anak secara optimal, termasuk pemeriksaan kehamilan dan persalinan aman (Kassa et al., 2022). Ini menunjukkan bahwa pemenuhan hak reproduksi berdampak langsung pada indikator kesehatan masyarakat seperti penurunan angka kematian ibu dan bayi.

Salah satu pilar hak reproduksi adalah akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas, termasuk kontrasepsi modern, pemeriksaan kehamilan, aborsi aman (di negara yang membolehkannya), serta penanganan infertilitas. Tanpa jaminan layanan tersebut, banyak perempuan dan laki-laki tidak dapat menjalankan pilihannya secara sadar dan bertanggung jawab. Studi menyebutkan bahwa ketersediaan layanan reproduksi yang inklusif, berbasis bukti, dan bebas dari diskriminasi terbukti

meningkatkan ketercapaian *unmet need* untuk kontrasepsi, yang merupakan indikator kunci dalam program keluarga berencana (Pérez-Escamilla et al., 2023). Ini memperkuat relevansi hak reproduksi sebagai bagian dari strategi kesehatan masyarakat.

Perspektif kesehatan masyarakat juga menempatkan pendidikan sebagai elemen krusial dalam penguatan hak-hak reproduksi. Ketidaktahuan dan kurangnya literasi reproduksi sering kali menjadi akar dari praktik-praktik yang merugikan, seperti pernikahan dini, kehamilan remaja, dan aborsi tidak aman. Pendidikan seksual komprehensif yang dimulai sejak usia sekolah telah terbukti menurunkan perilaku seksual berisiko dan meningkatkan kesadaran tentang hak tubuh, kesetaraan gender, serta pencegahan kekerasan seksual (Sedgh et al., 2020). Dalam konteks ini, pendidikan bukan hanya intervensi individual, tetapi bagian dari sistem kesehatan masyarakat yang bertujuan membentuk lingkungan yang mendukung pemenuhan hak reproduksi.

Aspek keadilan dan non-diskriminasi juga menjadi dasar dalam pendekatan kesehatan masyarakat terhadap hak-hak reproduksi. Kelompok marginal seperti penyandang disabilitas, populasi LGBTQ+, perempuan di daerah terpencil, dan korban kekerasan seksual sering kali mengalami ketimpangan dalam akses layanan reproduksi. Ketimpangan ini berdampak pada kualitas hidup dan menambah beban penyakit yang seharusnya bisa dicegah. Pendekatan berbasis keadilan kesehatan (*health equity*) menjadi strategi penting untuk memastikan bahwa layanan kesehatan reproduksi menjangkau semua kalangan tanpa kecuali (Kapilashrami & Hankivsky, 2019). Dalam konteks pelayanan, hal ini menuntut pelatihan petugas kesehatan tentang inklusi, penghapusan bias, dan sensitivitas gender.

Dari sudut pandang kebijakan publik, pemenuhan hak-hak reproduksi harus dijamin melalui regulasi yang kuat, pendanaan yang cukup, serta sistem pengawasan yang adil. Banyak negara telah mengintegrasikan hak reproduksi ke dalam kebijakan kesehatan nasional sebagai bagian dari komitmen terhadap *Sustainable Development Goals*, khususnya target 3.7 dan 5.6. Namun, realisasi di lapangan sering menghadapi hambatan politik, ideologis, dan birokratis. Penelitian menunjukkan bahwa negara yang memiliki kerangka hukum yang melindungi hak reproduksi, serta anggaran khusus untuk layanan terkait, cenderung memiliki capaian kesehatan reproduksi yang lebih baik (Chatterjee et al., 2022). Ini menegaskan bahwa hak reproduksi bukan semata isu moral, tetapi juga investasi dalam pembangunan kesehatan masyarakat.

Keseluruhan hak-hak reproduksi dalam perspektif kesehatan masyarakat tidak dapat dilepaskan dari prinsip *interdependence* antara individu dan masyarakat. Pelanggaran terhadap hak reproduksi satu orang dapat berdampak sistemik pada kesehatan komunitas secara luas. Oleh karena itu, integrasi pendekatan hak dalam kebijakan kesehatan, pendidikan, pelayanan medis, dan advokasi sosial merupakan langkah strategis dalam menciptakan sistem kesehatan masyarakat yang adil dan manusiawi. Peneguhan hak ini menuntut sinergi antara negara, masyarakat sipil, institusi kesehatan, dan media agar setiap individu dapat menikmati hak reproduksinya secara penuh dan bermartabat.

C. Prinsip-Prinsip Pelayanan Kesehatan Reproduksi

Pelayanan kesehatan reproduksi merupakan bagian esensial dalam sistem kesehatan yang bertujuan melindungi dan memenuhi hak setiap individu terhadap kesehatan seksual dan reproduksi. Dalam

praktiknya, pelayanan ini harus berlandaskan prinsip-prinsip fundamental yang menjamin aksesibilitas, kualitas, kesetaraan, dan pemberdayaan pengguna layanan. Prinsip-prinsip ini tidak hanya bersifat normatif, tetapi juga operasional, menjadi dasar pengembangan program, regulasi, dan etika pelayanan. Penekanan terhadap prinsip-prinsip ini sangat penting karena seringkali pelanggaran hak reproduksi terjadi akibat layanan yang tidak etis, diskriminatif, atau tidak memadai secara medis dan psikososial (*comprehensive care*).

Prinsip pertama adalah aksesibilitas, yaitu kemampuan setiap individu untuk mendapatkan layanan kesehatan reproduksi tanpa hambatan geografis, finansial, sosial, atau budaya. Layanan harus tersedia di berbagai tingkat fasilitas kesehatan, termasuk di daerah terpencil dan kelompok rentan seperti remaja, penyandang disabilitas, dan pekerja migran. Studi menyebutkan bahwa aksesibilitas yang rendah terhadap layanan prenatal dan kontrasepsi di wilayah pedesaan berkontribusi terhadap tingginya angka kematian ibu dan bayi (Abuya et al., 2021). Oleh karena itu, penguatan layanan primer berbasis komunitas menjadi strategi penting untuk menjangkau populasi terpinggirkan.

Prinsip kedua adalah ketersediaan layanan yang komprehensif. Pelayanan kesehatan reproduksi tidak hanya mencakup kontrasepsi atau pemeriksaan kehamilan, tetapi juga mencakup penanganan infertilitas, pencegahan dan pengobatan infeksi menular seksual (IMS), layanan kesehatan seksual remaja, hingga edukasi tentang hubungan sehat dan bebas kekerasan. Penelitian menunjukkan bahwa pelayanan yang terfragmentasi membuat individu kesulitan dalam mengakses informasi dan dukungan yang konsisten terhadap seluruh aspek kesehatan reproduksi (Yaya et al., 2022). Maka penting bagi

sistem layanan untuk menerapkan model *continuum of care*, yaitu kesinambungan layanan dari masa remaja hingga menopause atau andropause.

Prinsip ketiga adalah kualitas dan keamanan pelayanan, yang mencakup kompetensi tenaga medis, ketersediaan sarana-prasarana, serta prosedur pelayanan yang berbasis bukti ilmiah. Pelayanan harus memenuhi standar medis dan etika profesi, serta dilaksanakan oleh tenaga yang dilatih secara khusus dalam aspek teknis maupun sensitivitas sosial-budaya. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa pelatihan tenaga kesehatan mengenai pelayanan ramah remaja dan berbasis gender dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap fasilitas kesehatan (Tadele et al., 2023). Selain itu, mekanisme pengawasan mutu perlu dikembangkan agar tidak terjadi malpraktik, pelanggaran privasi, atau pelayanan yang merugikan pengguna.

Prinsip keempat adalah kerahasiaan dan penghormatan terhadap privasi. Setiap individu berhak mendapatkan pelayanan dalam suasana yang aman, nyaman, dan menghormati kerahasiaan data pribadi serta pilihan hidupnya. Ini sangat penting dalam konteks layanan untuk korban kekerasan seksual, individu LGBTQ+, maupun remaja yang mencari konsultasi tentang seksualitas. Pelanggaran terhadap prinsip ini terbukti menurunkan minat masyarakat mengakses layanan kesehatan reproduksi, yang berujung pada tingginya kasus kehamilan tidak diinginkan dan penyakit menular seksual (Mekonnen et al., 2020). Oleh karena itu, pelatihan dan pedoman etik bagi tenaga kesehatan wajib diimplementasikan secara ketat.

Prinsip kelima adalah kesetaraan dan non-diskriminasi. Layanan harus tersedia bagi semua orang tanpa membedakan usia, jenis kelamin, orientasi seksual, status pernikahan, latar belakang etnis,

ekonomi, atau agama. Diskriminasi dalam pelayanan terbukti memperburuk ketimpangan kesehatan dan menurunkan kepercayaan publik terhadap fasilitas kesehatan. Dalam laporan global WHO, ditemukan bahwa kelompok marjinal cenderung enggan mengakses layanan akibat pengalaman diskriminatif yang berulang (WHO, 2021). Untuk mengatasi hal ini, pendekatan interseksional dan pelibatan komunitas lokal dalam perencanaan layanan menjadi solusi yang relevan.

Prinsip keenam adalah partisipasi aktif individu dan komunitas. Layanan yang baik harus melibatkan pengguna dalam pengambilan keputusan terkait tubuh dan reproduksinya, baik dalam bentuk konseling, pilihan metode kontrasepsi, maupun rencana perawatan kehamilan. Prinsip ini didasari pada *informed consent*, yaitu hak pengguna untuk mendapatkan informasi yang cukup dan memilih secara sukarela. Selain itu, pelibatan masyarakat dalam perencanaan dan evaluasi program kesehatan reproduksi terbukti meningkatkan keberlanjutan dan efektivitas layanan (Pérez et al., 2022). Pendekatan ini sejalan dengan prinsip *people-centered care* yang saat ini menjadi standar global.

Prinsip terakhir adalah pemberdayaan dan edukasi berkelanjutan. Pelayanan kesehatan reproduksi tidak cukup hanya pada aspek kuratif, tetapi harus bersifat promotif dan preventif melalui pendidikan yang memperkuat kesadaran, keterampilan, dan pengambilan keputusan yang sehat. Program edukasi reproduksi berbasis sekolah dan komunitas telah terbukti mengurangi angka kehamilan remaja dan meningkatkan pengetahuan tentang risiko penyakit seksual (Chandra-Mouli et al., 2021). Selain itu, kampanye publik yang menggunakan media digital dan teknologi informasi dapat memperluas jangkauan edukasi reproduktif yang efektif.

Pelayanan kesehatan reproduksi yang mengedepankan prinsip-prinsip di atas tidak hanya meningkatkan derajat kesehatan individu, tetapi juga menciptakan masyarakat yang adil, setara, dan produktif. Dalam konteks kesehatan masyarakat, implementasi prinsip ini harus disertai dengan komitmen pemerintah, tenaga medis, dan masyarakat sipil untuk membangun sistem pelayanan yang bermutu, inklusif, dan berkelanjutan.

D. Kebijakan Nasional dan Global tentang Kesehatan Reproduksi

Kebijakan kesehatan reproduksi, baik di tingkat nasional maupun global, merupakan instrumen penting dalam menjamin hak individu untuk menikmati layanan yang berkualitas, aman, dan berbasis pada prinsip keadilan. Kesehatan reproduksi bukan sekadar urusan medis, melainkan merupakan agenda pembangunan berkelanjutan yang berkaitan erat dengan kesetaraan gender, pengurangan kemiskinan, serta peningkatan kualitas sumber daya manusia. Kebijakan di bidang ini lahir sebagai respons terhadap tantangan struktural, sosial, dan budaya yang menghambat pemenuhan hak reproduksi, terutama bagi perempuan, remaja, dan kelompok rentan (*vulnerable populations*). Perumusan kebijakan yang progresif dan berbasis bukti (*evidence-based*) menjadi pilar utama untuk menciptakan ekosistem pelayanan reproduksi yang inklusif dan bermartabat.

Secara global, tonggak penting dalam kebijakan kesehatan reproduksi dimulai dari *International Conference on Population and Development (ICPD)* di Kairo tahun 1994. Konferensi ini menegaskan bahwa hak reproduksi adalah bagian dari hak asasi manusia dan menekankan pentingnya pendekatan holistik berbasis gender dan partisipatif dalam pelayanan kesehatan reproduksi. Sejak saat itu, lembaga internasional seperti WHO, UNFPA, dan UNICEF

mengembangkan kerangka kerja global untuk mendukung negara-negara dalam menyusun kebijakan nasional yang selaras dengan prinsip universal tersebut. *Sustainable Development Goals* (SDGs), khususnya target 3.7 dan 5.6, semakin menguatkan mandat global dalam menyediakan akses universal terhadap layanan kesehatan reproduksi yang terintegrasi dan berkualitas (Temmerman et al., 2021).

Dalam konteks Indonesia, kebijakan kesehatan reproduksi telah masuk ke dalam berbagai regulasi nasional, baik dalam bentuk undang-undang, peraturan pemerintah, maupun program strategis kementerian. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menjadi dasar hukum utama yang mengatur hak setiap orang untuk memperoleh informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi. Selain itu, Peraturan Presiden No. 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting menempatkan kesehatan reproduksi, khususnya layanan pranikah, antenatal, dan pascapersalinan sebagai bagian dari strategi nasional dalam meningkatkan kualitas generasi mendatang. Kementerian Kesehatan RI juga secara aktif mengembangkan *Pedoman Pelayanan Kesehatan Reproduksi* dan memperkuat program *Kesehatan Reproduksi Remaja* sebagai bagian dari pendekatan promotif dan preventif yang holistik.

Salah satu kebijakan global yang paling berdampak adalah *Family Planning 2030* yang mendorong negara-negara untuk memperluas akses terhadap alat kontrasepsi modern secara sukarela dan aman. Program ini didukung oleh komitmen multilateral dan pendanaan internasional yang diarahkan untuk menjangkau perempuan dan remaja yang mengalami *unmet need*. Indonesia menjadi salah satu negara mitra dalam inisiatif ini dan mengintegrasikannya dalam program BKKBN dan layanan KB nasional. Evaluasi program

menunjukkan bahwa peningkatan cakupan layanan kontrasepsi berkontribusi menurunkan angka kehamilan tidak diinginkan, yang merupakan indikator penting dalam keberhasilan kebijakan kesehatan reproduksi (Darroch et al., 2020).

Kebijakan nasional juga menghadapi tantangan dalam menjembatani nilai-nilai budaya, agama, dan hak individu. Di Indonesia, resistensi terhadap pendidikan seksual komprehensif dan layanan kesehatan remaja masih cukup tinggi, terutama di kalangan konservatif. Hal ini menyebabkan disparitas implementasi antara regulasi yang progresif dan realitas sosial yang kompleks. Studi menunjukkan bahwa integrasi pendekatan budaya dan pelibatan tokoh agama serta masyarakat dalam penyusunan dan sosialisasi kebijakan reproduksi mampu meningkatkan penerimaan publik dan efektivitas program (Utomo et al., 2023). Oleh karena itu, kebijakan kesehatan reproduksi harus bersifat kontekstual dan adaptif terhadap dinamika sosial yang berkembang.

Di tingkat internasional, WHO terus memperbarui panduan kebijakan dan teknis untuk membantu negara-negara mengadopsi standar layanan reproduksi yang berkeadilan dan berbasis bukti. Salah satu kebijakan kunci adalah *Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030)* yang menekankan pendekatan *life-course* dan interseksional dalam menjamin kesehatan reproduksi sepanjang usia. Panduan ini mendorong negara untuk mengadopsi sistem pembiayaan kesehatan yang pro-poor dan penguatan data untuk monitoring serta evaluasi berbasis hak (Kruk et al., 2022). Indonesia sendiri telah menerapkan strategi ini melalui reformasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang mencakup pembiayaan layanan persalinan, kontrasepsi, dan penanganan komplikasi kehamilan.

Kebijakan yang berhasil dalam meningkatkan kesehatan reproduksi adalah kebijakan yang mengedepankan sinergi lintas sektor—melibatkan sektor pendidikan, keuangan, perlindungan sosial, dan hukum. Contoh yang menonjol adalah pendekatan *whole-of-government and whole-of-society* yang digunakan dalam *National Adolescent Health Strategy* di beberapa negara Asia dan Afrika. Pendekatan ini mengintegrasikan layanan kesehatan reproduksi ke dalam kurikulum sekolah, sistem jaminan sosial, dan kampanye media digital untuk menjangkau generasi muda secara luas dan efektif (Svanemyr et al., 2021). Indonesia memiliki peluang besar untuk mengadopsi praktik baik tersebut dalam memperkuat sistem layanan reproduksi yang lebih terintegrasi dan berkeadilan.

Melalui kebijakan nasional yang kuat dan komitmen global yang konsisten, kesehatan reproduksi dapat menjadi tonggak penting dalam pembangunan manusia yang bermartabat dan berkelanjutan. Kebijakan yang dirancang tidak hanya sebagai bentuk regulasi, tetapi juga sebagai wujud keberpihakan negara terhadap hak-hak paling mendasar dari setiap warganya. Sinergi antaraktor dan keberlanjutan politik sangat diperlukan agar prinsip universal kesehatan reproduksi tidak hanya berhenti di atas kertas, tetapi terwujud dalam praktik yang nyata.

E. Rangkuman

Bab I membahas landasan konseptual kesehatan reproduksi sebagai aspek penting dalam pembangunan manusia seutuhnya. Kesehatan reproduksi dipahami bukan hanya secara biologis, tetapi juga menyangkut hak asasi, budaya, dan keadilan gender. WHO mendefinisikannya sebagai keadaan sehat secara fisik, mental, dan

sosial yang berkaitan dengan sistem reproduksi, termasuk hak untuk memperoleh informasi dan layanan yang aman.

Bab ini juga menegaskan pentingnya hak-hak reproduksi dalam konteks kesehatan masyarakat yang mencakup akses terhadap layanan kesehatan, pendidikan, dan perlindungan dari diskriminasi. Prinsip-prinsip pelayanan kesehatan reproduksi, seperti aksesibilitas, kualitas, kerahasiaan, kesetaraan, dan partisipasi aktif menjadi pedoman utama dalam implementasi layanan yang manusiawi dan inklusif.

Di tingkat kebijakan, baik global maupun nasional, telah banyak regulasi yang mendukung pemenuhan hak kesehatan reproduksi. Di Indonesia, regulasi seperti UU No. 36 Tahun 2009 dan Perpres No. 72 Tahun 2021 menjadi pijakan penting. Namun tantangan sosial, budaya, dan birokrasi tetap menghambat implementasinya secara merata. Oleh karena itu, pendekatan multisektor dan partisipatif menjadi kunci utama keberhasilan kebijakan dan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkeadilan.

F. Latihan

Soal

1. Jelaskan definisi kesehatan reproduksi menurut WHO dan mengapa perspektif ini penting dalam pembangunan manusia.
2. Apa saja yang termasuk dalam ruang lingkup kesehatan reproduksi dan bagaimana kaitannya dengan pemenuhan hak asasi manusia?
3. Uraikan tiga prinsip penting dalam pelayanan kesehatan reproduksi dan jelaskan relevansinya terhadap kelompok rentan.

4. Bagaimana konsep *reproductive justice* memperluas pemahaman tentang hak reproduksi dalam kesehatan masyarakat?
5. Bandingkan kebijakan nasional Indonesia dengan kebijakan global seperti Family Planning 2030 dalam upaya menjamin layanan kesehatan reproduksi.

Jawaban

1. Definisi WHO tentang kesehatan reproduksi menyatakan bahwa ia adalah keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial dalam segala aspek yang berkaitan dengan sistem reproduksi. Artinya, tidak cukup hanya bebas dari penyakit, namun juga memiliki kemampuan dan kebebasan untuk bereproduksi secara aman dan bertanggung jawab. Perspektif ini penting karena menempatkan kesehatan reproduksi sebagai hak asasi manusia dan bagian dari kesejahteraan individu secara menyeluruh.
2. Ruang lingkup kesehatan reproduksi meliputi seluruh fase kehidupan reproduksi, mulai dari pubertas, pernikahan, kehamilan, persalinan, hingga menopause. Ini juga mencakup layanan kontrasepsi, pencegahan IMS termasuk HIV/AIDS, serta perlindungan dari kekerasan seksual. Kaitannya dengan hak asasi manusia terletak pada kebebasan individu dalam membuat keputusan reproduksi yang aman, informasi yang akurat, dan perlindungan dari diskriminasi.
3. Tiga prinsip penting adalah aksesibilitas, kualitas pelayanan, dan kesetaraan. Aksesibilitas menjamin bahwa semua individu, termasuk yang di daerah terpencil atau kelompok rentan

seperti remaja dan disabilitas, mendapatkan layanan. Kualitas pelayanan mengacu pada kompetensi tenaga medis dan fasilitas yang memadai. Kesetaraan menekankan pentingnya layanan bebas diskriminasi, termasuk terhadap orientasi seksual dan status ekonomi.

4. Reproductive justice adalah pendekatan yang tidak hanya melihat ketersediaan layanan kesehatan, tetapi juga mempertimbangkan faktor sosial, ekonomi, dan budaya yang mempengaruhi kemampuan individu dalam mengakses hak reproduksi. Pendekatan ini menyoroti ketimpangan struktural dan pentingnya intervensi berbasis keadilan sosial untuk menjamin hak-hak reproduksi semua kalangan, termasuk kelompok termarginalkan.
5. Kebijakan nasional Indonesia, seperti UU No. 36 Tahun 2009, menjamin hak masyarakat terhadap informasi dan layanan reproduksi. Namun, implementasinya masih terbatas oleh hambatan sosial dan budaya. Sementara itu, Family Planning 2030 merupakan inisiatif global yang lebih terstruktur, didukung pendanaan internasional, dan fokus pada peningkatan akses kontrasepsi modern secara sukarela. Indonesia merupakan salah satu negara mitra, namun tetap perlu memperkuat sinergi antara kebijakan dan realitas sosial.

BAB II

GENDER DALAM KESEHATAN REPRODUKSI

Pemahaman tentang *gender* dalam konteks kesehatan reproduksi sangat penting untuk memastikan bahwa pelayanan kesehatan bersifat adil dan responsif terhadap kebutuhan semua individu. Gender bukan sekadar identitas biologis, melainkan juga mencerminkan konstruksi sosial yang membentuk pengalaman, akses, dan kontrol terhadap layanan kesehatan.

- **Tujuan Pembelajaran**

- Menjelaskan perbedaan antara konsep gender dan seks serta implikasinya dalam layanan kesehatan reproduksi.
- Menganalisis bentuk-bentuk ketimpangan gender yang terjadi dalam layanan kesehatan dan dampaknya terhadap kelompok rentan.
- Menguraikan bagaimana siklus reproduksi perempuan dipengaruhi oleh konstruksi sosial dan analisis gender.
- Mengidentifikasi strategi integrasi perspektif gender dalam pelayanan kebidanan, baik dari aspek pendidikan, kebijakan, maupun praktik klinis.
- Mengevaluasi pendekatan pelayanan kesehatan yang responsif gender dengan mempertimbangkan prinsip keadilan, hak asasi manusia, dan keragaman sosial.

A. Pengertian Gender dan Seks

Penggunaan istilah *gender* dan *seks* sering kali disamakan, padahal keduanya mengacu pada konsep yang berbeda secara fundamental. *Seks* merujuk pada perbedaan biologis antara laki-laki dan perempuan, seperti kromosom, hormon, dan alat reproduksi. Sementara itu, *gender* adalah konstruksi sosial dan budaya yang menetapkan peran, norma, perilaku, dan ekspektasi terhadap laki-laki dan perempuan dalam masyarakat (*Risman, 2018*). Kategori *gender* ini tidak bersifat tetap, melainkan dapat berubah seiring waktu dan konteks budaya yang melingkupinya (*Connell, 2020*). Pemahaman yang keliru tentang konsep ini telah menyebabkan pendekatan yang bias dalam praktik kesehatan reproduksi, khususnya terhadap perempuan dan kelompok minoritas.

Perbedaan antara *gender* dan *seks* memengaruhi bagaimana individu diperlakukan dalam sistem kesehatan. Seseorang yang lahir dengan anatomi perempuan belum tentu memiliki identitas *gender* perempuan, dan begitu pula sebaliknya. Kesadaran terhadap perbedaan ini menjadi dasar penting dalam penyusunan layanan kesehatan reproduksi yang inklusif dan sensitif terhadap keragaman identitas. Dalam banyak studi, penyamarataan antara *gender* dan *seks* berdampak pada terbatasnya akses perempuan terhadap pengambilan keputusan kesehatan mereka sendiri (*Tannenbaum et al., 2019*). Hal ini menyebabkan banyak program kesehatan gagal dalam mengidentifikasi hambatan struktural berbasis *gender*.

Konsep *gender* berkaitan erat dengan struktur kekuasaan dalam masyarakat. Norma *gender* menciptakan hierarki sosial yang menempatkan perempuan pada posisi subordinat dalam keputusan reproduksi, baik dalam keluarga maupun di institusi pelayanan

kesehatan. Perspektif feminis menyoroti bagaimana relasi kuasa ini menyebabkan marginalisasi pengalaman perempuan dalam kebijakan kesehatan (*Hooks, 2020*). Misalnya, dalam banyak budaya patriarkal, keputusan tentang kontrasepsi atau persalinan sering kali diambil oleh suami atau orang tua laki-laki, bukan oleh perempuan yang bersangkutan.

Konstruksi sosial terhadap *gender* juga membentuk persepsi risiko dan kebutuhan layanan kesehatan. Laki-laki cenderung enggan memanfaatkan layanan kesehatan reproduksi karena stigma terhadap maskulinitas dan anggapan bahwa kesehatan reproduksi adalah urusan perempuan semata (*Olanrewaju et al., 2021*). Akibatnya, pendekatan kesehatan yang tidak mempertimbangkan dinamika *gender* justru memperkuat ketimpangan dan memperburuk akses bagi kelompok tertentu. Studi menunjukkan bahwa pelibatan laki-laki dalam program kesehatan reproduksi sangat rendah dan cenderung sporadis.

Aspek interseksionalitas juga penting dalam memahami konsep *gender*. *Gender* tidak berdiri sendiri, melainkan berinteraksi dengan faktor-faktor lain seperti kelas sosial, ras, usia, disabilitas, dan orientasi seksual. Seorang perempuan miskin dari komunitas adat, misalnya, memiliki tantangan yang sangat berbeda dibandingkan perempuan urban kelas menengah dalam mengakses layanan kesehatan reproduksi. Hal ini menuntut penyedia layanan untuk menerapkan pendekatan yang lebih holistik dan responsif terhadap keragaman kebutuhan (*Crenshaw, 2017*).

Dalam konteks kebijakan, pengabaian terhadap dimensi *gender* telah menghasilkan intervensi yang kurang tepat sasaran. Banyak program kesehatan reproduksi berfokus pada pendekatan medis-biologis dan mengabaikan determinan sosial yang memperkuat

ketimpangan berbasis *gender*. Oleh karena itu, analisis *gender* menjadi krusial dalam desain, implementasi, dan evaluasi program kesehatan masyarakat (George *et al.*, 2020). Pemerintah dan lembaga internasional mulai mengadopsi pendekatan berbasis kesetaraan *gender* melalui *gender mainstreaming*, namun implementasinya masih menghadapi banyak tantangan struktural dan kultural.

Pendidikan kesehatan yang sensitif *gender* menjadi kunci untuk menciptakan perubahan yang lebih sistemik. Kurikulum medis dan keperawatan perlu memasukkan dimensi *gender* dalam pelatihan profesional kesehatan. Hal ini bertujuan agar tenaga kesehatan tidak hanya memahami aspek biologis dari kesehatan reproduksi, tetapi juga mampu mengenali bias *gender*, mendengar pengalaman pasien, serta memberikan layanan yang empatik dan non-diskriminatif. Penerapan prinsip keadilan *gender* dalam kesehatan reproduksi bukan hanya persoalan teknis, tetapi mencerminkan komitmen terhadap hak asasi manusia.

B. Ketimpangan Gender dalam Layanan Kesehatan

Ketimpangan *gender* dalam layanan kesehatan merupakan persoalan struktural yang berlangsung secara sistemik dan berdampak pada kualitas hidup individu, terutama perempuan dan kelompok marjinal lainnya. Ketimpangan ini muncul dari perbedaan perlakuan, akses, serta hasil layanan kesehatan berdasarkan identitas *gender*, bukan kebutuhan medis. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa perempuan sering kali menerima pelayanan yang kurang memadai karena stereotip budaya dan praktik medis yang bias (Htun & Weldon, 2018). Ketimpangan tersebut tidak hanya terlihat dalam akses layanan, tetapi juga dalam kualitas interaksi dengan tenaga kesehatan dan pengambilan keputusan medis.

Diskriminasi berbasis *gender* dalam layanan kesehatan sering kali bersifat terselubung. Misalnya, banyak perempuan yang keluhannya dianggap remeh oleh dokter, atau tidak didengarkan secara serius ketika mengalami nyeri kronis atau gangguan menstruasi (*Green et al., 2021*). Di sisi lain, layanan kesehatan reproduksi masih banyak yang berfokus pada fungsi reproduksi perempuan semata, dan kurang mempertimbangkan otonomi tubuh serta hak mereka untuk membuat keputusan sendiri. Kecenderungan ini memperkuat dominasi paradigma patriarkal dalam pelayanan kesehatan yang seharusnya netral dan berbasis hak.

Studi global menyoroti bahwa akses terhadap layanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh norma *gender*. Di banyak negara berkembang, perempuan memerlukan izin dari suami atau keluarga untuk pergi ke fasilitas kesehatan, terutama untuk layanan reproduksi seperti kontrasepsi atau persalinan (*Morgan et al., 2020*). Situasi ini menunjukkan bagaimana relasi kuasa dalam rumah tangga memengaruhi keputusan medis yang seharusnya bersifat personal. Hal tersebut makin diperparah oleh faktor geografis, ekonomi, dan keterbatasan literasi kesehatan yang secara tidak langsung menciptakan hambatan bertingkat bagi perempuan.

Tenaga kesehatan pun tidak terlepas dari bias *gender* yang bersifat institusional. Banyak dokter atau bidan tidak mendapatkan pelatihan yang cukup dalam memahami isu kesetaraan *gender*. Akibatnya, mereka mereproduksi norma patriarkal dalam praktik sehari-hari tanpa menyadarinya. Sebagai contoh, penggunaan istilah “perempuan nakal” bagi pasien yang meminta kontrasepsi di luar pernikahan masih terjadi di beberapa klinik (*Sileo et al., 2019*). Hal ini menunjukkan pentingnya pendekatan transformatif berbasis *gender*

dalam pelatihan profesional kesehatan agar lebih responsif terhadap realitas sosial pasien.

Ketimpangan juga tampak pada kelompok minoritas *gender* seperti transgender dan interseks, yang sering kali mengalami penolakan layanan atau perlakuan tidak hormat dari penyedia kesehatan. Mereka menghadapi stigma ganda sebagai kelompok yang tidak sesuai norma *gender* sekaligus sebagai pengguna layanan yang dianggap “tidak biasa” (Restar, 2021). Data dari berbagai negara menunjukkan bahwa sebagian besar penyedia layanan tidak memiliki protokol atau fasilitas yang ramah terhadap kelompok ini. Hal ini mencerminkan urgensi penyusunan kebijakan kesehatan yang inklusif dan sensitif terhadap keberagaman *gender*.

Ketimpangan berbasis *gender* juga tercermin dalam alokasi sumber daya dan riset medis. Penelitian kesehatan masih banyak yang berfokus pada tubuh laki-laki sebagai standar, sehingga banyak penyakit yang berdampak besar pada perempuan tidak mendapat perhatian yang proporsional (Criado-Perez, 2019). Misalnya, studi tentang penyakit jantung lebih sering dilakukan pada pria, padahal gejalanya berbeda pada perempuan. Akibatnya, diagnosis dan penanganan terhadap perempuan sering terlambat, bahkan bisa mengakibatkan kematian yang seharusnya bisa dicegah.

Upaya mengatasi ketimpangan *gender* dalam layanan kesehatan membutuhkan transformasi struktural, bukan hanya intervensi teknis. Pemerintah, lembaga kesehatan, dan tenaga profesional harus menerapkan pendekatan *gender mainstreaming* dalam setiap aspek kebijakan dan pelayanan. Ini mencakup pelatihan sensitif *gender*, revisi protokol pelayanan, hingga pembentukan unit pengaduan berbasis hak pasien. Selain itu, penting pula melibatkan masyarakat

sipil dan organisasi perempuan dalam perumusan kebijakan agar lebih mencerminkan kebutuhan riil di lapangan dan mendorong akuntabilitas sistem kesehatan terhadap keadilan *gender*.

C. Analisis Gender dalam Siklus Reproduksi Perempuan

Analisis *gender* dalam siklus reproduksi perempuan mengungkapkan bahwa pengalaman biologis perempuan—seperti menstruasi, kehamilan, persalinan, dan menopause—tidak hanya berkaitan dengan aspek medis, tetapi juga dipengaruhi oleh norma sosial, budaya, dan politik yang bersifat patriarkal. Siklus reproduksi perempuan sering kali dijadikan dasar pembenaran atas peran domestik dan ketergantungan, yang pada gilirannya menciptakan hambatan struktural dalam akses terhadap pendidikan, pekerjaan, dan layanan kesehatan yang adil (Temmerman *et al.*, 2018). Oleh karena itu, pemahaman siklus reproduksi perlu dikaji dalam kerangka analisis *gender* yang mengutamakan kesetaraan dan hak asasi.

Menstruasi merupakan tahap pertama dalam siklus reproduksi perempuan yang kerap dipolitisasi oleh masyarakat. Dalam banyak budaya, menstruasi dianggap sebagai sesuatu yang tabu, najis, atau memalukan, sehingga perempuan dipinggirkan secara sosial dan emosional selama periode ini. Stigma terhadap menstruasi berdampak pada keterbatasan akses terhadap produk kebersihan menstruasi dan fasilitas sanitasi yang layak, terutama di negara-negara berkembang. Hal ini tidak hanya merugikan kesehatan perempuan, tetapi juga memperkuat ketimpangan *gender* dalam pendidikan dan partisipasi publik (Hennegan *et al.*, 2021).

Selanjutnya, dalam konteks kehamilan dan persalinan, perempuan sering kali kehilangan otonomi atas tubuh dan pilihan reproduksinya.

Dalam budaya patriarkal, keputusan untuk hamil atau menggunakan kontrasepsi lebih banyak dikendalikan oleh pasangan laki-laki atau keluarga besar. Kondisi ini diperburuk oleh sistem kesehatan yang masih menempatkan perempuan sebagai objek pelayanan, bukan sebagai subjek dengan hak penuh atas tubuhnya. Banyak perempuan merasa tidak dilibatkan dalam pengambilan keputusan medis selama kehamilan atau saat melahirkan, bahkan mengalami kekerasan obstetrik seperti perlakuan kasar atau prosedur tanpa persetujuan (Bohren *et al.*, 2019).



Gambar 1 Analisis Gender dalam Siklus Reproduksi Perempuan

Sementara itu, beban pengasuhan anak pasca-melahirkan hampir seluruhnya dipikul oleh perempuan, baik secara sosial maupun ekonomi. Norma *gender* yang mengidealkan perempuan sebagai pengasuh utama menyebabkan banyak perempuan kehilangan kesempatan kerja atau karier karena harus fokus pada pengasuhan.

Kurangnya kebijakan perlindungan seperti cuti melahirkan yang layak, ruang laktasi, dan jam kerja fleksibel memperkuat marginalisasi perempuan dalam sektor formal. Keadaan ini menunjukkan bahwa siklus reproduksi tidak dapat dipisahkan dari sistem sosial dan ekonomi yang tidak setara (*ILO, 2020*).

Selain itu, fase menopause juga tidak luput dari bias *gender*. Banyak perempuan yang mengalami menopause dilabeli sebagai “tidak produktif,” “rewel,” atau “tidak stabil,” sehingga mereka menghadapi diskriminasi usia dan seksisme secara bersamaan. Padahal, menopause adalah fase biologis yang seharusnya ditangani dengan pendekatan medis dan psikososial yang empatik. Namun karena narasi publik dan media kerap meremehkan pengalaman menopause, perempuan sering menutupi gejalanya dan enggan mencari pertolongan medis (*Harding et al., 2022*).

Pendekatan analisis *gender* juga penting dalam menilai bagaimana kebijakan publik memengaruhi siklus reproduksi perempuan. Banyak program kesehatan reproduksi lebih berfokus pada pengendalian fertilitas daripada pemberdayaan perempuan. Hal ini mencerminkan paradigma demografis yang menempatkan perempuan sebagai alat kontrol populasi, bukan sebagai individu yang memiliki hak untuk menentukan nasib reproduksinya sendiri. Kurangnya pelibatan perempuan dalam proses perumusan kebijakan juga memperkuat bias struktural dalam desain program kesehatan (*Kabeer & Subrahmanian, 2020*).

Analisis *gender* dalam siklus reproduksi perempuan menuntut adanya perubahan paradigma dalam sistem pelayanan kesehatan dan kebijakan publik. Dibutuhkan pendekatan *rights-based* yang menempatkan hak kesehatan reproduksi sebagai bagian integral dari

hak asasi manusia. Ini mencakup jaminan atas akses informasi, partisipasi dalam pengambilan keputusan, serta perlindungan dari stigma dan diskriminasi. Dalam konteks ini, pendidikan kesetaraan *gender* perlu menjadi bagian dari kurikulum kesehatan di semua tingkatan untuk menciptakan perubahan yang lebih luas dan berkelanjutan.

D. Strategi Integrasi Gender dalam Pelayanan Kebidanan

Integrasi perspektif *gender* dalam pelayanan kebidanan merupakan langkah strategis untuk memastikan bahwa layanan kesehatan bersifat adil, responsif, dan menghormati hak-hak perempuan sebagai subjek utama dalam pengalaman reproduksinya. Profesi bidan memainkan peran kunci dalam mendampingi perempuan sepanjang siklus hidup reproduksi, mulai dari prakonsepsi, kehamilan, persalinan, hingga masa nifas dan menyusui. Untuk itu, pendekatan yang peka terhadap isu *gender* harus diinternalisasi dalam seluruh sistem kebidanan, mulai dari kurikulum pendidikan, interaksi klinis, hingga kebijakan pelayanan (*Filby et al., 2019*).

Strategi pertama yang krusial adalah penguatan *gender mainstreaming* dalam pendidikan dan pelatihan kebidanan. Mahasiswa kebidanan perlu mendapatkan pemahaman mendalam tentang konstruksi sosial *gender*, relasi kuasa, hak kesehatan reproduksi, serta diskriminasi berbasis jenis kelamin. Hal ini dapat dicapai melalui integrasi modul *gender sensitivity* dalam kurikulum serta pelatihan berbasis kasus nyata yang menggambarkan dinamika relasi antara tenaga kesehatan dan pasien perempuan. Pendidikan kebidanan yang berbasis pada kesetaraan *gender* tidak hanya meningkatkan kualitas layanan, tetapi juga memperkuat kapasitas empatik dan kepekaan sosial tenaga kebidanan (*Zerfu et al., 2022*).

Kedua, pemberdayaan pasien perempuan sebagai pengambil keputusan dalam layanan kebidanan menjadi inti dari pendekatan berbasis *gender equity*. Bidan harus memastikan bahwa perempuan memiliki informasi yang lengkap, jelas, dan netral mengenai pilihan medis yang tersedia, termasuk hak untuk menolak intervensi yang tidak diinginkan. Proses *informed consent* tidak boleh dilakukan secara formalitas, melainkan menjadi ruang dialog yang setara dan bebas intimidasi. Pengakuan terhadap *bodily autonomy* perempuan selama kehamilan dan persalinan adalah prinsip etis yang wajib dipenuhi dalam setiap interaksi pelayanan (Afulani et al., 2021).

Ketiga, penciptaan lingkungan pelayanan yang aman dan bebas diskriminasi merupakan strategi integratif lainnya. Banyak perempuan, terutama dari kelompok miskin, minoritas, atau remaja, mengalami perlakuan tidak menyenangkan di fasilitas kesehatan karena stigma dan stereotip budaya. Pelayanan kebidanan harus menghindari narasi moralistik terhadap pasien, serta menghormati keberagaman latar belakang sosial dan budaya. Implementasi *gender-responsive service protocols*, seperti penyediaan pendamping persalinan pilihan, perlindungan privasi, dan penanganan keluhan pasien secara adil, dapat menjadi indikator keberhasilan integrasi *gender* dalam pelayanan (Bohren et al., 2020).

Keempat, partisipasi aktif komunitas dalam desain dan evaluasi layanan kebidanan berbasis *gender* turut menjadi strategi penting. Bidan perlu melibatkan tokoh perempuan, organisasi masyarakat, dan kelompok rentan dalam diskusi kebijakan lokal terkait layanan ibu dan anak. Mekanisme ini menciptakan keterlibatan sosial dan memperkuat akuntabilitas institusi layanan terhadap kebutuhan nyata masyarakat. Selain itu, pembentukan forum konsultasi berbasis komunitas dapat

membantu menggali hambatan *gender* yang sering tidak terdeteksi oleh sistem kesehatan formal (Morgan et al., 2021).

Kelima, penguatan regulasi dan kebijakan pelayanan kebidanan berbasis *gender equality* harus diupayakan secara sistemik. Pemerintah dan asosiasi profesi bidan perlu menetapkan standar praktik dan kode etik yang menjamin kesetaraan *gender*. Ini termasuk kewajiban pelatihan rutin tentang *gender-based violence*, kesehatan mental perempuan, dan penanganan diskriminasi di tempat kerja. Kebijakan *zero tolerance* terhadap kekerasan obstetrik juga harus ditegakkan sebagai bagian dari upaya perlindungan hak pasien dan profesionalitas tenaga kebidanan (Khosla et al., 2018).

Keenam, penggunaan data dan riset berbasis *gender-disaggregated* menjadi alat penting untuk merancang intervensi kebidanan yang inklusif dan berbasis bukti. Sistem pencatatan dan pelaporan layanan kesehatan harus memuat informasi terpilah berdasarkan jenis kelamin, usia, status sosial, dan kondisi kerentanan. Data ini berguna untuk memantau sejauh mana pelayanan kebidanan telah mencerminkan prinsip kesetaraan *gender*, serta menjadi dasar advokasi dalam penyusunan anggaran dan kebijakan yang lebih sensitif terhadap kebutuhan perempuan dan kelompok rentan (Hawkins et al., 2020).

Terakhir, teknologi dan inovasi digital dapat dimanfaatkan untuk memperluas akses terhadap layanan kebidanan berbasis *gender*. Aplikasi edukasi kehamilan yang dirancang dengan bahasa yang inklusif, konsultasi daring dengan bidan yang terlatih secara *gender-sensitive*, serta layanan keluhan digital yang aman, dapat menjadi jembatan bagi perempuan yang kesulitan mengakses fasilitas fisik. Dengan demikian, integrasi *gender* dalam pelayanan kebidanan tidak

hanya memperkuat keadilan sosial, tetapi juga meningkatkan efektivitas dan daya jangkau sistem kesehatan secara keseluruhan.

E. Rangkuman

Bab ini membahas secara mendalam tentang pentingnya memahami gender sebagai konstruksi sosial yang memengaruhi akses, pengalaman, dan kualitas layanan kesehatan reproduksi. Perbedaan antara gender dan seks menimbulkan berbagai bias struktural yang berdampak pada kelompok perempuan dan minoritas gender dalam sistem kesehatan. Ketimpangan tersebut terlihat mulai dari akses layanan, interaksi dengan tenaga kesehatan, hingga kebijakan medis yang tidak sensitif gender. Pengalaman perempuan dalam siklus reproduksi seperti menstruasi, kehamilan, dan menopause dipolitisasi dan sering dimarginalkan secara sosial maupun medis. Untuk itu, dibutuhkan pendekatan transformatif yang menempatkan perempuan sebagai subjek otonom. Integrasi perspektif gender dalam pelayanan kebidanan menjadi langkah kunci, melalui reformasi pendidikan kebidanan, penciptaan lingkungan layanan inklusif, partisipasi komunitas, kebijakan regulatif, serta pemanfaatan data dan teknologi. Pemahaman mendalam terhadap gender dalam konteks kesehatan reproduksi akan membantu mewujudkan layanan yang adil, setara, dan berbasis hak asasi manusia.

F. Latihan

Soal

1. Jelaskan perbedaan antara konsep *gender* dan *seks* serta berikan contoh dampaknya dalam praktik layanan kesehatan!

2. Uraikan bentuk-bentuk ketimpangan gender yang sering terjadi dalam layanan kesehatan reproduksi dan berikan contohnya!
3. Mengapa penting melakukan analisis gender dalam memahami siklus reproduksi perempuan? Sertakan penjelasan dari salah satu tahap siklus!
4. Apa saja strategi konkret yang dapat dilakukan oleh bidan untuk mengintegrasikan perspektif gender dalam praktik kebidanan?
5. Bagaimana peran teknologi dan data berbasis gender dapat meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kebidanan?

Jawaban

1. *Seks* merujuk pada aspek biologis yang membedakan laki-laki dan perempuan seperti kromosom dan organ reproduksi. *Gender* adalah konstruksi sosial yang membentuk peran dan ekspektasi berdasarkan jenis kelamin. Dalam praktik kesehatan, ketidaktahuan akan perbedaan ini bisa menyebabkan layanan yang bias, misalnya anggapan bahwa hanya perempuan yang memerlukan konseling kontrasepsi, padahal laki-laki juga perlu dilibatkan.
2. Ketimpangan gender terjadi dalam bentuk diskriminasi, minimnya keterlibatan perempuan dalam pengambilan keputusan medis, hingga stereotip dalam layanan. Contohnya, perempuan yang mengeluh nyeri kronis sering dianggap berlebihan oleh tenaga medis. Di sisi lain, kelompok transgender mengalami penolakan layanan karena tidak sesuai norma gender.

3. Analisis gender penting untuk memahami bahwa pengalaman biologis perempuan dipengaruhi oleh norma sosial. Contohnya, menstruasi sering dianggap tabu sehingga perempuan remaja kesulitan mengakses fasilitas sanitasi yang layak, yang pada akhirnya berdampak pada pendidikan dan kesehatan mereka.
4. Strategi bidan antara lain meliputi pelatihan gender sensitivity, memastikan informed consent secara empatik, menciptakan lingkungan pelayanan inklusif, dan melibatkan komunitas dalam evaluasi layanan. Bidan juga perlu menghindari bahasa yang menghakimi serta menghormati keputusan pasien.
5. Teknologi seperti aplikasi konsultasi kehamilan dan sistem pelaporan keluhan digital memungkinkan perempuan mengakses layanan meskipun menghadapi hambatan geografis atau sosial. Sementara itu, data yang terpilah berdasarkan gender membantu merancang intervensi yang sesuai dan adil, serta mengevaluasi efektivitas kebijakan kesehatan secara lebih akurat.

BAB III

ANATOMI DAN FISILOGI SISTEM REPRODUKSI

Pemahaman terhadap anatomi dan fisiologi sistem reproduksi sangat penting dalam konteks pendidikan kesehatan, kebidanan, dan pelayanan medis secara umum. Bab ini membahas secara komprehensif struktur dan fungsi organ reproduksi pada perempuan dan laki-laki, serta proses fisiologis yang mendasari sistem tersebut. Pengetahuan ini bukan hanya fundamental dalam ilmu biologi manusia, tetapi juga menjadi dasar dalam memahami siklus reproduksi, kesehatan seksual, serta perencanaan kehamilan dan penanganan gangguan reproduksi.

- **Tujuan Pembelajaran**

- Menjelaskan struktur anatomi sistem reproduksi perempuan dan laki-laki beserta fungsinya secara rinci.
- Memahami mekanisme fisiologi sistem reproduksi perempuan, termasuk siklus menstruasi, ovulasi, dan kehamilan.
- Mengidentifikasi dan menjelaskan peran hormon-hormon reproduksi serta mekanisme umpan balik endokrin.
- Menganalisis siklus menstruasi dan keterkaitannya dengan fertilitas serta gangguan yang dapat terjadi.
- Menghubungkan aspek anatomi dan fisiologi dengan aplikasi klinis dan kesehatan reproduksi.

A. Struktur Anatomi Sistem Reproduksi Perempuan dan Laki-laki

Sistem reproduksi manusia memiliki perbedaan struktural yang jelas antara perempuan dan laki-laki, meskipun keduanya memiliki peran penting dalam proses reproduksi. Sistem reproduksi laki-laki terdiri atas organ eksternal seperti penis dan skrotum, serta organ internal seperti testis, epididimis, vas deferens, vesikula seminalis, kelenjar prostat, dan uretra. Testis berperan sebagai tempat produksi sperma dan hormon testosteron. Organ-organ ini berkoordinasi dalam menghasilkan, menyimpan, dan mengalirkan sperma untuk proses pembuahan (*Hasan et al., 2021*).

Pada sisi perempuan, sistem reproduksi terdiri atas organ eksternal seperti vulva dan labia, serta organ internal seperti vagina, uterus, tuba falopi, dan ovarium. Ovarium menghasilkan sel telur (ovum) serta hormon estrogen dan progesteron yang penting dalam pengaturan siklus menstruasi dan kehamilan. Tuba falopi menjadi jalur transportasi ovum menuju rahim, tempat pembuahan biasanya terjadi. Struktur vagina berperan sebagai saluran kelahiran dan hubungan seksual (*Nguyen et al., 2022*).

Struktur anatomi ini tidak hanya menjalankan fungsi reproduksi, tetapi juga berperan dalam fungsi endokrin, seperti produksi hormon seks. Misalnya, testis menghasilkan testosteron yang mempengaruhi perkembangan karakteristik seksual sekunder laki-laki, seperti pertumbuhan rambut wajah dan suara berat. Sementara ovarium mengatur perkembangan payudara, menstruasi, dan kesiapan reproduksi perempuan (*Khan et al., 2020*).

Pemahaman terhadap struktur sistem reproduksi juga penting dalam konteks klinis. Anatomi detail organ reproduksi menjadi dasar dalam tindakan medis seperti pemeriksaan ginekologi, USG transvaginal, vasektomi, hingga prosedur fertilisasi in vitro (*Ali et al., 2023*). Pengetahuan yang tepat akan menghindarkan kesalahan diagnosis dan prosedur invasif yang tidak perlu.

Perbedaan struktur ini juga menunjukkan perbedaan kerentanan terhadap penyakit. Misalnya, laki-laki lebih rentan mengalami gangguan prostat seperti benign prostatic hyperplasia (BPH), sedangkan perempuan lebih sering mengalami masalah seperti sindrom ovarium polikistik (PCOS) atau endometriosis. Anatomi yang kompleks pada perempuan juga membuatnya lebih rentan terhadap infeksi saluran reproduksi bawah jika kebersihan tidak terjaga (*Ramirez et al., 2021*).

Beberapa studi menunjukkan bahwa pendidikan tentang anatomi reproduksi sejak usia remaja mampu meningkatkan kesadaran terhadap kesehatan seksual dan mengurangi risiko perilaku seksual berisiko. Pengetahuan yang komprehensif dapat membentuk sikap yang positif terhadap perlindungan diri dan mendorong penggunaan layanan kesehatan reproduksi secara tepat (*Yadav & Singh, 2020*).

Penggambaran anatomi sistem reproduksi seringkali menjadi tantangan dalam pembelajaran karena sifatnya yang sensitif secara budaya. Oleh karena itu, pendekatan pendidikan berbasis visual interaktif dan anatomi 3D semakin banyak digunakan dalam pendidikan kedokteran dan kebidanan. Inovasi ini membantu meningkatkan pemahaman tanpa menimbulkan ketidaknyamanan, serta memperkuat keterampilan klinis calon tenaga kesehatan (*Dai et al., 2023*).

B. Fisiologi Sistem Reproduksi Perempuan

Fisiologi sistem reproduksi perempuan melibatkan proses biologis yang kompleks dan dinamis, dikendalikan oleh interaksi antara hormon, organ reproduksi, serta sistem saraf pusat. Sistem ini menjalankan berbagai fungsi penting seperti siklus menstruasi, ovulasi, fertilisasi, kehamilan, dan laktasi. Semua proses tersebut diatur oleh sumbu hipotalamus-hipofisis-ovarium yang menjadi pusat pengendali endokrin pada perempuan (Morita et al., 2022). Hipotalamus menghasilkan *gonadotropin-releasing hormone (GnRH)* yang merangsang kelenjar hipofisis anterior untuk melepaskan hormon *follicle-stimulating hormone (FSH)* dan *luteinizing hormone (LH)*.

Siklus menstruasi perempuan rata-rata berlangsung selama 28 hari dan dibagi menjadi tiga fase: folikuler, ovulasi, dan luteal. Pada fase folikuler, FSH merangsang pertumbuhan folikel di ovarium dan meningkatkan produksi estrogen. Estrogen menyebabkan penebalan endometrium sebagai persiapan implantasi embrio. Ovulasi terjadi saat lonjakan LH memicu pelepasan ovum matang dari ovarium, biasanya sekitar hari ke-14 siklus. Fase luteal dimulai setelah ovulasi, di mana korpus luteum terbentuk dan menghasilkan progesteron yang mempertahankan ketebalan endometrium (Sharami et al., 2020).

Jika fertilisasi tidak terjadi, kadar estrogen dan progesteron menurun, menyebabkan luruhnya endometrium dalam bentuk menstruasi. Namun bila terjadi pembuahan, korpus luteum tetap aktif memproduksi hormon hingga plasenta mengambil alih fungsinya. Proses ini penting untuk mempertahankan kehamilan pada trimester awal (Hussein et al., 2023). Hormon *human chorionic gonadotropin*

(*hCG*) yang dihasilkan oleh trofoblas janin berperan dalam mempertahankan korpus luteum agar terus menghasilkan progesteron.

Ovarium bukan hanya tempat pembentukan ovum, tetapi juga berfungsi sebagai kelenjar endokrin yang menghasilkan estrogen dan progesteron. Estrogen berperan penting dalam pematangan organ seksual sekunder, pengaturan siklus haid, serta menjaga kesehatan tulang dan kulit. Progesteron mendukung kehamilan dengan menjaga endometrium tetap tebal dan tidak luruh (*Tavares et al., 2021*). Ketidakseimbangan hormon ini dapat menyebabkan gangguan seperti amenore, dismenore, atau infertilitas.

Selain ovulasi dan menstruasi, proses fisiologis lain yang penting adalah pembuahan dan implantasi. Setelah ovum dilepaskan, sperma yang berhasil menembus membran ovum akan membentuk zigot yang bergerak menuju rahim melalui tuba falopi. Implantasi zigot di endometrium yang telah menebal menjadi awal dari kehamilan. Interaksi yang tepat antara hormon dan struktur endometrium menentukan keberhasilan implantasi dan keberlangsungan embrio (*Zhou et al., 2022*).

Perubahan hormonal juga memengaruhi sistem lain dalam tubuh perempuan, seperti sistem saraf, metabolisme, dan kardiovaskular. Fluktuasi kadar estrogen dan progesteron berkorelasi dengan mood, nyeri, dan retensi cairan selama siklus haid. Pada masa menopause, penurunan estrogen menyebabkan gejala seperti hot flashes, gangguan tidur, dan osteoporosis. Oleh karena itu, fisiologi sistem reproduksi perempuan tidak hanya terbatas pada fungsi reproduksi, tetapi juga memiliki pengaruh sistemik (*Sullivan et al., 2021*).

Pemahaman tentang fisiologi sistem reproduksi sangat penting dalam konteks klinis, terutama dalam bidang kebidanan, ginekologi, dan kesehatan reproduksi. Informasi ini menjadi dasar dalam deteksi dini gangguan hormonal, penanganan infertilitas, terapi kontrasepsi, dan manajemen kehamilan. Intervensi berbasis hormon seperti terapi pengganti estrogen, kontrasepsi oral kombinasi, dan induksi ovulasi semuanya bertumpu pada prinsip fisiologi sistem ini (Kim et al., 2020). Pendidikan yang memadai terhadap perempuan tentang fungsi fisiologis tubuh mereka juga berkontribusi terhadap peningkatan kualitas hidup dan kemandirian dalam pengambilan keputusan kesehatan.

C. Hormon Reproduksi dan Fungsinya

Hormon reproduksi memainkan peran fundamental dalam mengatur fungsi sistem reproduksi baik pada perempuan maupun laki-laki. Hormon-hormon ini dikendalikan oleh poros *hipotalamus-hipofisis-gonad*, yang membentuk sistem endokrin utama dalam reproduksi manusia. Produksi dan pelepasan hormon bersifat siklik, terintegrasi, dan saling memengaruhi satu sama lain melalui sistem umpan balik (*feedback*) yang kompleks. Fungsi utama hormon reproduksi mencakup pematangan gamet, pengaturan siklus menstruasi, ovulasi, kehamilan, serta perkembangan karakteristik seksual sekunder (Pavlovic et al., 2021).

Salah satu hormon kunci adalah *gonadotropin-releasing hormone (GnRH)* yang diproduksi oleh hipotalamus. GnRH berfungsi merangsang hipofisis anterior untuk menghasilkan dua hormon penting: *follicle-stimulating hormone (FSH)* dan *luteinizing hormone (LH)*. FSH berperan dalam merangsang pertumbuhan folikel di ovarium pada perempuan dan spermatogenesis di testis pada laki-laki.

Sedangkan LH memicu ovulasi dan pembentukan *corpus luteum* pada perempuan, serta merangsang produksi testosteron di sel Leydig pada laki-laki (Mohammed et al., 2022).

Pada perempuan, hormon *estrogen* dan *progesteron* merupakan produk utama ovarium. Estrogen memiliki fungsi dalam perkembangan seksual sekunder seperti pembesaran payudara, lebar panggul, serta pengaturan siklus menstruasi melalui pengaruhnya terhadap endometrium. Selain itu, estrogen juga berperan dalam metabolisme tulang dan kesehatan kardiovaskular. Progesteron berperan penting dalam mempersiapkan uterus untuk implantasi embrio dan mempertahankan kehamilan. Setelah ovulasi, *corpus luteum* memproduksi progesteron untuk menebalkan dan memelihara lapisan endometrium (Nappi et al., 2023).

Hormon *testosteron* adalah hormon dominan pada laki-laki, meskipun juga ada dalam kadar kecil pada perempuan. Testosteron mendukung perkembangan otot, suara berat, libido, dan produksi sperma. Produksinya dikendalikan oleh LH dan juga dipengaruhi oleh FSH melalui fungsi pendukung sel Sertoli dalam proses spermatogenesis. Kekurangan testosteron dapat menyebabkan infertilitas, disfungsi seksual, dan penurunan massa otot (Behre et al., 2021).

Pada masa kehamilan, hormon *human chorionic gonadotropin (hCG)* dihasilkan oleh trofoblas embrio untuk mempertahankan *corpus luteum* dan progesteron. Selain itu, *human placental lactogen (hPL)*, *relaxin*, dan *prolactin* juga memiliki fungsi dalam menjaga kehamilan dan mempersiapkan tubuh untuk laktasi. Prolaktin, yang diproduksi oleh hipofisis anterior, berperan dalam produksi ASI pasca persalinan. Hormon *oxytocin*, yang dilepaskan dari hipofisis posterior,

menstimulasi kontraksi uterus saat persalinan dan refleks pengeluaran ASI (Zakar *et al.*, 2022).

Sistem endokrin reproduksi bekerja melalui mekanisme umpan balik negatif dan positif. Misalnya, peningkatan kadar estrogen pada pertengahan siklus menstruasi akan memberi sinyal umpan balik positif ke hipotalamus dan hipofisis untuk meningkatkan pelepasan LH yang memicu ovulasi. Sebaliknya, kadar estrogen dan progesteron yang tinggi pada fase luteal akan menekan sekresi GnRH dan gonadotropin untuk mencegah ovulasi berikutnya jika terjadi kehamilan (Guo *et al.*, 2021).

Disfungsi hormonal dapat menyebabkan berbagai gangguan reproduksi seperti *polycystic ovary syndrome (PCOS)*, amenore, endometriosis, dan infertilitas. Oleh karena itu, pemahaman terhadap fungsi fisiologis hormon sangat penting dalam praktik klinis untuk diagnosis dan terapi. Pendekatan berbasis hormon digunakan dalam terapi pengganti hormonal, pengaturan kelahiran, serta induksi ovulasi.

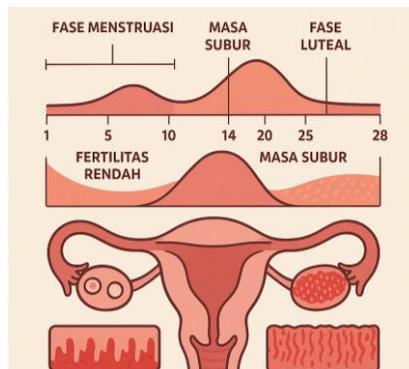
D. Siklus Menstruasi dan Fertilitas

Siklus menstruasi merupakan proses fisiologis bulanan yang dialami oleh perempuan usia reproduktif dan mencerminkan kesiapan tubuh untuk kehamilan. Siklus ini dipengaruhi oleh interaksi kompleks antara hormon-hormon reproduksi seperti *gonadotropin-releasing hormone (GnRH)*, *follicle-stimulating hormone (FSH)*, *luteinizing hormone (LH)*, *estrogen*, dan *progesteron*. Rata-rata durasi siklus menstruasi adalah 28 hari, meskipun variasi normal berkisar antara 21 hingga 35 hari (Berglund *et al.*, 2021). Setiap fase dalam

siklus ini memiliki peran spesifik dalam mempersiapkan tubuh untuk ovulasi dan kemungkinan pembuahan.

Siklus menstruasi terbagi menjadi tiga fase utama: fase folikuler, fase ovulasi, dan fase luteal. Fase folikuler dimulai dari hari pertama menstruasi dan berlangsung hingga ovulasi. Pada fase ini, FSH merangsang pertumbuhan beberapa folikel di ovarium, salah satunya akan menjadi folikel dominan. Folikel ini kemudian memproduksi estrogen yang menyebabkan penebalan endometrium. Kadar estrogen yang tinggi akan memberikan umpan balik positif ke hipofisis untuk memicu lonjakan LH, yang memicu terjadinya ovulasi (*Freeman et al., 2020*).

Fase ovulasi terjadi sekitar hari ke-14 dari siklus normal. Ovulasi ditandai dengan pelepasan ovum matang dari folikel dominan ke dalam tuba falopi, tempat terjadinya fertilisasi jika bertemu dengan sperma. Ovulasi merupakan titik tertinggi dari masa subur seorang perempuan. Masa subur ini biasanya terjadi sekitar dua hari sebelum dan sesudah ovulasi, yang sangat penting dalam perencanaan atau pencegahan kehamilan (*Bull et al., 2019*).



Gambar 2 Siklus Menstruasi dan Fertilitas

Setelah ovulasi, fase luteal berlangsung dan ditandai oleh pembentukan *corpus luteum* dari sisa folikel yang pecah. *Corpus luteum* menghasilkan progesteron dalam jumlah tinggi, yang mempertahankan ketebalan endometrium agar siap menerima embrio jika terjadi pembuahan. Jika tidak ada pembuahan, *corpus luteum* akan mengalami degenerasi, menyebabkan penurunan kadar progesteron dan estrogen sehingga endometrium luruh sebagai menstruasi (Renaud et al., 2021).

Fertilitas sangat dipengaruhi oleh keseimbangan hormonal dan keteraturan siklus menstruasi. Gangguan pada salah satu komponen hormonal dapat menyebabkan ketidakteraturan siklus, anovulasi, atau infertilitas. Sebagai contoh, sindrom ovarium polikistik (PCOS) merupakan kondisi endokrin yang ditandai oleh gangguan ovulasi dan kelebihan androgen, yang menyebabkan infertilitas (Teede et al., 2020). Pemeriksaan hormonal, pemantauan suhu basal tubuh, dan ultrasonografi ovarium sering digunakan untuk mengevaluasi fungsi ovulasi dan tingkat kesuburan perempuan.

Beberapa metode kontrasepsi juga memanfaatkan pemahaman tentang siklus menstruasi, seperti metode *calendar-based*, *mucus cervical monitoring*, dan pemantauan suhu basal tubuh. Meskipun metode ini non-hormonal dan alami, efektivitasnya sangat tergantung pada ketelitian dan keteraturan siklus. Untuk pasangan yang menginginkan kehamilan, mengetahui masa ovulasi menjadi strategi utama dalam meningkatkan peluang fertilisasi (Malcolm et al., 2022).

Siklus menstruasi bukan hanya indikator reproduksi, tetapi juga mencerminkan kesehatan sistemik perempuan. Siklus yang sangat pendek, sangat panjang, atau tidak teratur bisa menjadi tanda adanya gangguan metabolik, stres kronis, gangguan tiroid, atau penyakit

kronis lainnya. Oleh karena itu, pencatatan siklus menstruasi secara rutin dapat membantu deteksi dini masalah kesehatan reproduksi dan umum (Ahrens et al., 2021).

E. Rangkuman

Bab ini membahas struktur dan fungsi sistem reproduksi laki-laki dan perempuan yang saling melengkapi dalam proses reproduksi. Organ reproduksi laki-laki terdiri dari penis, skrotum, testis, dan saluran sperma; sedangkan perempuan memiliki ovarium, uterus, tuba falopi, dan vagina. Selain fungsi reproduktif, organ ini juga menjalankan fungsi endokrin melalui produksi hormon seperti testosteron, estrogen, dan progesteron.

Fisiologi sistem reproduksi perempuan dikendalikan oleh sumbu hipotalamus-hipofisis-ovarium. Siklus menstruasi yang terdiri dari fase folikuler, ovulasi, dan luteal merupakan proses yang diatur hormon FSH, LH, estrogen, dan progesteron. Ovulasi terjadi sekitar hari ke-14 dan menandai masa subur perempuan.

Hormon reproduksi memainkan peran utama dalam pematangan gamet, ovulasi, pembentukan endometrium, kehamilan, dan laktasi. Sistem hormonal ini bekerja secara sinergis melalui umpan balik negatif dan positif untuk menjaga keseimbangan fisiologis.

Siklus menstruasi juga menjadi indikator penting bagi fertilitas dan kesehatan sistemik perempuan. Gangguan hormonal seperti PCOS dapat menyebabkan infertilitas. Pemahaman ini mendasari pendekatan klinis seperti kontrasepsi hormonal, terapi kesuburan, dan deteksi gangguan reproduksi secara dini.

F. Latihan

Soal

1. Jelaskan struktur utama sistem reproduksi perempuan dan fungsinya dalam proses reproduksi!
2. Uraikan fase-fase dalam siklus menstruasi dan hormon-hormon yang berperan dalam setiap fase!
3. Bagaimana mekanisme kerja hormon GnRH, FSH, dan LH dalam sistem reproduksi laki-laki dan perempuan?
4. Jelaskan pengaruh fisiologis hormon estrogen dan progesteron terhadap tubuh perempuan!
5. Apa keterkaitan antara gangguan hormonal seperti PCOS dengan infertilitas pada perempuan?

Jawaban

1. Struktur utama sistem reproduksi perempuan meliputi organ eksternal (vulva, labia) dan organ internal (vagina, uterus, tuba falopi, ovarium). Ovarium memproduksi ovum dan hormon estrogen serta progesteron. Tuba falopi menjadi jalur ovum menuju uterus, tempat implantasi terjadi. Vagina berfungsi sebagai saluran kelahiran dan hubungan seksual.
2. Siklus menstruasi terdiri dari fase folikuler (FSH merangsang folikel, estrogen meningkat), fase ovulasi (lonjakan LH memicu pelepasan ovum), dan fase luteal (corpus luteum menghasilkan progesteron untuk mempertahankan

endometrium). Jika tidak terjadi fertilisasi, endometrium luruh menjadi menstruasi.

3. GnRH diproduksi oleh hipotalamus dan merangsang hipofisis anterior untuk menghasilkan FSH dan LH. FSH merangsang pertumbuhan folikel di ovarium dan spermatogenesis di testis. LH memicu ovulasi pada perempuan dan produksi testosteron di sel Leydig pada laki-laki.
4. Estrogen berperan dalam perkembangan karakter seksual sekunder, pengaturan siklus haid, kesehatan tulang, dan kulit. Progesteron mempertahankan endometrium agar siap menerima embrio dan mendukung kehamilan. Fluktuasi hormon ini juga memengaruhi mood dan metabolisme.
5. PCOS menyebabkan ketidakseimbangan hormon, kelebihan androgen, dan gangguan ovulasi, yang berdampak pada tidak teraturnya siklus menstruasi dan sulitnya ovulasi. Hal ini menjadi penyebab utama infertilitas karena ovum tidak dilepaskan secara rutin.

BAB IV

PROSES REPRODUKSI SESUAI SIKLUS KEHIDUPAN

Proses reproduksi manusia merupakan rangkaian mekanisme biologis kompleks yang berlangsung secara sistematis sejak terjadinya pembuahan hingga kelahiran. Dalam konteks *siklus kehidupan*, reproduksi tidak hanya menyangkut aspek fertilitas dan konsepsi, tetapi juga keterkaitannya dengan kesehatan reproduksi perempuan dan dinamika hormonal. Pemahaman terhadap tahapan reproduksi, khususnya pada masa fertilisasi dan konsepsi, menjadi fondasi penting dalam pendidikan kesehatan, pelayanan kebidanan, dan kebijakan intervensi reproduktif.

- **Tujuan Pembelajaran**

- Menjelaskan proses konsepsi dan fertilisasi secara ilmiah dan klinis.
- Menguraikan tahapan kehamilan, persalinan, serta peran hormon dalam setiap fase.
- Mengidentifikasi aspek penting masa nifas dan menyusui serta kaitannya dengan kesehatan ibu dan bayi.
- Menjelaskan perubahan fisiologis yang terjadi selama menopause dan implikasinya terhadap kesehatan perempuan.
- Mengevaluasi pendekatan kebidanan dan intervensi kesehatan reproduksi berdasarkan prinsip *evidence-based practice*.

A. Konsepsi dan Fertilisasi

Konsepsi adalah titik awal dari proses reproduksi manusia yang ditandai dengan bersatunya *ovum* dan *spermatozoa* membentuk zigot. Proses ini terjadi di tuba falopi dalam waktu 12-24 jam setelah ovulasi. Keberhasilan konsepsi bergantung pada kualitas gamet, waktu ovulasi, serta lingkungan biologis yang mendukung, seperti pH vagina dan ketuhanan lapisan mukosa endometrium (*Niringiyimana et al., 2021*). Fertilisasi memicu serangkaian pembelahan sel yang mengarah pada perkembangan embrio, yang akan menempel di rahim dalam proses implantasi. Studi embriologi menunjukkan bahwa aktivasi metabolik dan transkripsi gen pasca-fertilisasi menentukan keberhasilan perkembangan selanjutnya.

Proses perjalanan spermatozoa dari vagina menuju tuba falopi diatur oleh kontraksi uterus dan sinyal kimiawi yang dikenal sebagai *chemotaxis*. Selama perjalanan ini, hanya sekitar 200 dari 200 juta sperma yang mencapai area fertilisasi, dan satu sperma yang berhasil menembus lapisan pelindung *zona pellucida* ovum (*Zhou et al., 2022*). Reaksi kortikal pada ovum segera terjadi guna mencegah polispermi, yakni penetrasi lebih dari satu sperma, yang akan menyebabkan ketidakseimbangan kromosom. Integrasi DNA dari kedua gamet menghasilkan kombinasi genetik baru yang unik bagi individu.

Fertilisasi memicu aktivasi *calcium oscillations*, yang merupakan sinyal penting bagi ovum untuk menyelesaikan meiosis kedua. Tahapan ini menunjukkan bahwa fertilisasi bukan sekadar penggabungan sel, tetapi proses molekuler kompleks yang memerlukan kesiapan sitoplasma ovum dan integritas nukleus sperma (*Hachem et al., 2020*). Penelitian biologi molekuler juga menyoroti

peran protein *PLCζ* (phospholipase C zeta) yang dilepaskan oleh sperma dan menginduksi perubahan osmotik serta aktivasi sel telur.

Implantasi terjadi sekitar 5–7 hari setelah fertilisasi ketika blastokista berhasil melekat pada endometrium uterus. Endometrium yang siap menerima embrio disebut berada dalam “*window of implantation*”, yaitu kondisi hormon dan protein adhesi seperti integrin dan LIF (*leukemia inhibitory factor*) mendukung keberhasilan implantasi (Liang *et al.*, 2021). Ketidaksesuaian hormon, seperti kadar progesteron yang rendah atau kelainan pada reseptor adhesi, berpotensi menyebabkan kegagalan implantasi yang berdampak pada infertilitas atau kehamilan ektopik.

Konsepsi juga dipengaruhi oleh faktor usia, nutrisi, stres oksidatif, dan paparan zat toksik yang berdampak terhadap kualitas gamet. Studi epigenetik menunjukkan bahwa kualitas DNA sperma dan ovum sangat dipengaruhi oleh status gizi dan paparan lingkungan sejak masa remaja. Bahkan, mutasi genetik dan kerusakan DNA spermatozoa akibat radikal bebas dapat mengganggu segmentasi sel dan meningkatkan risiko kelainan genetik pada embrio (Mazzilli *et al.*, 2020). Oleh karena itu, intervensi nutrisi dan gaya hidup sehat menjadi penting dalam program peningkatan fertilitas.

Dalam praktik kebidanan dan teknologi reproduksi berbantuan (*assisted reproductive technology*), pemahaman mendalam tentang konsepsi menjadi krusial. Prosedur seperti *in vitro fertilization* (IVF) mensimulasikan proses fertilisasi secara eksternal sebelum embrio ditanamkan ke uterus. Kegagalan fertilisasi dalam IVF sering kali disebabkan oleh gangguan mekanisme *zona pellucida hardening* atau ketidakseimbangan *capacitation* sperma (Aydin *et al.*, 2019). Teknologi ini memungkinkan pasangan infertil memiliki peluang

kehamilan, sekaligus mengedepankan pemantauan kualitas gamet dan kesiapan endometrium.

Pendidikan kesehatan reproduksi yang komprehensif perlu menekankan konsep fertilisasi sebagai bagian dari *continuum* kesehatan reproduksi. Pemahaman tentang konsepsi tidak boleh berhenti pada aspek biologis semata, tetapi juga menyentuh isu etika, psikologi pasangan, dan kesiapan reproduktif. Perspektif ini juga penting dalam menurunkan angka kehamilan tidak diinginkan dan meningkatkan keberhasilan program keluarga berencana (*Mehrolohasani et al., 2023*). Dengan pendekatan integratif, konsepsi diposisikan bukan hanya sebagai proses fisiologis, tetapi juga bagian dari tanggung jawab kesehatan publik.

B. Kehamilan dan Persalinan

Kehamilan adalah suatu keadaan fisiologis yang dimulai sejak terjadinya implantasi zigot di dalam endometrium uterus hingga kelahiran. Proses ini berlangsung sekitar 40 minggu dan terbagi dalam tiga trimester yang masing-masing memiliki ciri khas perkembangan janin dan perubahan tubuh ibu. Selama kehamilan, sistem endokrin, kardiovaskular, dan imunologis ibu mengalami adaptasi besar untuk mempertahankan kehamilan dan mendukung pertumbuhan janin. Studi kebidanan dan biomedis menyebutkan bahwa kehamilan bukan hanya fenomena biologis, tetapi juga proses biopsikososial yang kompleks (*Gowda et al., 2020*). Oleh sebab itu, pemahaman tentang kehamilan dan persalinan penting bagi pemberi layanan kesehatan dalam mengoptimalkan kesejahteraan ibu dan bayi.

Trimester pertama kehamilan dimulai dari konsepsi hingga minggu ke-12 dan merupakan masa krusial dalam pembentukan

organ-organ vital (organogenesis). Pada fase ini, risiko keguguran sangat tinggi karena berbagai faktor, seperti kelainan kromosom, defisiensi nutrisi, atau paparan zat teratogenik (Zhu *et al.*, 2021). Kadar hormon *human chorionic gonadotropin* (hCG) meningkat drastis untuk mempertahankan korpus luteum yang memproduksi progesteron. Hormon progesteron dan estrogen bertanggung jawab dalam mempertahankan kehamilan, menebalkan endometrium, dan menekan kontraksi uterus prematur.

Trimester kedua berlangsung dari minggu ke-13 hingga ke-28 dan dikenal sebagai masa stabil kehamilan. Perkembangan plasenta mencapai kematangan yang cukup untuk mendukung pertumbuhan janin. Janin mulai menunjukkan gerakan (*quickening*), dan organ-organ seperti paru, ginjal, serta sistem saraf pusat mulai berkembang lebih kompleks (Torche & Villarreal, 2020). Ibu hamil sering mengalami perubahan fisiologis seperti peningkatan volume darah, hiperpigmentasi, dan gangguan pencernaan. Keseimbangan nutrisi, vitamin, dan dukungan psikologis sangat dibutuhkan selama masa ini untuk mencegah komplikasi seperti anemia atau hipertensi gestasional.

Trimester ketiga (minggu ke-29 hingga kelahiran) ditandai dengan percepatan pertumbuhan janin dan persiapan tubuh ibu untuk persalinan. Ukuran uterus yang membesar menekan organ-organ sekitarnya dan dapat menyebabkan sesak napas, nyeri punggung, serta gangguan tidur. Janin akan mengambil posisi kepala di bawah (*cephalic presentation*) sebagai persiapan untuk persalinan. Serviks mulai melunak (*ripening*) di bawah pengaruh hormon *relaxin* dan prostaglandin. Penelitian menunjukkan bahwa sinyal biokimia dari janin juga berperan dalam memicu permulaan persalinan (Paquette *et al.*, 2022).

Persalinan adalah proses fisiologis yang dimulai dari kontraksi uterus reguler yang menyebabkan pembukaan serviks, diikuti dengan keluarnya janin dan plasenta. Persalinan terdiri dari tiga fase: kala I (pembukaan serviks), kala II (pengeluaran janin), dan kala III (pengeluaran plasenta). Proses ini dikendalikan oleh lonjakan hormon *oxytocin* yang memicu kontraksi miometrium dan pelepasan prostaglandin yang mempercepat dilatasi serviks. *Partograf* digunakan sebagai alat monitoring selama persalinan untuk menilai kemajuan persalinan dan mendeteksi penyimpangan (*Moussaoui et al., 2023*).

Pendekatan terhadap persalinan kini semakin menekankan pada praktik berbasis bukti yang humanistik. Intervensi seperti episiotomi, induksi, atau penggunaan forcep harus dipertimbangkan berdasarkan indikasi klinis dan tidak dilakukan secara rutin. Konsep *respectful maternity care* menekankan pentingnya persetujuan, kenyamanan, dan pengambilan keputusan bersama antara ibu dan tenaga kesehatan (*Hassan et al., 2021*). Di sisi lain, kemajuan teknologi memungkinkan deteksi dini komplikasi seperti *fetal distress*, preeklamsia, dan kehamilan risiko tinggi lainnya yang membutuhkan penanganan spesifik.

Pascapersalinan (masa nifas) merupakan fase transisi yang penting untuk pemulihan fisik dan mental ibu serta pengenalan bayi terhadap dunia luar. Masa ini mencakup penyesuaian hormon, laktasi, pemulihan luka perineum, dan pemulihan uterus. Gangguan seperti *postpartum depression*, infeksi nifas, dan perdarahan harus diwaspadai karena berdampak pada kesehatan jangka panjang ibu dan anak. Pemberdayaan ibu dengan edukasi menyusui, kontrasepsi pascapersalinan, dan dukungan emosional terbukti menurunkan angka

morbiditas dan mortalitas maternal secara signifikan (*Demeke et al., 2022*).

C. Masa Nifas dan Menyusui

Masa nifas atau *puerperium* adalah periode pemulihan setelah persalinan yang mencakup perubahan fisiologis, psikologis, dan sosial pada tubuh ibu. Masa ini dimulai segera setelah lahirnya plasenta dan berlangsung sekitar enam minggu, ketika organ reproduksi dan sistem tubuh kembali ke keadaan pra-kehamilan. Menurut literatur kebidanan modern, masa nifas terbagi menjadi tiga tahap: nifas dini (0–24 jam), nifas intermediat (hingga 2 minggu), dan nifas lanjut (hingga 6 minggu). Selain pemulihan fisik, fase ini sangat penting untuk inisiasi menyusui, pemulihan psikologis, dan penguatan ikatan ibu dan bayi (*Geleto et al., 2021*). Ketidaktahuan atau pengabaian terhadap kebutuhan ibu nifas dapat meningkatkan risiko komplikasi seperti infeksi, perdarahan, atau gangguan mental.

Selama masa nifas, proses involusi uterus merupakan aspek fisiologis utama, yaitu kembalinya ukuran dan kondisi rahim seperti sebelum hamil. Proses ini terjadi melalui kontraksi uterus yang ditandai dengan pengeluaran *lochia*, cairan yang terdiri dari darah, lendir, dan jaringan rahim. Perubahan hormonal juga terjadi secara drastis, terutama penurunan kadar estrogen dan progesteron, serta peningkatan prolaktin sebagai persiapan menyusui. Gangguan involusi atau *subinvolusi* dapat mengarah pada infeksi postpartum atau perdarahan sekunder (*Smith et al., 2022*). Pemantauan rutin terhadap suhu tubuh, perdarahan, dan tanda vital selama periode ini menjadi indikator penting dalam deteksi dini komplikasi.

Selain pemulihan fisik, aspek psikologis masa nifas memiliki peran besar terhadap kesejahteraan ibu dan keberhasilan menyusui. Banyak ibu mengalami *baby blues* yang berlangsung selama beberapa hari setelah melahirkan, dan sebagian kecil berisiko mengalami depresi postpartum. Faktor risiko meliputi riwayat gangguan jiwa, kurangnya dukungan sosial, dan stres selama kehamilan. Intervensi psikososial seperti konseling atau dukungan kelompok terbukti menurunkan prevalensi gangguan mental pasca-persalinan (*Biaggi et al., 2021*). Perhatian terhadap aspek ini krusial agar ibu dapat berfungsi optimal dalam merawat bayi.

Menyusui merupakan bagian integral dari masa nifas yang tidak hanya memberi nutrisi ideal untuk bayi, tetapi juga membantu pemulihan ibu. Inisiasi menyusui dini dalam satu jam pertama kehidupan terbukti menurunkan angka kematian neonatal. Proses menyusui memicu pelepasan hormon oksitosin yang mempercepat involusi uterus dan mengurangi risiko perdarahan postpartum. ASI juga mengandung antibodi dan enzim penting yang membentuk kekebalan awal bayi terhadap infeksi. Keberhasilan menyusui sangat dipengaruhi oleh posisi pelekatan yang benar, frekuensi menyusui, dan dukungan dari tenaga kesehatan (*Thibeau et al., 2020*).

Produksi ASI dipengaruhi oleh hormon prolaktin (produksi) dan oksitosin (pengeluaran), serta faktor psikologis dan gizi ibu. Pemberian ASI eksklusif selama enam bulan pertama dianjurkan oleh WHO dan terbukti mendukung pertumbuhan optimal serta perkembangan kognitif anak. Tantangan menyusui seperti puting lecet, bendungan payudara, atau mastitis perlu diatasi dengan edukasi dan bantuan klinis agar tidak mengganggu kelanjutan pemberian ASI (*Brown et al., 2021*). Lingkungan yang mendukung, termasuk peran

pasangan, keluarga, dan komunitas, juga sangat penting dalam mempertahankan keberhasilan menyusui.

Dalam praktik kebidanan, masa nifas harus menjadi fokus pelayanan yang holistik, bukan hanya pemulihan luka fisik. Pelayanan masa nifas mencakup pemantauan kesehatan ibu dan bayi, bimbingan menyusui, konseling keluarga berencana, serta edukasi perawatan bayi. Model *continuity of care* dalam pelayanan kebidanan telah terbukti meningkatkan pengalaman ibu, mencegah komplikasi, dan mendukung kesehatan jangka panjang (Sandall et al., 2019). Integrasi antara layanan klinis dan dukungan komunitas menjadi pendekatan yang efektif dalam mengatasi kesenjangan akses layanan pascapersalinan di berbagai wilayah.

Pelayanan menyusui tidak dapat dilepaskan dari kebijakan kesehatan masyarakat. Negara-negara dengan program dukungan menyusui, seperti cuti melahirkan yang cukup, ruang laktasi di tempat kerja, dan kampanye edukatif, menunjukkan tingkat keberhasilan ASI eksklusif yang lebih tinggi. Menyusui adalah investasi kesehatan jangka panjang bagi populasi dan memerlukan dukungan lintas sektor, termasuk kebijakan, tenaga kesehatan, dan masyarakat luas. Penekanan pada masa nifas dan menyusui secara terpadu bukan hanya penting untuk kesehatan ibu dan bayi, tetapi juga untuk membentuk dasar generasi yang sehat dan produktif (Rollins et al., 2023).

D. Menopause dan Perubahan Fisiologisnya

Menopause adalah fase akhir dari siklus reproduksi perempuan yang ditandai dengan berhentinya menstruasi secara permanen akibat penurunan fungsi ovarium. Diagnosis menopause umumnya ditegakkan setelah seorang perempuan tidak mengalami menstruasi

selama 12 bulan berturut-turut tanpa penyebab patologis. Usia rata-rata menopause secara global berkisar antara 45–55 tahun, dengan variasi dipengaruhi oleh faktor genetik, gaya hidup, dan status kesehatan (*Dutta et al., 2022*). Proses ini terjadi secara alami akibat habisnya folikel ovarium yang menyebabkan penurunan produksi hormon estrogen dan progesteron, yang berperan besar dalam menjaga fungsi sistem tubuh perempuan.

Perubahan hormonal menjadi pemicu utama berbagai perubahan fisiologis selama dan setelah menopause. Penurunan estrogen menyebabkan disregulasi pada sistem reproduksi, kardiovaskular, muskuloskeletal, dan neuroendokrin. Gejala awal yang paling umum adalah *hot flashes*, berkeringat malam, insomnia, dan perubahan suasana hati. Fluktuasi hormon juga memengaruhi fungsi neurotransmitter seperti serotonin dan dopamin yang berdampak pada emosi dan kognisi (*Wang et al., 2020*). Transisi menuju menopause (perimenopause) ditandai dengan siklus menstruasi yang tidak teratur serta penurunan kesuburan, yang berlangsung selama 2–8 tahun sebelum menopause terjadi secara permanen.

Sistem reproduksi mengalami atrofi progresif. Dinding vagina menipis, kehilangan elastisitas, dan produksi lubrikan alami menurun akibat defisiensi estrogen, menyebabkan gejala *vaginal atrophy* atau *genitourinary syndrome of menopause*. Selain itu, penurunan estrogen berpengaruh terhadap kepadatan tulang, meningkatkan risiko osteoporosis dan patah tulang, terutama pada wanita dengan indeks massa tubuh rendah atau defisiensi kalsium (*Shanbhogue et al., 2021*). Sistem kardiovaskular juga terdampak dengan meningkatnya risiko hipertensi dan dislipidemia karena perubahan profil lipid darah pascamenopause.

Menopause juga memengaruhi metabolisme tubuh, dengan kecenderungan meningkatnya akumulasi lemak visceral dan menurunnya massa otot. Kondisi ini disebut *sarcopenic obesity*, yaitu kombinasi antara hilangnya massa otot dan peningkatan lemak tubuh yang meningkatkan risiko sindrom metabolik. Selain itu, resistensi insulin lebih sering terjadi setelah menopause, yang berkontribusi pada perkembangan diabetes tipe 2 (*Leeners et al., 2020*). Perubahan ini menandai perlunya penyesuaian pola makan dan aktivitas fisik agar tetap menjaga kesehatan metabolik.

Perubahan neurokognitif seperti *brain fog*, gangguan konsentrasi, dan memori jangka pendek juga umum terjadi pada perempuan menopause. Mekanisme utamanya berhubungan dengan penurunan estrogen yang memiliki efek protektif terhadap jaringan otak, khususnya hippocampus dan korteks prefrontal. Sejumlah penelitian menunjukkan bahwa menopause dapat meningkatkan risiko demensia dan penyakit Alzheimer pada perempuan yang memiliki predisposisi genetik atau gaya hidup sedentari (*Mosconi et al., 2021*). Oleh sebab itu, intervensi gaya hidup sehat dan stimulasi mental disarankan untuk menjaga fungsi kognitif.

Intervensi medis yang paling umum digunakan untuk mengatasi gejala menopause adalah *hormone replacement therapy* (HRT). Terapi ini terbukti efektif mengurangi gejala vasomotor dan memperbaiki kesehatan vagina serta mencegah osteoporosis. Namun, penggunaan HRT jangka panjang memerlukan evaluasi risiko individual, karena dapat meningkatkan risiko kanker payudara, tromboemboli, dan stroke pada kelompok tertentu (*Santen et al., 2022*). Alternatif non-hormonal seperti terapi kognitif, modifikasi gaya hidup, dan fitoterapi juga digunakan, terutama untuk perempuan dengan kontraindikasi terhadap HRT.

Menopause bukanlah suatu penyakit, melainkan fase fisiologis alami yang menandai akhir dari kapasitas reproduktif. Penanganan yang komprehensif mencakup edukasi, perubahan gaya hidup, dukungan psikososial, serta akses pada layanan kesehatan yang ramah lansia. Perspektif *positive aging* dan pendekatan berbasis gender menjadi penting dalam merespons tantangan menopause sebagai bagian dari kualitas hidup perempuan paruh baya (Santoro et al., 2021). Dengan pemahaman yang tepat, menopause dapat dilalui dengan sehat, bermakna, dan produktif.

E. Rangkuman

Bab ini menguraikan proses reproduksi manusia dalam kerangka siklus kehidupan. Tahapan dimulai dari konsepsi yang melibatkan fertilisasi ovum oleh spermatozoa di tuba falopi, pembentukan zigot, hingga implantasi embrio. Kehamilan dibagi dalam tiga trimester, masing-masing dengan karakteristik perkembangan janin dan adaptasi tubuh ibu. Persalinan merupakan hasil sinergi hormonal dan fisik yang terbagi dalam tiga kala, didukung alat monitoring seperti partograf. Masa nifas mencakup pemulihan fisiologis, psikologis, dan inisiasi menyusui. Proses menyusui terbukti penting dalam mendukung imunitas bayi dan pemulihan uterus ibu. Menopause menandai akhir fungsi reproduksi perempuan dengan berbagai perubahan hormonal yang berdampak pada kesehatan tulang, kognisi, dan metabolisme. Bab ini menekankan pentingnya pendekatan holistik dan interdisipliner dalam pelayanan kesehatan reproduksi sepanjang siklus kehidupan perempuan.

F. Latihan

Soal

1. Jelaskan proses konsepsi dan peran chemotaxis dalam perjalanan spermatozoa menuju ovum!
2. Uraikan perubahan hormonal yang terjadi selama trimester pertama kehamilan dan fungsinya bagi perkembangan embrio!
3. Apa saja perubahan fisiologis dan psikologis yang dialami ibu selama masa nifas dan bagaimana kaitannya dengan keberhasilan menyusui?
4. Paparkan perubahan sistem tubuh yang umum terjadi selama menopause dan dampaknya terhadap kesehatan perempuan!
5. Mengapa pendekatan humanistik dan berbasis bukti penting dalam praktik persalinan? Sertakan contohnya!

Jawaban

1. Konsepsi terjadi saat spermatozoa membuahi ovum membentuk zigot di tuba falopi. Chemotaxis adalah mekanisme di mana sel telur mengeluarkan sinyal kimia yang memandu sperma menuju lokasi fertilisasi. Hanya sekitar 200 dari 200 juta sperma yang mencapai tuba falopi, dan satu sperma menembus zona pellucida ovum untuk memulai reaksi kortikal yang mencegah polispermi.
2. Pada trimester pertama, terjadi lonjakan hormon *hCG* yang mempertahankan korpus luteum agar terus memproduksi progesteron. Progesteron menebalkan endometrium dan

menghambat kontraksi uterus. Estrogen juga meningkat untuk mendukung pertumbuhan rahim dan plasenta. Kedua hormon ini vital untuk implantasi dan mencegah keguguran dini.

3. Selama masa nifas, uterus mengalami involusi untuk kembali ke ukuran normal dan hormon prolaktin meningkat guna merangsang produksi ASI. Secara psikologis, ibu rentan mengalami baby blues atau depresi postpartum. Gangguan ini dapat menghambat proses menyusui dan keterikatan ibu-anak, sehingga dukungan sosial dan edukasi sangat penting.
4. Menopause memicu penurunan estrogen dan progesteron, menyebabkan gangguan vasomotor (hot flashes), atrophy vagina, osteoporosis, dislipidemia, dan perubahan kognitif. Dampaknya bisa serius seperti peningkatan risiko fraktur, penyakit kardiovaskular, serta penurunan kualitas hidup jika tidak dikelola dengan baik melalui intervensi gaya hidup atau terapi medis.
5. Pendekatan humanistik menekankan persetujuan, kenyamanan, dan partisipasi aktif ibu dalam proses persalinan. Contohnya, tidak melakukan episiotomi atau induksi tanpa indikasi klinis. Pendekatan ini terbukti menurunkan trauma kelahiran dan meningkatkan kepuasan ibu terhadap layanan kesehatan, sejalan dengan konsep *respectful maternity care*.

BAB V

KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA

Masa remaja merupakan fase transisi penting dari anak-anak menuju dewasa yang ditandai oleh perubahan fisik, psikologis, dan sosial, termasuk dalam aspek reproduksi. Pada periode ini, remaja mulai mengalami kematangan seksual yang mempengaruhi cara pandang dan perilaku terhadap tubuh dan relasi sosialnya. Pemahaman yang tepat tentang kesehatan reproduksi menjadi krusial untuk mencegah risiko seperti kehamilan tidak diinginkan, infeksi menular seksual, hingga gangguan kesehatan mental.

- **Tujuan Pembelajaran**

- Menjelaskan ciri khas sistem reproduksi pada masa remaja secara biologis, psikologis, dan sosial.
- Mengidentifikasi berbagai permasalahan reproduksi yang umum terjadi pada remaja beserta dampaknya.
- Menjelaskan pentingnya pendidikan seksual komprehensif dalam mendukung kesehatan reproduksi remaja.
- Menganalisis pendekatan promotif dan preventif dalam rangka meningkatkan kesehatan reproduksi remaja.
- Menyusun strategi intervensi berbasis bukti dan lintas sektor untuk menanggulangi risiko kesehatan reproduksi pada remaja.

A. Ciri Khas Reproduksi pada Masa Remaja

Masa remaja ditandai oleh kemunculan kematangan seksual sebagai bagian dari proses biologis yang dikenal sebagai *pubertas*. Proses ini dikendalikan oleh aktivasi aksis hipotalamus-hipofisis-gonad yang memicu pelepasan hormon gonadotropin, yaitu luteinizing hormone (*LH*) dan follicle-stimulating hormone (*FSH*), yang selanjutnya merangsang produksi hormon seks utama seperti estrogen dan testosteron (Mayer et al., 2022). Akibatnya, remaja mengalami perubahan morfologis seperti pertumbuhan payudara pada perempuan dan pembesaran testis pada laki-laki, yang merupakan indikator awal fungsi sistem reproduksi mulai aktif.

Perubahan hormonal tersebut mempengaruhi fungsi organ reproduksi primer dan sekunder, termasuk munculnya menstruasi pertama (*menarche*) pada perempuan dan mimpi basah (*nocturnal emission*) pada laki-laki. Fungsi biologis ini menunjukkan kesiapan organ reproduksi untuk bereproduksi, meskipun secara psikososial remaja belum sepenuhnya matang (Salvador et al., 2020). Pemahaman mengenai perbedaan kematangan biologis dan psikologis ini penting dalam memberikan edukasi reproduksi yang kontekstual dan relevan dengan perkembangan remaja.

Ciri khas lain dari reproduksi remaja adalah fluktuasi hormonal yang memengaruhi stabilitas emosi dan perilaku. Hormon seks yang meningkat berpengaruh terhadap aktivitas neurotransmitter otak seperti dopamin dan serotonin, yang mengatur emosi, motivasi, dan impulsivitas. Hal ini menjelaskan kecenderungan remaja untuk bereksperimen dalam relasi seksual tanpa mempertimbangkan risiko jangka panjang, seperti infeksi menular seksual (*IMS*) atau kehamilan yang tidak diinginkan (Chandra-Mouli et al., 2019). Oleh karena itu,

pendidikan seksual komprehensif menjadi kebutuhan mendesak dalam strategi promosi kesehatan remaja.

Aspek sosial juga menjadi bagian integral dari dinamika reproduksi pada masa remaja. Norma budaya dan tekanan kelompok sebaya seringkali memengaruhi sikap dan pilihan perilaku seksual. Di banyak masyarakat, pembicaraan tentang seksualitas dianggap tabu, sehingga remaja mencari informasi dari sumber yang kurang dapat dipertanggungjawabkan seperti media sosial atau teman sebaya (Kågesten et al., 2021). Ketidaktepatan informasi ini memperbesar risiko kesalahpahaman tentang fungsi reproduksi dan perilaku seksual yang sehat. Pelibatan keluarga, sekolah, dan institusi kesehatan menjadi penting dalam mendukung pembentukan pemahaman yang benar dan aman.

Dari sisi psikologis, ciri khas reproduksi remaja berkaitan dengan pencarian identitas diri dan eksplorasi peran gender. Remaja mulai mengkonstruksi identitas seksualnya yang dipengaruhi oleh faktor biologis, sosial, dan kognitif. Proses ini rentan terhadap gangguan seperti *body image distortion*, kecemasan terhadap performa seksual, atau bahkan krisis identitas gender (Kenny et al., 2020). Pendekatan kesehatan mental yang terintegrasi dengan edukasi reproduksi dapat membantu remaja menjalani fase ini dengan lebih sehat dan percaya diri.

Penting pula untuk memahami bahwa perkembangan sistem reproduksi pada masa remaja tidak selalu linear. Beberapa individu mengalami *pubertas dini* atau *tertunda* karena faktor genetik, nutrisi, dan stresor lingkungan. Pubertas dini berisiko meningkatkan paparan terhadap pengalaman seksual yang terlalu dini, sedangkan pubertas tertunda dapat menimbulkan tekanan psikologis akibat perasaan

inferior (Sisk & Zehr, 2021). Layanan kesehatan remaja perlu mengakomodasi keberagaman ini dengan pendekatan yang sensitif dan tidak menghakimi.

Mengenali karakteristik reproduksi pada masa remaja bukan hanya penting dari sisi biologis, tetapi juga menyangkut hak kesehatan remaja atas informasi dan pelayanan yang aman, akurat, dan tidak diskriminatif. Pendekatan interdisipliner yang menggabungkan ilmu kedokteran, psikologi perkembangan, dan sosiologi dibutuhkan untuk merancang intervensi kesehatan reproduksi yang responsif terhadap kebutuhan remaja. Investasi pada kesehatan reproduksi remaja akan memberikan dampak jangka panjang terhadap kualitas generasi mendatang.

B. Permasalahan Reproduksi pada Remaja

Permasalahan reproduksi pada remaja merupakan isu multidimensional yang mencakup aspek biologis, psikologis, sosial, dan kultural. Transisi menuju kematangan seksual sering kali tidak dibarengi dengan kesiapan pengetahuan dan sikap yang sehat terhadap tubuh dan relasi interpersonal. Ketidaksiapan ini menimbulkan beragam tantangan seperti kehamilan di luar nikah, infeksi menular seksual (*IMS*), gangguan menstruasi, pelecehan seksual, hingga krisis identitas seksual. Kompleksitas ini menuntut pendekatan lintas sektor yang tidak hanya menekankan aspek medis, tetapi juga pendidikan dan perlindungan sosial yang kuat (Azzopardi et al., 2021).

Salah satu permasalahan paling krusial adalah kehamilan yang tidak direncanakan. Remaja perempuan yang hamil sering mengalami penolakan sosial, putus sekolah, dan risiko komplikasi kehamilan karena tubuh mereka belum sepenuhnya matang untuk proses

persalinan (Neal et al., 2020). Kehamilan remaja juga berdampak pada kualitas hidup jangka panjang ibu dan anak, termasuk tingginya angka kemiskinan dan keterbatasan akses layanan kesehatan. Pendidikan seks berbasis bukti dan layanan kesehatan ramah remaja menjadi intervensi yang penting untuk menekan laju kejadian ini.

Infeksi menular seksual juga menjadi ancaman yang serius. Remaja memiliki kerentanan fisiologis yang lebih tinggi terhadap IMS, seperti klamidia, gonore, hingga *human papillomavirus* (HPV). Kurangnya pemahaman tentang metode perlindungan diri, ditambah dengan norma sosial yang menghambat komunikasi tentang seksualitas, memperparah penyebaran IMS pada kelompok usia ini (Mbizvo et al., 2019). Dalam banyak kasus, IMS pada remaja tidak terdiagnosis atau diobati, sehingga berdampak pada kesuburan di masa mendatang. Pemberdayaan remaja untuk melakukan deteksi dini dan vaksinasi HPV merupakan strategi pencegahan yang direkomendasikan oleh para ahli.

Permasalahan lain yang sering muncul adalah gangguan menstruasi pada remaja perempuan, seperti *dismenore* (nyeri haid), *amenore* (tidak menstruasi), atau siklus yang tidak teratur. Masalah ini sering dianggap normal dan diabaikan, padahal bisa menjadi indikator ketidakseimbangan hormonal atau kondisi reproduksi yang serius seperti *polycystic ovary syndrome* (PCOS). Gangguan ini dapat berdampak pada kesehatan psikologis, performa akademik, dan kepercayaan diri remaja (AlQuaiz et al., 2021). Layanan kesehatan reproduksi yang menyediakan edukasi dan pemeriksaan rutin penting untuk mendeteksi masalah sejak dini.

Pelecehan dan kekerasan seksual juga menjadi tantangan yang sangat signifikan. Banyak remaja mengalami pelecehan dari orang

yang mereka kenal, termasuk di lingkungan keluarga dan sekolah. Minimnya pemahaman tentang hak tubuh dan kurangnya mekanisme perlindungan memperparah trauma yang dialami korban (Madigan et al., 2022). Dampaknya mencakup gangguan psikologis jangka panjang seperti depresi, *post-traumatic stress disorder* (PTSD), dan gangguan hubungan interpersonal. Strategi pencegahan perlu melibatkan pendekatan hukum, pendidikan berbasis hak, serta penyediaan ruang aman untuk pelaporan.

Isu kesehatan mental juga tidak bisa dilepaskan dari permasalahan reproduksi remaja. Remaja yang mengalami pubertas dini, gangguan identitas gender, atau disfungsi seksual sering mengalami tekanan emosional yang signifikan. Mereka berisiko lebih tinggi terhadap perundungan (*bullying*), isolasi sosial, dan bahkan percobaan bunuh diri (Marques et al., 2020). Sayangnya, stigma terhadap isu kesehatan mental masih tinggi sehingga banyak remaja enggan mencari bantuan. Pendekatan integratif antara layanan psikologi dan kesehatan reproduksi menjadi krusial dalam menangani masalah ini secara holistik.

Keterbatasan akses terhadap informasi yang benar juga memperparah berbagai permasalahan reproduksi remaja. Informasi yang tersebar di media sosial sering kali tidak akurat atau bahkan berbahaya. Tanpa literasi digital dan kesehatan yang memadai, remaja mudah terjebak dalam mitos, seperti kepercayaan bahwa kontrasepsi menyebabkan infertilitas atau bahwa menstruasi adalah hal yang tabu untuk dibahas (Svanemyr et al., 2020). Edukasi berbasis sekolah dan komunitas harus diarahkan pada penguatan kapasitas remaja dalam menyaring informasi serta mengambil keputusan yang sehat terkait tubuh mereka.

Menyikapi beragam permasalahan ini, diperlukan sinergi lintas sektor—pendidikan, kesehatan, keluarga, dan masyarakat—untuk menciptakan sistem yang mendukung kesehatan reproduksi remaja secara berkelanjutan. Layanan kesehatan ramah remaja, kurikulum pendidikan seksual komprehensif, dan regulasi perlindungan anak dan remaja harus berjalan seiring. Investasi pada kesehatan reproduksi remaja bukan hanya persoalan medis, tetapi juga investasi strategis bagi kualitas sumber daya manusia di masa depan.

C. Pendidikan Seksual dan Kesehatan Reproduksi Remaja

Pendidikan seksual dan kesehatan reproduksi merupakan pilar utama dalam upaya meningkatkan kualitas hidup remaja. Remaja berada dalam fase eksploratif yang ditandai oleh pertumbuhan fisik, pencarian identitas, serta peningkatan minat terhadap hubungan interpersonal. Pendidikan yang komprehensif tentang seksualitas dan fungsi reproduksi memungkinkan remaja membuat keputusan yang aman, bertanggung jawab, dan bermartabat dalam menghadapi tantangan perkembangan mereka. Pendekatan edukatif yang menyeluruh tidak hanya fokus pada aspek biologis, tetapi juga menyentuh dimensi emosional, sosial, dan etika yang menyertainya (Lindberg et al., 2020).

Pendidikan seksual yang efektif harus berbasis sains, berbasis hak, dan relevan dengan konteks sosial remaja. Kurikulum pendidikan semacam ini mencakup pemahaman mengenai sistem reproduksi, pubertas, kontrasepsi, infeksi menular seksual, persetujuan dalam hubungan, hingga dinamika gender. Di berbagai negara, program *Comprehensive Sexuality Education* (CSE) terbukti menurunkan perilaku seksual berisiko dan meningkatkan keterampilan pengambilan keputusan remaja (Chandra-Mouli et al., 2021). Model

CSE menghindari pendekatan dogmatis dan berfokus pada pemberdayaan remaja melalui pengetahuan dan nilai.

Salah satu tantangan utama dalam pelaksanaan pendidikan seksual adalah resistensi budaya dan norma sosial. Banyak masyarakat yang masih menganggap pembicaraan mengenai seksualitas sebagai hal yang tabu, sehingga menolak pendidikan seksual di sekolah atau rumah. Hal ini berakibat pada ketidaksiapan remaja menghadapi situasi seperti tekanan teman sebaya, pelecehan seksual, atau pengalaman pertama berhubungan intim (Ketting et al., 2021). Untuk mengatasi hambatan ini, pendekatan pendidikan seksual perlu disesuaikan dengan nilai lokal dan melibatkan partisipasi aktif orang tua, guru, serta pemuka masyarakat.

Kualitas tenaga pendidik menjadi faktor penentu keberhasilan pendidikan seksual remaja. Guru yang tidak memiliki pelatihan khusus atau merasa canggung membahas isu sensitif cenderung menyampaikan materi secara terbatas dan normatif. Pelatihan guru yang intensif, berbasis modul interaktif, dan berorientasi pada pendekatan partisipatif terbukti mampu meningkatkan kenyamanan dalam menyampaikan materi seksual secara objektif dan profesional (Goldfarb & Lieberman, 2021). Di sisi lain, remaja juga memerlukan akses terhadap tenaga kesehatan dan konselor yang memahami dinamika psikososial usia mereka.

Penggunaan media digital dan teknologi informasi dapat menjadi alat strategis dalam menyampaikan pendidikan seksual kepada remaja. Aplikasi mobile, video edukatif, dan platform daring memungkinkan penyebaran informasi yang akurat dan menarik, terutama bagi remaja yang sulit menjangkau layanan kesehatan konvensional. Namun, penting untuk memverifikasi kredibilitas sumber agar tidak terjadi

penyebaran mitos atau informasi keliru yang dapat menyesatkan remaja (Widman et al., 2019). Kolaborasi antara lembaga pendidikan dan sektor teknologi sangat potensial dalam merancang program edukasi digital yang tepat sasaran.

Pendidikan seksual juga berperan dalam pencegahan kekerasan berbasis gender dan pelecehan seksual. Remaja yang memahami konsep persetujuan, hak tubuh, dan kesetaraan gender lebih mampu menetapkan batasan dalam relasi dan mengenali bentuk kekerasan sejak dini. Literasi ini penting dalam membentuk generasi yang menghargai martabat individu serta menjunjung prinsip keadilan dalam relasi sosial (Schutte et al., 2022). Oleh sebab itu, pendidikan seksual tidak boleh dipisahkan dari pendekatan perlindungan anak dan penguatan nilai-nilai hak asasi manusia.

Pendidikan seksual dan kesehatan reproduksi yang menyeluruh adalah bagian dari hak dasar remaja untuk memperoleh informasi dan layanan yang mendukung perkembangan sehat mereka. Implementasi pendidikan seksual harus bersifat lintas sektoral—melibatkan institusi pendidikan, layanan kesehatan, organisasi pemuda, hingga pembuat kebijakan. Ketika remaja diberikan informasi yang benar dan dukungan yang memadai, mereka akan lebih siap menghadapi kompleksitas masa remaja dan menjadi individu dewasa yang sehat, bertanggung jawab, dan mandiri.

D. Upaya Promotif dan Preventif dalam Kesehatan Reproduksi Remaja

Upaya promotif dan preventif dalam kesehatan reproduksi remaja menjadi bagian vital dari strategi pembangunan sumber daya manusia yang sehat dan berdaya. Remaja merupakan kelompok populasi

dengan dinamika fisik dan psikososial yang kompleks, serta rentan terhadap risiko seperti kehamilan yang tidak diinginkan, infeksi menular seksual, hingga pelecehan seksual. Oleh karena itu, strategi intervensi yang bersifat promotif dan preventif harus dirancang secara sistemik, berkelanjutan, dan berbasis bukti ilmiah, guna menciptakan lingkungan yang mendukung pertumbuhan remaja secara optimal (Bearinger et al., 2020).

Pendekatan promotif difokuskan pada peningkatan kapasitas remaja agar mampu membuat keputusan yang sehat dan bertanggung jawab terkait fungsi reproduksi mereka. Ini mencakup edukasi kesehatan seksual komprehensif, penguatan keterampilan hidup (*life skills*), serta promosi kesetaraan gender dan hak tubuh. Kegiatan promosi juga dapat dilakukan melalui media sosial, kampanye komunitas, serta pelibatan peer educator yang seumur dan sebaya sehingga lebih mudah diterima oleh remaja (Kågesten et al., 2021). Upaya ini harus diintegrasikan ke dalam kurikulum sekolah dan aktivitas di luar kelas secara sistematis.

Sementara itu, upaya preventif bertujuan mencegah terjadinya risiko kesehatan reproduksi pada remaja melalui deteksi dini, vaksinasi, serta pembentukan sistem perlindungan remaja. Salah satu langkah preventif paling krusial adalah pemberian vaksin *Human Papillomavirus* (HPV) untuk mencegah kanker serviks, yang idealnya diberikan sebelum remaja memasuki masa aktivitas seksual (Bruni et al., 2019). Selain itu, pemeriksaan rutin kesehatan reproduksi yang dilakukan secara sukarela dan ramah remaja sangat diperlukan untuk mengidentifikasi dini infeksi menular seksual atau gangguan hormonal lainnya.

Intervensi promotif dan preventif juga harus mempertimbangkan keterlibatan orang tua dan komunitas. Banyak studi menekankan bahwa komunikasi terbuka antara remaja dan orang tua terkait isu seksual dan reproduksi dapat menurunkan perilaku seksual berisiko dan memperkuat rasa percaya diri dalam membuat keputusan (Widman et al., 2020). Oleh karena itu, pelatihan bagi orang tua dan tokoh masyarakat tentang cara memberikan dukungan dan informasi kepada remaja menjadi bagian penting dari pendekatan preventif yang komprehensif.

Fasilitas layanan kesehatan yang ramah remaja menjadi komponen krusial dalam mendukung intervensi promotif dan preventif. Fasilitas tersebut harus menjamin kerahasiaan, aksesibilitas, dan keterjangkauan, serta didukung oleh tenaga kesehatan yang terlatih dalam komunikasi sensitif terhadap usia dan budaya remaja. Pelayanan ini tidak hanya terbatas pada pemeriksaan fisik, tetapi juga konseling psikososial, konseling pra-nikah, serta edukasi berkelanjutan yang sesuai dengan kebutuhan remaja (Mazur et al., 2021). Kolaborasi antara sekolah dan pusat layanan kesehatan juga dapat memperluas jangkauan edukasi serta deteksi dini masalah kesehatan reproduksi.

Pendekatan berbasis digital juga menjadi instrumen penting dalam pelaksanaan program promotif dan preventif. Penggunaan aplikasi edukatif, *chatbot*, dan platform media sosial memungkinkan penyampaian pesan kesehatan dengan cara yang lebih interaktif, personal, dan sesuai gaya hidup remaja. Namun, penting untuk memastikan bahwa konten yang disampaikan sudah terverifikasi oleh institusi kesehatan atau akademik, agar tidak menimbulkan disinformasi yang justru membahayakan (Ahinkorah et al., 2020).

Teknologi juga dapat digunakan untuk memfasilitasi rujukan layanan dan sistem pelaporan kasus kekerasan secara aman.

Evaluasi efektivitas program promotif dan preventif menjadi indikator penting dalam keberlanjutan intervensi. Evaluasi dapat dilakukan melalui survei pengetahuan, sikap, dan praktik (PSP), angka partisipasi remaja dalam kegiatan edukatif, maupun data epidemiologi terkait kehamilan remaja dan IMS. Hasil evaluasi ini kemudian digunakan untuk menyusun kebijakan dan perbaikan program yang lebih kontekstual. Pemerintah, organisasi non-pemerintah, dan institusi pendidikan perlu bersinergi untuk memastikan bahwa upaya promotif dan preventif benar-benar menjangkau seluruh segmen remaja, termasuk yang berada di wilayah terpencil atau kelompok rentan lainnya.

Upaya promotif dan preventif dalam kesehatan reproduksi remaja tidak dapat berjalan efektif jika dilakukan secara parsial. Diperlukan komitmen lintas sektor yang kuat, regulasi yang berpihak pada hak remaja, serta anggaran yang cukup untuk pengembangan program jangka panjang. Ketika remaja dibekali dengan pengetahuan, layanan, dan lingkungan yang mendukung, maka mereka akan mampu menjalani fase perkembangan reproduktif dengan aman, sehat, dan bermartabat, sekaligus menjadi agen perubahan dalam menciptakan generasi masa depan yang unggul.

E. Rangkuman

Bab ini membahas kesehatan reproduksi remaja sebagai isu penting dalam transisi menuju kedewasaan yang melibatkan perubahan fisik, psikologis, dan sosial. Ciri khas masa remaja ditandai dengan kematangan seksual melalui proses pubertas, dipicu oleh

aktivasi hormon LH dan FSH, yang menyebabkan perubahan pada organ reproduksi primer dan sekunder. Perubahan hormonal ini juga berdampak pada kestabilan emosi dan kecenderungan perilaku seksual berisiko. Di sisi lain, tekanan budaya dan kurangnya akses informasi yang benar membuat remaja rawan terhadap miskonsepsi dan pengambilan keputusan yang keliru terkait seksualitas.

Permasalahan kesehatan reproduksi pada remaja meliputi kehamilan tidak direncanakan, infeksi menular seksual (IMS), gangguan menstruasi, pelecehan seksual, hingga gangguan kesehatan mental. Berbagai tantangan tersebut memerlukan pendekatan holistik yang tidak hanya mencakup aspek medis, tetapi juga pendidikan, perlindungan hukum, dan layanan psikososial yang ramah remaja.

Pendidikan seksual yang komprehensif menjadi strategi utama dalam mempersiapkan remaja menghadapi dinamika reproduksi. Model pendidikan ini berbasis sains, berbasis hak, dan disesuaikan dengan nilai-nilai lokal, serta melibatkan guru, orang tua, dan tenaga profesional. Selain itu, pendekatan promotif dan preventif dilakukan melalui edukasi kesehatan, vaksinasi HPV, pemeriksaan rutin, serta penggunaan media digital sebagai alat edukasi yang efektif.

Diperlukan kolaborasi multisektor antara institusi pendidikan, layanan kesehatan, keluarga, komunitas, dan pembuat kebijakan untuk menciptakan sistem yang mendukung kesehatan reproduksi remaja secara menyeluruh, adil, dan berkelanjutan.

F. Latihan

Soal

1. Jelaskan proses biologis yang menyebabkan kematangan seksual pada remaja serta perubahan fisik yang menyertainya!
2. Apa saja tantangan utama yang dihadapi remaja dalam menjaga kesehatan reproduksi mereka, dan bagaimana pendekatan lintas sektor dapat membantu mengatasinya?
3. Mengapa pendidikan seksual komprehensif penting bagi remaja? Jelaskan prinsip-prinsip dasar dan tantangan implementasinya!
4. Uraikan perbedaan antara pendekatan promotif dan preventif dalam konteks kesehatan reproduksi remaja, serta contoh konkret dari masing-masing pendekatan!
5. Bagaimana peran teknologi digital dapat dimanfaatkan secara optimal dalam promosi dan edukasi kesehatan reproduksi remaja?

Jawaban

1. **Kematangan seksual** pada remaja dipicu oleh aktivasi aksis hipotalamus-hipofisis-gonad yang melepaskan hormon LH dan FSH. Kedua hormon ini merangsang produksi estrogen dan testosteron yang menyebabkan perubahan seperti menarche pada perempuan, mimpi basah pada laki-laki, pertumbuhan payudara, pembesaran testis, serta perubahan suara dan pertumbuhan rambut tubuh.

2. Tantangan utama remaja meliputi kehamilan tidak direncanakan, IMS, pelecehan seksual, dan gangguan psikologis. Pendekatan lintas sektor seperti edukasi seksual di sekolah, layanan kesehatan ramah remaja, pelibatan keluarga, dan dukungan komunitas dapat membantu menciptakan sistem dukungan yang komprehensif dan efektif dalam menjaga kesehatan reproduksi remaja.
3. Pendidikan seksual komprehensif penting karena memberikan remaja informasi ilmiah yang benar, memperkuat kemampuan pengambilan keputusan, dan mencegah risiko kesehatan reproduksi. Prinsip dasarnya adalah berbasis sains, hak, dan sesuai konteks sosial. Tantangannya termasuk resistensi budaya, keterbatasan pelatihan guru, dan kurangnya dukungan dari orang tua atau komunitas.
4. Pendekatan **promotif** fokus pada pemberdayaan remaja melalui edukasi dan kampanye, misalnya promosi penggunaan kontrasepsi dan penguatan life skills. Sementara **preventif** bertujuan mencegah risiko, seperti vaksinasi HPV dan pemeriksaan IMS. Keduanya saling melengkapi dalam upaya menjaga kesehatan reproduksi secara menyeluruh.
5. Teknologi digital dapat digunakan untuk menyampaikan informasi kesehatan melalui aplikasi edukatif, video interaktif, dan media sosial. Hal ini efektif menjangkau remaja yang memiliki keterbatasan akses ke layanan konvensional. Namun, penting untuk memastikan informasi tersebut kredibel dan terverifikasi oleh institusi kesehatan agar tidak menimbulkan disinformasi.

BAB VI

MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI DAN HIV/AIDS

Kesehatan reproduksi merupakan aspek penting dalam kesejahteraan individu, namun sering kali dihadapkan pada tantangan serius seperti *Infeksi Menular Seksual* (IMS) dan HIV/AIDS. Kedua isu ini tidak hanya berkaitan dengan kesehatan fisik, tetapi juga menyangkut aspek sosial, psikologis, dan ekonomi. Pemahaman terhadap dinamika IMS dan HIV/AIDS menjadi krusial bagi tenaga kesehatan dan masyarakat luas guna mencegah penyebaran dan dampak yang lebih luas.

- **Tujuan Pembelajaran**

- Menjelaskan jenis-jenis dan penyebab utama Infeksi Menular Seksual (IMS) serta kaitannya dengan kesehatan reproduksi.
- Memahami mekanisme penularan, dampak biologis dan psikososial HIV/AIDS dalam konteks kesehatan reproduksi.
- Menganalisis strategi pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS berbasis edukasi, biomedis, dan kebijakan publik.
- Mengevaluasi peran bidan dalam edukasi, deteksi, pendampingan, dan pencegahan IMS dan HIV/AIDS, khususnya dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak.
- Mengkritisi faktor sosial budaya dan kebijakan yang memengaruhi efektivitas layanan IMS dan HIV/AIDS di masyarakat.

A. Infeksi Menular Seksual (IMS)

Infeksi Menular Seksual (IMS) mencakup berbagai kondisi yang ditularkan melalui hubungan seksual, baik vaginal, anal, maupun oral, serta melalui kontak darah dan cairan tubuh lainnya. Beragam jenis IMS meliputi klamidia, gonore, sifilis, herpes genital, hingga human papillomavirus (HPV). Di seluruh dunia, IMS menjadi masalah kesehatan masyarakat yang signifikan karena tingginya angka kejadian dan potensi komplikasi serius terhadap kesehatan reproduksi, termasuk infertilitas, kehamilan ektopik, dan peningkatan risiko tertular HIV (Teng et al., 2020). Penyebaran IMS sering kali diperparah oleh minimnya kesadaran, stigma sosial, serta keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan seksual yang komprehensif.

Secara global, data menunjukkan bahwa lebih dari satu juta kasus baru IMS terjadi setiap hari pada individu berusia 15–49 tahun. Hal ini menunjukkan urgensi intervensi yang sistematis untuk mengatasi penyebarannya. Faktor risiko utama IMS meliputi perilaku seksual berisiko, seperti hubungan seksual tanpa kondom, berganti pasangan seksual, serta penggunaan narkoba suntik (Unemo et al., 2019). Selain itu, populasi remaja dan kelompok rentan seperti pekerja seks, narapidana, dan populasi LGBT cenderung memiliki prevalensi IMS lebih tinggi akibat keterbatasan layanan, diskriminasi, dan tekanan sosial yang menghambat akses ke informasi kesehatan reproduksi.

Diagnosis dini dan penanganan IMS menjadi elemen vital dalam memutus rantai penularan. Penerapan *syndromic management* banyak digunakan di negara berkembang karena keterbatasan fasilitas laboratorium, meskipun pendekatan ini memiliki keterbatasan dalam akurasi diagnosis (Wi et al., 2022). Sebagai pelengkap, strategi berbasis komunitas dan *point-of-care testing* mulai dikembangkan

untuk meningkatkan deteksi dini, terutama pada populasi marjinal yang tidak terjangkau layanan konvensional. Ketersediaan alat deteksi cepat dan edukasi berbasis teknologi digital menjadi inovasi penting dalam penanganan IMS.

Upaya pencegahan IMS tidak dapat dipisahkan dari pendekatan edukatif dan promotif yang menekankan pada perubahan perilaku seksual yang sehat. Edukasi seksual komprehensif terbukti efektif dalam menurunkan insiden IMS di kalangan remaja dan dewasa muda dengan memberikan informasi yang akurat, keterampilan pengambilan keputusan, serta kesadaran terhadap risiko (Boonstra & Nash, 2020). Pendekatan berbasis sekolah dan komunitas, ditambah peran media sosial dan platform digital, dapat memperluas jangkauan kampanye kesehatan seksual secara lebih inklusif dan adaptif terhadap karakteristik demografi saat ini.

Vaksinasi juga memainkan peran krusial dalam pencegahan IMS tertentu, khususnya HPV. Vaksin HPV telah terbukti signifikan dalam mencegah infeksi yang berpotensi menyebabkan kanker serviks dan penyakit kelamin lainnya (Drolet et al., 2019). WHO merekomendasikan vaksinasi pada remaja perempuan sebelum aktif secara seksual. Namun, tantangan seperti resistensi masyarakat, isu agama dan budaya, serta keterbatasan anggaran publik menjadi kendala implementasi yang harus diatasi melalui pendekatan kebijakan yang inklusif dan berbasis bukti.

Aspek sosial budaya turut memengaruhi dinamika IMS. Stigma terhadap penderita IMS dapat menghambat upaya pengobatan dan pencegahan, karena individu enggan mencari pertolongan medis. Literasi kesehatan seksual yang rendah serta dominasi norma konservatif sering kali menghambat keterbukaan dalam

mendiskusikan isu ini, bahkan dalam lingkungan keluarga dan pendidikan. Oleh karena itu, intervensi berbasis budaya yang sensitif sangat penting dalam menumbuhkan penerimaan sosial terhadap isu kesehatan reproduksi (Ahmed et al., 2021). Partisipasi tokoh agama, pemimpin masyarakat, dan influencer lokal menjadi jembatan penting dalam menyampaikan pesan kesehatan secara efektif.

Kolaborasi lintas sektor menjadi kunci dalam pengendalian IMS secara menyeluruh. Peran pemerintah dalam menyediakan kebijakan yang mendukung layanan kesehatan seksual yang ramah, aman, dan terjangkau, serta peran LSM, akademisi, dan sektor swasta dalam penguatan layanan dan literasi menjadi bagian integral dalam pendekatan holistik. Kebijakan nasional seperti peningkatan anggaran untuk vaksinasi, pelatihan tenaga kesehatan, dan distribusi alat pelindung diri merupakan langkah konkret yang harus terus diperkuat dalam menekan laju penyebaran IMS di tingkat nasional dan global.

B. HIV/AIDS dan Implikasi Reproduksi

Human Immunodeficiency Virus (HIV) merupakan virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh dan dapat berkembang menjadi *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) jika tidak ditangani secara medis. HIV/AIDS tidak hanya menjadi permasalahan kesehatan global, tetapi juga memiliki dampak yang mendalam terhadap aspek reproduksi manusia. Penularannya yang dapat terjadi melalui hubungan seksual tanpa pelindung, transfusi darah, penggunaan jarum suntik bersama, serta dari ibu ke anak selama kehamilan, persalinan, atau menyusui, menempatkan kesehatan reproduksi sebagai aspek krusial dalam upaya pencegahan dan penanggulangan penyakit ini (Beyrer et al., 2021). Perempuan usia produktif, terutama di negara

berkembang, menjadi kelompok yang paling rentan terkena dampaknya.

HIV/AIDS berdampak pada fungsi reproduksi secara langsung maupun tidak langsung. Secara biologis, infeksi HIV dapat memengaruhi siklus menstruasi, mengurangi kesuburan, dan meningkatkan risiko komplikasi kehamilan seperti preeklampsia, abortus, serta infeksi oportunistik pada ibu hamil. Selain itu, penggunaan terapi antiretroviral (ARV) jangka panjang dapat berdampak pada kesehatan organ reproduksi, meskipun secara umum ARV sangat efektif dalam menekan jumlah virus dan memperpanjang harapan hidup (Bungay et al., 2020). Bagi laki-laki, HIV juga dapat menurunkan kualitas sperma dan memengaruhi hormon reproduksi yang berdampak pada potensi fertilitas.

Penularan vertikal dari ibu hamil yang positif HIV ke bayi merupakan salah satu tantangan utama dalam sistem pelayanan kesehatan reproduksi. Tanpa intervensi, risiko penularan dapat mencapai 15–45%, tetapi dengan pemberian ARV kepada ibu hamil dan bayi serta prosedur persalinan yang aman, risiko ini dapat ditekan menjadi di bawah 5% (Nattey et al., 2021). Oleh karena itu, penting bagi program kesehatan masyarakat untuk memperkuat skrining HIV pada ibu hamil sebagai bagian dari layanan antenatal rutin, termasuk konseling pra dan pasca tes, akses pengobatan ARV, serta edukasi berkelanjutan terkait pencegahan penularan.

Secara psikososial, diagnosis HIV memiliki dampak berat terhadap individu, terutama dalam konteks hubungan intim dan keinginan memiliki keturunan. Stigma yang melekat pada ODHA (Orang dengan HIV/AIDS) sering kali menghambat keterbukaan dalam berbicara dengan pasangan, termasuk dalam pengambilan

keputusan terkait reproduksi. Beberapa pasangan bahkan memilih untuk tidak memiliki anak karena takut menularkan virus kepada pasangan atau keturunannya (Moodley et al., 2020). Dalam konteks ini, layanan kesehatan harus mampu menawarkan pendekatan konseling yang komprehensif, ramah, dan berbasis hak, yang memperkuat posisi individu untuk membuat keputusan reproduksi secara sadar dan aman.

Teknologi reproduksi berbantu seperti *sperm washing*, *in vitro fertilization* (IVF), serta penggunaan pre-exposure prophylaxis (PrEP) dan ARV terbukti efektif dalam membantu pasangan serodiscordant (di mana salah satu pasangan HIV positif) untuk memiliki anak dengan risiko minimal terhadap penularan (Ngure et al., 2019). Namun, akses terhadap layanan ini masih terbatas di banyak negara berkembang akibat keterbatasan infrastruktur, biaya tinggi, serta hambatan regulasi dan kebijakan. Pemerataan akses dan peningkatan kesadaran menjadi kunci untuk mendukung hak reproduksi bagi semua, termasuk ODHA.

Pada tataran kebijakan, banyak negara telah mengintegrasikan layanan HIV/AIDS ke dalam sistem kesehatan reproduksi, khususnya pelayanan kesehatan ibu dan anak. Integrasi ini bertujuan untuk memberikan layanan yang berkesinambungan dan menyeluruh, termasuk deteksi dini HIV, pengobatan ARV, kontrasepsi yang sesuai, dan pemantauan kehamilan (WHO, 2021). Tenaga kesehatan perlu dilatih untuk memberikan layanan tanpa diskriminasi, serta mampu mengatasi dinamika sosial dan budaya yang melingkupi isu HIV dan reproduksi, khususnya di komunitas yang masih memandang penyakit ini sebagai aib.

Perlindungan terhadap hak-hak reproduksi ODHA merupakan bagian dari hak asasi manusia yang dijamin secara internasional. Setiap individu, termasuk mereka yang hidup dengan HIV/AIDS, berhak memperoleh informasi, layanan, dan perlindungan hukum atas keputusan reproduksi mereka. Tantangan global saat ini adalah membangun sistem layanan kesehatan yang inklusif dan nondiskriminatif, serta memberdayakan masyarakat untuk berpartisipasi aktif dalam menciptakan lingkungan sosial yang mendukung upaya pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS secara holistik (Pulerwitz et al., 2022).

C. Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS

Pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS merupakan isu strategis dalam agenda kesehatan masyarakat global yang membutuhkan pendekatan multi-level: mulai dari edukasi, intervensi medis, perubahan perilaku, hingga advokasi kebijakan. Sejak pertama kali ditemukan pada awal 1980-an, HIV telah berkembang menjadi pandemi yang menantang sistem kesehatan di berbagai negara, terutama di kawasan Sub-Sahara Afrika dan Asia Tenggara. Strategi pencegahan harus bersifat proaktif, holistik, dan berbasis bukti ilmiah guna menekan angka infeksi baru dan meningkatkan kualitas hidup *Orang dengan HIV/AIDS* (ODHA) (Bekker et al., 2021).

Salah satu pilar utama pencegahan HIV/AIDS adalah edukasi seksual yang komprehensif. Edukasi ini meliputi pengetahuan tentang cara penularan HIV, penggunaan kondom secara konsisten, komunikasi dalam hubungan seksual, dan penghapusan mitos-mitos keliru yang masih melekat di masyarakat. Program edukasi yang disesuaikan dengan konteks lokal, bahasa, budaya, dan usia terbukti efektif dalam meningkatkan kesadaran dan mengubah perilaku

berisiko (Hargreaves et al., 2020). Kampanye berbasis komunitas, sekolah, serta media sosial menjadi saluran penting dalam menyampaikan informasi yang tepat dan mudah diakses.

Selain edukasi, penggunaan *alat pelindung diri* seperti kondom tetap menjadi metode paling efektif untuk mencegah penularan HIV melalui hubungan seksual. Akses terhadap kondom yang terjangkau dan distribusi di lokasi-lokasi strategis sangat diperlukan, termasuk di tempat hiburan, lembaga pemasyarakatan, dan kawasan padat penduduk. Upaya distribusi ini harus diimbangi dengan penguatan promosi perilaku seksual yang sehat dan bebas diskriminasi. Pendekatan berbasis *harm reduction* juga penting untuk populasi yang menggunakan narkoba suntik, seperti melalui program jarum suntik steril dan substitusi metadon (Degenhardt et al., 2021).

Intervensi biomedis seperti penggunaan *Pre-Exposure Prophylaxis* (PrEP) dan *Post-Exposure Prophylaxis* (PEP) telah merevolusi upaya pencegahan HIV. PrEP direkomendasikan bagi individu dengan risiko tinggi, seperti pasangan serodiscordant atau pekerja seks, dan terbukti mampu mengurangi risiko infeksi hingga lebih dari 90% bila dikonsumsi secara konsisten (Spinner et al., 2020). Sementara PEP digunakan dalam situasi darurat pasca pajanan HIV, seperti setelah hubungan seksual berisiko atau kecelakaan kerja medis. Implementasi PrEP dan PEP membutuhkan sistem distribusi yang aman, konseling yang kuat, dan edukasi yang menyeluruh agar penggunaannya efektif.

Salah satu pilar dalam penanggulangan HIV/AIDS adalah *pengujian dan diagnosis dini*. Tes HIV yang cepat dan akurat memungkinkan deteksi infeksi sedini mungkin, sehingga pengobatan dapat segera dimulai. Penguatan layanan *voluntary counseling and*

testing (VCT), *provider-initiated testing*, dan *community-based testing* menjadi penting untuk menjangkau populasi yang enggan atau sulit mengakses layanan kesehatan formal (Sabapathy et al., 2021). Pelayanan tes harus dijamin kerahasiaannya serta dilakukan secara sukarela dan tidak diskriminatif, untuk meningkatkan partisipasi masyarakat secara luas.

Terapi Antiretroviral (ARV) merupakan fondasi utama dalam penanggulangan HIV/AIDS. ARV tidak hanya memperpanjang harapan hidup ODHA, tetapi juga menurunkan *viral load* hingga tidak terdeteksi, yang secara efektif menghilangkan potensi penularan kepada orang lain—konsep ini dikenal dengan istilah *Undetectable = Untransmittable* (U=U). Namun, tantangan seperti keteraturan konsumsi, efek samping, resistensi obat, serta stigma terhadap pengguna ARV masih menjadi penghambat utama efektivitas terapi ini (Rodger et al., 2019). Dukungan psikososial, akses mudah terhadap obat, serta monitoring berkala harus menjadi bagian tak terpisahkan dari layanan HIV terpadu.

Pendekatan struktural dan kebijakan publik juga memegang peranan penting. Regulasi yang melindungi hak ODHA, termasuk akses terhadap pelayanan kesehatan, pekerjaan, dan pendidikan, harus ditegakkan untuk menghindari diskriminasi. Pemerintah perlu mengalokasikan anggaran yang memadai untuk program HIV, termasuk subsidi ARV, pelatihan tenaga medis, dan riset pengembangan vaksin serta pengobatan lanjutan. Kolaborasi antar kementerian, lembaga internasional, dan organisasi masyarakat sipil sangat penting untuk menjamin keberlanjutan dan cakupan layanan (UNAIDS, 2022).

Transformasi digital juga membuka peluang baru dalam pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS. Aplikasi mobile yang menyediakan pengingat minum obat, informasi lokasi tes HIV, hingga konseling daring dapat menjangkau kelompok muda yang aktif secara digital. Teknologi juga memungkinkan pengawasan epidemiologi berbasis *real-time* yang penting untuk pengambilan kebijakan cepat dan akurat. Peningkatan literasi digital di kalangan masyarakat, khususnya di wilayah tertinggal, menjadi prioritas dalam mendukung strategi digitalisasi layanan kesehatan HIV/AIDS.

D. Peran Bidan dalam Penanganan IMS dan HIV/AIDS

Bidan memiliki peran strategis dalam sistem layanan kesehatan, khususnya dalam konteks penanganan *Infeksi Menular Seksual* (IMS) dan HIV/AIDS. Sebagai tenaga kesehatan yang paling dekat dengan masyarakat, bidan berada di garda depan dalam memberikan layanan kesehatan reproduksi yang komprehensif. Tugas mereka mencakup edukasi, deteksi dini, rujukan, serta pendampingan pengobatan IMS dan HIV/AIDS. Peran bidan sangat vital terutama di daerah pedesaan dan wilayah dengan akses layanan kesehatan terbatas, tempat mereka menjadi figur utama dalam menjembatani pengetahuan dan layanan medis kepada masyarakat (Okonkwo et al., 2022).

Dalam aspek edukasi, bidan berperan memberikan informasi yang tepat, jelas, dan sesuai budaya terkait cara penularan dan pencegahan IMS dan HIV/AIDS. Mereka juga mengedukasi tentang pentingnya hubungan seksual yang aman, penggunaan kondom, dan pencegahan penularan vertikal dari ibu ke bayi. Program edukasi berbasis komunitas yang dipimpin oleh bidan terbukti efektif dalam meningkatkan kesadaran dan menurunkan perilaku berisiko, terutama di kalangan remaja dan ibu hamil (Mekonnen et al., 2021). Karena

kedekatannya dengan pasien, bidan mampu membangun kepercayaan sehingga pesan edukatif lebih mudah diterima.

Bidan juga memiliki peran penting dalam skrining dan deteksi dini. Dalam praktik antenatal care (ANC), bidan melakukan pemeriksaan rutin termasuk tes HIV, sifilis, dan IMS lainnya, yang menjadi bagian dari standar pelayanan minimal kesehatan ibu. Dengan pelatihan yang tepat, bidan mampu melakukan penilaian gejala IMS melalui pendekatan *syndromic*, mengambil sampel laboratorium, serta menginterpretasi hasil tes cepat HIV (rapid diagnostic tests). Deteksi dini ini sangat penting untuk memastikan intervensi cepat dan mencegah komplikasi yang lebih luas, baik bagi individu maupun masyarakat (Nelson et al., 2020).

Pendampingan pengobatan juga menjadi ranah kerja bidan yang penting. Dalam konteks HIV/AIDS, bidan bertugas memastikan kepatuhan pasien terhadap terapi antiretroviral (ARV) melalui konseling, pemantauan efek samping, dan pendampingan emosional. Mereka juga berperan dalam pemilihan metode kontrasepsi yang tepat bagi pasien IMS dan ODHA, serta memberikan rujukan ke fasilitas yang lebih tinggi bila diperlukan. Keberhasilan terapi jangka panjang sangat bergantung pada relasi terapeutik antara pasien dan bidan yang berkelanjutan dan berbasis empati (Nyblade et al., 2019).

Dalam pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak (*Prevention of Mother to Child Transmission / PMTCT*), bidan memiliki tanggung jawab utama dalam memberikan informasi dan layanan kepada ibu hamil yang positif HIV. Mereka mengatur jadwal pemeriksaan, memantau kehamilan, memberikan ARV sesuai protokol, serta membantu proses persalinan dengan teknik yang meminimalkan risiko penularan. Setelah melahirkan, bidan juga mengawasi proses

menyusui dan pemberian ARV kepada bayi sesuai pedoman, serta memastikan bayi mendapatkan tes HIV pada waktu yang ditentukan (Mofenson et al., 2021).

Tantangan yang dihadapi bidan dalam menangani IMS dan HIV/AIDS tidak sedikit. Masih adanya stigma terhadap pasien HIV, keterbatasan pelatihan dan fasilitas diagnostik, serta beban kerja yang tinggi seringkali menghambat efektivitas layanan. Oleh karena itu, dibutuhkan dukungan sistemik dari pemerintah dalam bentuk pelatihan berkelanjutan, supervisi klinis, serta peningkatan sarana diagnostik dan pengobatan di tingkat layanan primer. Pelibatan bidan dalam penyusunan kebijakan dan program HIV/AIDS juga perlu diperkuat agar pendekatan yang diterapkan benar-benar responsif terhadap kebutuhan di lapangan (Kassa et al., 2022).

Optimalisasi peran bidan juga harus dibarengi dengan pendekatan lintas sektor. Kolaborasi antara bidan, dokter, petugas laboratorium, organisasi masyarakat sipil, dan tokoh agama dapat memperkuat strategi pencegahan IMS dan HIV/AIDS secara holistik. Dalam ekosistem pelayanan yang saling mendukung, bidan tidak hanya menjadi pelaksana teknis, tetapi juga agen perubahan sosial dalam membentuk masyarakat yang sadar, peduli, dan terlindungi dari dampak IMS dan HIV/AIDS. Dengan penguatan kapasitas dan posisi strategisnya, bidan menjadi ujung tombak dalam mewujudkan kesehatan reproduksi yang inklusif dan berkeadilan.

E. Rangkuman

Bab ini membahas tantangan kesehatan reproduksi kontemporer, khususnya Infeksi Menular Seksual (IMS) dan HIV/AIDS. IMS seperti klamidia, gonore, sifilis, dan HPV merupakan ancaman serius

karena dapat menyebabkan komplikasi reproduksi dan meningkatkan risiko tertular HIV. Penyebaran IMS diperparah oleh stigma, perilaku seksual berisiko, dan keterbatasan layanan kesehatan. Di sisi lain, HIV/AIDS tidak hanya melemahkan sistem imun tetapi juga berdampak pada kesuburan, kehamilan, dan kesehatan psikososial individu. Strategi pencegahan HIV melibatkan edukasi seksual, kondom, PrEP, PEP, serta terapi ARV. Peran bidan sangat sentral dalam menangani IMS dan HIV/AIDS, mulai dari edukasi, skrining, pendampingan terapi, hingga pencegahan penularan dari ibu ke anak. Untuk menekan epidemi, diperlukan pendekatan holistik yang melibatkan intervensi medis, sosial, dan kebijakan publik yang inklusif dan nondiskriminatif.

F. Latihan

Soal

1. Jelaskan mengapa Infeksi Menular Seksual (IMS) menjadi ancaman serius bagi kesehatan reproduksi!
2. Bagaimana HIV/AIDS memengaruhi aspek biologis dan psikososial dari kesehatan reproduksi?
3. Uraikan strategi pencegahan HIV/AIDS yang efektif dari sisi edukasi, medis, dan kebijakan publik!
4. Apa saja peran bidan dalam pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak, dan mengapa peran ini sangat penting?
5. Analisislah bagaimana faktor sosial budaya dapat menghambat penanggulangan IMS dan HIV/AIDS, serta strategi apa yang dapat diambil untuk mengatasinya!

Jawaban

1. IMS menjadi ancaman karena dapat menyebabkan infertilitas, kehamilan ektopik, dan meningkatkan risiko tertular HIV. Kurangnya edukasi, stigma sosial, serta akses terbatas terhadap layanan kesehatan memperparah penyebarannya. IMS juga berdampak besar pada perempuan dan kelompok rentan.
2. Secara biologis, HIV menurunkan kesuburan, memengaruhi siklus menstruasi dan meningkatkan komplikasi kehamilan. Psikososialnya, penderita menghadapi stigma, kecemasan, dan tantangan dalam mengambil keputusan reproduksi, terutama terkait memiliki anak.
3. Strategi pencegahan mencakup:
 - **Edukasi seksual komprehensif:** meningkatkan kesadaran dan perilaku aman.
 - **Intervensi medis:** PrEP, PEP, kondom, serta ARV untuk ODHA.
 - **Kebijakan publik:** jaminan akses layanan tanpa diskriminasi, dukungan anggaran, dan regulasi perlindungan hak ODHA.
4. Bidan memberikan ARV, mendampingi selama kehamilan, melahirkan, dan menyusui, serta memastikan bayi mendapat pengobatan dan tes HIV. Peran ini penting karena mereka adalah garda terdepan dalam sistem layanan ibu dan anak, terutama di wilayah terbatas akses.

5. Norma konservatif dan stigma membuat masyarakat enggan membahas atau mencari layanan IMS dan HIV/AIDS. Strategi penanggulangan mencakup pendekatan budaya yang sensitif, pelibatan tokoh agama dan masyarakat, serta kampanye inklusif melalui media dan edukasi berbasis komunitas.

BAB VII

DETEKSI DINI DAN GANGGUAN REPRODUKSI

Bab ini membahas pentingnya strategi deteksi dini terhadap gangguan sistem reproduksi, khususnya pada perempuan, guna mencegah komplikasi lebih lanjut yang dapat mengancam kualitas hidup dan keselamatan. Salah satu fokus utama adalah *Inspeksi Visual dengan Asam Asetat (IVA)* sebagai metode skrining awal kanker serviks yang murah, cepat, dan dapat diakses oleh berbagai kelompok masyarakat. Pencegahan kanker serviks melalui deteksi dini bukan hanya menjadi intervensi medis, melainkan bagian dari upaya pemberdayaan kesehatan perempuan secara menyeluruh melalui edukasi, intervensi komunitas, dan kebijakan berbasis bukti.

- **Tujuan Pembelajaran**

- Menjelaskan prinsip dan prosedur pemeriksaan IVA sebagai metode deteksi dini kanker serviks.
- Menguraikan peran Pap smear dalam pencegahan kanker serviks serta tantangan implementasinya.
- Mengidentifikasi jenis gangguan haid dan dismenore beserta penyebab dan penanganannya.
- Menjelaskan metode SADARI dan urgensinya dalam deteksi dini kanker payudara.
- Mengevaluasi pentingnya edukasi dan keterlibatan komunitas dalam promosi kesehatan reproduksi perempuan.

A. Pemeriksaan IVA dan Deteksi Kanker Serviks

Kanker serviks merupakan salah satu kanker yang paling banyak diderita perempuan, terutama di negara berkembang, dan menjadi penyebab utama kematian akibat kanker di antara perempuan usia produktif. Skrining dini seperti *Inspeksi Visual dengan Asam Asetat* (IVA) menjadi metode penting dalam mendeteksi adanya lesi prakanker serviks secara cepat dan murah. Teknik ini dilakukan dengan mengaplikasikan larutan asam asetat 3–5% ke leher rahim dan mengamati perubahan warna epitel serviks. Adanya area putih setelah pemberian asam asetat menandakan kemungkinan adanya lesi prakanker (*acetowhite area*) yang harus ditindaklanjuti dengan pemeriksaan lebih lanjut (Wang *et al.*, 2021).

Metode IVA memiliki keunggulan dalam konteks pelayanan kesehatan primer karena tidak memerlukan laboratorium dan dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih di tingkat fasilitas kesehatan dasar. Di wilayah dengan keterbatasan akses terhadap *Pap smear* atau pemeriksaan sitologi serviks lainnya, IVA menjadi alternatif yang efektif dan efisien. Studi implementasi IVA di Asia Selatan menunjukkan bahwa metode ini mampu meningkatkan cakupan deteksi dini hingga 55% di komunitas rural (Faroque *et al.*, 2022). Selain efektivitas teknis, keberhasilan IVA sangat bergantung pada keterampilan pemeriksa dan keberlanjutan program edukasi masyarakat.

Tingkat keberhasilan deteksi melalui IVA dipengaruhi oleh usia perempuan, status hormonal, dan paparan faktor risiko seperti infeksi *Human Papillomavirus* (HPV), perilaku seksual, serta riwayat kehamilan. HPV merupakan agen etiologi utama dari kanker serviks, dengan tipe onkogenik seperti HPV 16 dan 18 yang bertanggung

jawab terhadap lebih dari 70% kasus global (*Lee et al., 2023*). Oleh karena itu, selain deteksi melalui IVA, pendekatan integratif mencakup vaksinasi HPV dan penyuluhan kesehatan seksual menjadi sangat penting untuk pencegahan jangka panjang.

Keterlibatan tenaga kesehatan perempuan, terutama bidan dan perawat komunitas, menjadi strategi utama dalam memperluas cakupan IVA. Studi intervensi komunitas di Uganda menunjukkan bahwa ketika bidan diberdayakan untuk melakukan IVA dan konseling, terjadi peningkatan kunjungan skrining serviks sebesar 65% dalam waktu satu tahun (*Nalubega et al., 2020*). Keberhasilan ini menegaskan pentingnya integrasi deteksi dini dengan layanan kebidanan rutin seperti pemeriksaan kehamilan atau keluarga berencana.

Kendala dalam pelaksanaan IVA di Indonesia antara lain mencakup kurangnya pelatihan teknis yang memadai, stigma sosial terhadap pemeriksaan organ reproduksi, serta keterbatasan pendanaan program skrining. Banyak perempuan enggan melakukan pemeriksaan karena rasa malu atau takut terhadap hasil, yang berakar dari minimnya literasi kesehatan reproduksi. Maka dari itu, kampanye pendidikan publik berbasis komunitas dan pendekatan budaya lokal harus digencarkan sebagai bagian dari program deteksi dini.

Evaluasi berkelanjutan terhadap program IVA juga penting dilakukan untuk menjamin mutu dan keberlanjutan layanan. Penggunaan indikator mutu seperti rasio deteksi lesi, rujukan tepat waktu, dan pelaporan visual secara digital dapat meningkatkan akurasi dan efisiensi skrining. Penelitian berbasis *machine learning* bahkan menunjukkan potensi algoritma pencitraan serviks berbasis AI untuk mendukung analisis hasil IVA secara otomatis dan mengurangi

ketergantungan pada pengalaman subjektif pemeriksa (*Chowdhury et al., 2022*).

Pemeriksaan IVA tidak hanya menjadi instrumen medis tetapi juga instrumen keadilan kesehatan bagi perempuan di daerah marginal. Deteksi dini kanker serviks secara sistematis melalui IVA berperan strategis dalam menurunkan angka morbiditas dan mortalitas, serta memperkuat sistem kesehatan primer yang responsif terhadap kebutuhan reproduksi perempuan. Diperlukan komitmen multisektor antara pemerintah, organisasi profesi, dan komunitas untuk menjadikan IVA sebagai layanan standar dalam sistem kesehatan nasional.

B. Pemeriksaan Pap Smear

Pap smear adalah metode deteksi dini kanker serviks yang telah menjadi standar emas di berbagai sistem pelayanan kesehatan. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengidentifikasi sel-sel abnormal pada leher rahim sebelum berkembang menjadi kanker. Teknik ini melibatkan pengambilan sampel sel dari serviks menggunakan spatula atau sikat khusus dan kemudian dianalisis di laboratorium sitologi untuk mengamati perubahan morfologis. Ketepatan diagnosis yang tinggi dan kemampuan mendeteksi lesi prakanker dalam fase awal menjadikan *Pap smear* sebagai instrumen vital dalam upaya pencegahan kanker serviks (*Mohanty et al., 2022*).

Efektivitas *Pap smear* dalam menurunkan angka kematian akibat kanker serviks telah dibuktikan melalui berbagai studi kohort. Penelitian berskala nasional di Korea Selatan menunjukkan bahwa program *Pap smear* yang dilakukan secara berkala menurunkan angka kematian hingga 70% pada kelompok usia 30–59 tahun (*Park et al.,*

2020). Skrining rutin setiap tiga tahun dinilai cukup dalam mendeteksi lesi prakanker, terutama ketika dikombinasikan dengan pemeriksaan HPV DNA. Integrasi kedua metode ini dikenal sebagai *co-testing* dan direkomendasikan pada perempuan usia di atas 30 tahun (*Wright et al., 2021*).

Pelaksanaan *Pap smear* menghadapi tantangan, termasuk kurangnya literasi perempuan terhadap pentingnya deteksi dini, ketakutan terhadap proses pemeriksaan, serta keterbatasan fasilitas laboratorium di wilayah rural. Di banyak negara berkembang, cakupan layanan *Pap smear* masih rendah karena faktor struktural dan budaya. Studi kualitatif di India dan Afrika menunjukkan bahwa persepsi nyeri dan rasa malu saat pemeriksaan menjadi alasan utama perempuan menolak skrining (*Mutyaba et al., 2023*). Oleh karena itu, peningkatan edukasi dan pendekatan berbasis komunitas menjadi langkah krusial untuk meningkatkan partisipasi perempuan.

Di Indonesia, pelaksanaan program *Pap smear* telah menjadi bagian dari strategi nasional deteksi dini kanker serviks yang difasilitasi oleh pemerintah melalui Puskesmas dan RSUD. Namun, tingkat partisipasi masih jauh dari ideal, terutama di daerah pedesaan dan kelompok ekonomi bawah. Kajian evaluatif oleh Kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa hanya sekitar 5% perempuan usia subur yang telah menjalani *Pap smear* dalam lima tahun terakhir. Rendahnya cakupan ini menuntut penguatan peran tenaga kesehatan, termasuk bidan, dalam promosi layanan skrining dan pendampingan pasien.

Selain manfaat deteksi dini, *Pap smear* juga memiliki batasan, seperti kemungkinan hasil negatif palsu akibat kesalahan teknik pengambilan sampel atau interpretasi laboratorium. Perkembangan

teknologi telah mendorong penggunaan metode berbasis cairan (*liquid-based cytology*), yang lebih sensitif dalam mendeteksi sel abnormal. Teknologi ini memungkinkan pemeriksaan lebih akurat dengan tingkat kesalahan minimal dan juga memungkinkan pengujian HPV DNA dari sampel yang sama (*Sharma et al., 2021*). Meskipun lebih mahal, metode ini mulai diadopsi di fasilitas kesehatan tersier dan menjadi standar baru dalam beberapa pedoman internasional.

Kualitas layanan *Pap smear* bergantung pada pelatihan tenaga kesehatan, sistem rujukan yang efisien, dan mekanisme tindak lanjut hasil abnormal. Tanpa tindak lanjut yang tepat, deteksi dini tidak memberikan manfaat maksimal. Perempuan yang terdiagnosis lesi prakanker harus diarahkan untuk menjalani *kolposkopi* atau *cryotherapy* sesuai hasil klasifikasi Bethesda. Studi di Australia menegaskan bahwa waktu respons antara hasil skrining dan tindakan lanjut yang cepat berkorelasi positif dengan prognosis pasien (*Thompson et al., 2020*). Artinya, keberhasilan *Pap smear* tidak hanya diukur dari jumlah pemeriksaan, tetapi juga dari kualitas sistem pendukungnya.

Secara keseluruhan, *Pap smear* adalah pilar utama dalam strategi pengendalian kanker serviks, terutama jika didukung dengan sistem kesehatan yang responsif dan pendekatan berbasis gender. Pelayanan yang sensitif terhadap kebutuhan perempuan, bebas stigma, dan berbasis edukasi komunitas akan meningkatkan efektivitas program skrining ini. Transformasi teknologi, integrasi dengan pemeriksaan HPV, dan digitalisasi rekam medis juga menjadi elemen penting untuk meningkatkan kualitas program skrining secara nasional.

C. Gangguan Haid dan Dismenore

Gangguan haid merupakan salah satu keluhan terbanyak pada perempuan usia reproduksi yang dapat berdampak pada kualitas hidup, produktivitas, dan kesehatan reproduksi secara menyeluruh. Keluhan tersebut meliputi siklus yang tidak teratur, volume perdarahan yang berlebihan (*menorrhagia*), perdarahan antarsiklus (*metrorrhagia*), atau kombinasi keduanya (*menometrorrhagia*). Dismenore, atau nyeri haid, juga merupakan gangguan umum yang dapat terjadi primer tanpa kelainan organik, atau sekunder akibat patologi seperti endometriosis dan mioma uteri. Gangguan ini kerap diabaikan atau dinormalisasi, padahal dapat menjadi indikator awal dari kondisi ginekologis yang lebih serius (*Al-Kubaisy et al., 2021*).

Secara fisiologis, dismenore primer terjadi akibat peningkatan prostaglandin dalam endometrium yang memicu kontraksi uterus berlebihan, iskemia, dan nyeri. Dismenore sekunder, berbeda dari primer, sering kali memiliki penyebab struktural yang dapat dideteksi melalui pencitraan seperti USG atau MRI. Misalnya, perempuan dengan endometriosis atau adenomiosis menunjukkan nyeri yang lebih parah, tidak responsif terhadap analgesik biasa, dan sering disertai infertilitas. Studi longitudinal menunjukkan bahwa keterlambatan diagnosis dismenore sekunder berkorelasi dengan peningkatan risiko komplikasi jangka panjang (*Nguyen et al., 2022*).

Gangguan haid juga berkaitan erat dengan ketidakseimbangan hormon, terutama estrogen dan progesteron. Kondisi seperti sindrom ovarium polikistik (PCOS) menjadi salah satu penyebab utama haid tidak teratur dan disfungsi ovulasi. PCOS mempengaruhi sekitar 10–15% perempuan usia reproduksi dan sering disertai dengan resistensi insulin, obesitas, serta risiko infertilitas. Penelitian terbaru mencatat

bahwa ketidakteraturan haid yang tidak ditangani sejak remaja dapat berlanjut hingga dewasa dan memicu gangguan metabolik (*Benetti-Pinto et al., 2023*). Maka, evaluasi menyeluruh terhadap pola menstruasi sangat penting dalam konteks skrining kesehatan reproduksi perempuan.



Gambar 3 Gangguan Haid dan Dismenore

Manajemen gangguan haid dan dismenore bersifat multidimensi, melibatkan terapi farmakologis seperti NSAID dan kontrasepsi hormonal, serta pendekatan nonfarmakologis seperti terapi panas, akupresur, atau latihan fisik. Intervensi gaya hidup juga menjadi komponen penting. Studi intervensi di Eropa menunjukkan bahwa perubahan diet rendah lemak dan tinggi serat secara signifikan menurunkan keparahan nyeri haid dalam jangka waktu tiga bulan (*Cramer et al., 2020*). Terapi hormonal biasanya diberikan bila terdapat indikasi endokrinologis atau kebutuhan kontrasepsi sekaligus pengaturan siklus.

Deteksi dini terhadap gangguan haid dan dismenore perlu dilakukan melalui anamnesis yang komprehensif, pencatatan siklus haid, pemeriksaan panggul, serta pencitraan bila diperlukan. Perempuan dengan perdarahan menstruasi berat dan anemia harus segera ditindaklanjuti untuk menyingkirkan kemungkinan patologi seperti polip endometrium atau koagulopati. Selain itu, aplikasi pelacak haid berbasis digital telah digunakan secara luas untuk membantu perempuan memantau siklus dan melaporkan keluhan, yang memberikan kontribusi pada deteksi awal gangguan reproduksi (Cho *et al.*, 2021).

Dalam konteks remaja, dismenore merupakan penyebab utama absensi sekolah dan gangguan aktivitas sosial. Pendidikan kesehatan reproduksi sejak dini dapat membantu membentuk persepsi yang sehat dan mendorong pencarian pertolongan medis bila terjadi keluhan yang mengganggu. Penelitian lintas budaya menemukan bahwa remaja perempuan di Asia Tenggara cenderung tidak membicarakan nyeri haid kepada keluarga atau guru karena dianggap tabu (Lee & Tan, 2021). Hal ini menjadi tantangan tersendiri dalam meningkatkan literasi menstruasi yang komprehensif.

Pendekatan klinis terhadap gangguan haid dan dismenore harus mempertimbangkan aspek biopsikososial, bukan hanya menekan gejala secara simptomatik. Pemeriksaan berkala, pencatatan siklus, serta komunikasi terbuka antara pasien dan tenaga kesehatan dapat mencegah komplikasi jangka panjang dan meningkatkan kualitas hidup. Penerapan *clinical pathway* yang terintegrasi antara layanan primer dan spesialis juga dapat mempercepat diagnosis serta pengelolaan gangguan menstruasi secara optimal.

D. SADARI untuk Deteksi Kanker Payudara

SADARI (*Periksa Payudara Sendiri*) merupakan metode deteksi dini kanker payudara yang dilakukan secara mandiri oleh perempuan untuk mengenali perubahan pada jaringan payudaranya. Praktik ini bertujuan agar perempuan terbiasa mengenali struktur normal payudara dan segera menyadari jika terdapat benjolan, perubahan kulit, atau bentuk yang mencurigakan. SADARI disarankan dilakukan secara rutin setiap bulan, idealnya pada hari ke-7–10 setelah menstruasi, saat jaringan payudara dalam kondisi tidak tegang karena hormonal. Keberhasilan deteksi dini melalui SADARI sangat bergantung pada kedisiplinan dan pengetahuan perempuan terhadap gejala awal kanker payudara (*Yadav et al., 2021*).

Kanker payudara merupakan kanker dengan insidensi tertinggi pada perempuan di seluruh dunia dan menjadi penyebab utama kematian akibat kanker di banyak negara berkembang. Di Indonesia, kasus kanker payudara cenderung meningkat setiap tahun, dan mayoritas terdeteksi pada stadium lanjut. Hal ini menunjukkan lemahnya sistem deteksi dini dan rendahnya kesadaran masyarakat. Studi epidemiologi di wilayah ASEAN menunjukkan bahwa hanya 30–40% perempuan melakukan SADARI secara teratur, meskipun metode ini telah dikampanyekan secara luas oleh institusi kesehatan (*Chong et al., 2022*). Fenomena ini mencerminkan adanya kesenjangan antara edukasi dan perubahan perilaku nyata.

Praktik SADARI tidak memerlukan alat atau keahlian medis khusus, sehingga sangat cocok diterapkan di komunitas dengan sumber daya terbatas. Meski tidak seakurat mammografi atau USG payudara dalam mendeteksi lesi kecil, SADARI tetap memberikan kontribusi besar dalam mengenali tumor pada tahap awal. Studi

intervensi komunitas di India menunjukkan bahwa program pelatihan SADARI berbasis kader kesehatan meningkatkan deteksi massa payudara sebesar 48% dalam enam bulan pertama (*Kumar et al., 2020*). Pendekatan ini menegaskan bahwa pelibatan perempuan dalam kontrol terhadap tubuhnya sendiri menjadi strategi penting dalam pencegahan kanker.

Tingkat keberhasilan SADARI sebagai metode skrining dipengaruhi oleh edukasi, persepsi risiko, serta faktor budaya. Beberapa perempuan menganggap pemeriksaan payudara sendiri sebagai tindakan yang tabu atau tidak nyaman, terutama dalam konteks masyarakat konservatif. Penelitian di kalangan perempuan Asia Selatan mengungkap bahwa stigma terhadap tubuh perempuan serta ketakutan akan diagnosis kanker menjadi hambatan utama dalam praktik SADARI (*Ahmed et al., 2023*). Maka, program edukasi perlu dirancang dengan sensitif terhadap nilai budaya lokal, menggunakan pendekatan yang empatik dan tidak menakut-nakuti.

Pelatihan tentang teknik SADARI yang benar sangat penting untuk memastikan hasil yang optimal. Teknik ini terdiri dari dua tahap utama: observasi visual di depan cermin, dan perabaan dengan pola melingkar atau vertikal saat berdiri maupun berbaring. Tenaga kesehatan, terutama bidan dan perawat komunitas, dapat menjadi agen perubahan dalam memberikan pelatihan dan motivasi rutin. Evaluasi di sekolah dan puskesmas menunjukkan bahwa pendidikan SADARI dengan bantuan media audiovisual dan simulasi alat bantu seperti *breast model* memberikan dampak positif terhadap keterampilan dan kesadaran remaja putri (*Widyaningsih et al., 2021*).

Meskipun SADARI bukan satu-satunya metode deteksi kanker payudara, integrasinya ke dalam sistem pelayanan primer menjadi

penting, terutama di daerah dengan keterbatasan akses teknologi diagnostik. Program SADARI massal yang terstruktur, didukung data monitoring dan sistem rujukan, dapat membantu mengurangi beban kanker pada sistem kesehatan nasional. Studi pemodelan populasi menyatakan bahwa kombinasi SADARI dan pemeriksaan klinis secara periodik dapat menurunkan angka kematian hingga 16% dalam 10 tahun (*Rahman et al., 2022*). Hal ini memperkuat argumen bahwa pencegahan berbasis komunitas memiliki nilai strategis tinggi.

Promosi SADARI harus dijalankan secara berkelanjutan dengan pendekatan lintas sektor, termasuk pendidikan, media, dan organisasi perempuan. Penyampaian pesan yang konsisten dan mudah dimengerti akan meningkatkan keterlibatan masyarakat. Pemerintah, melalui kebijakan promosi kesehatan berbasis keluarga dan sekolah, dapat mengintegrasikan pelatihan SADARI sebagai bagian dari kurikulum kesehatan reproduksi. Dengan begitu, perempuan memiliki kesadaran tubuh yang lebih baik dan peluang untuk bertahan hidup bila kanker terdeteksi lebih awal menjadi semakin tinggi.

E. Rangkuman

Bab ini membahas deteksi dini gangguan reproduksi perempuan sebagai strategi preventif dalam kesehatan masyarakat. Pemeriksaan **IVA** merupakan metode sederhana dan efektif untuk skrining kanker serviks, terutama di wilayah dengan keterbatasan fasilitas laboratorium. **Pap smear**, meskipun lebih akurat, membutuhkan infrastruktur laboratorium dan partisipasi aktif perempuan. Keduanya memiliki peran penting dalam menurunkan angka kematian akibat kanker serviks bila didukung sistem rujukan dan edukasi masyarakat yang baik.

Selain itu, **gangguan haid dan dismenore** sering kali diabaikan padahal dapat menjadi indikator masalah ginekologis serius seperti endometriosis atau PCOS. Penanganannya membutuhkan pendekatan multidimensi baik farmakologis maupun nonfarmakologis. Bab ini juga menyoroti **SADARI** sebagai metode deteksi dini kanker payudara yang memberdayakan perempuan dalam mengenali gejala awal kanker secara mandiri. Upaya deteksi dini akan lebih efektif jika didukung oleh edukasi, pelatihan, serta pendekatan budaya yang sesuai, dan dijalankan secara sistematis dalam layanan kesehatan primer.

F. Latihan

Soal

1. Jelaskan prosedur dan keunggulan pemeriksaan IVA dalam deteksi dini kanker serviks, serta faktor-faktor yang memengaruhi keberhasilannya.
2. Bandingkan metode IVA dan Pap smear dalam konteks efektivitas, fasilitas pendukung, dan tantangan implementasi di negara berkembang.
3. Uraikan perbedaan antara dismenore primer dan sekunder, termasuk penyebab, diagnosis, serta pendekatan terapinya.
4. Apa saja tantangan budaya dan sosial dalam pelaksanaan SADARI di masyarakat, dan bagaimana strategi untuk mengatasinya?
5. Mengapa keterlibatan tenaga kesehatan komunitas seperti bidan penting dalam pelaksanaan program deteksi dini

reproduksi, dan bagaimana mereka dapat memberdayakan masyarakat?

Jawaban

1. Pemeriksaan IVA dilakukan dengan mengoleskan asam asetat 3–5% ke leher rahim dan mengamati perubahan warna epitel serviks. Area putih (acetowhite) menandakan kemungkinan lesi prakanker. Keunggulan IVA antara lain murah, cepat, tidak memerlukan laboratorium, dan dapat dilakukan di fasilitas primer. Faktor keberhasilan meliputi keterampilan pemeriksa, edukasi masyarakat, usia, status hormonal, dan paparan HPV.
2. IVA cocok untuk wilayah dengan keterbatasan fasilitas karena bersifat visual dan dapat dilakukan oleh tenaga nonspesialis. Pap smear lebih akurat karena menggunakan analisis sitologi laboratorium, namun membutuhkan alat dan pelatihan. Tantangan IVA meliputi akurasi pemeriksa dan stigma, sedangkan Pap smear menghadapi hambatan biaya dan akses laboratorium. Keduanya efektif bila disertai edukasi dan sistem tindak lanjut yang baik.
3. Dismenore primer disebabkan oleh peningkatan prostaglandin yang menyebabkan kontraksi uterus berlebihan. Biasanya terjadi tanpa kelainan organik. Sedangkan dismenore sekunder disebabkan oleh kelainan struktural seperti endometriosis atau mioma uteri. Diagnosis dilakukan melalui anamnesis, USG/MRI, dan pencatatan siklus. Terapi bisa menggunakan NSAID, hormonal, serta modifikasi gaya hidup atau pembedahan untuk kasus sekunder.

4. Tantangan dalam praktik SADARI antara lain tabu budaya, ketidaknyamanan, dan ketakutan terhadap kanker. Perempuan sering merasa malu atau menganggap pemeriksaan tidak penting. Strategi mengatasinya adalah edukasi berbasis komunitas, pelatihan dengan model simulasi, pendekatan empatik oleh tenaga kesehatan perempuan, serta integrasi SADARI ke kurikulum sekolah dan kampanye media.
5. Bidan dan perawat komunitas adalah aktor kunci dalam menyampaikan edukasi kesehatan reproduksi karena dekat dengan masyarakat. Mereka dapat mengadakan pelatihan SADARI, pemeriksaan IVA, serta konseling Pap smear. Pemberdayaan mereka akan meningkatkan cakupan deteksi dini karena mereka dipercaya masyarakat dan bisa menjangkau wilayah terpencil dengan pendekatan budaya yang lebih sesuai.

BAB VIII

PERAN BIDAN DALAM ASUHAN KESEHATAN REPRODUKSI

Bidan memiliki peran sentral dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang holistik dan berkelanjutan bagi perempuan. Dalam konteks modern, pendekatan yang digunakan tidak lagi bersifat paternalistik, melainkan menempatkan perempuan sebagai subjek aktif dalam pengambilan keputusan atas tubuh dan kesehatannya. Bab ini membahas paradigma baru asuhan reproduksi berbasis perempuan, yang menekankan pemberdayaan, keterlibatan partisipatif, serta penghormatan terhadap hak-hak reproduktif perempuan dalam seluruh siklus kehidupannya.

- **Tujuan Pembelajaran**

- Menjelaskan konsep pendekatan asuhan reproduksi berbasis perempuan dan implementasinya dalam praktik kebidanan.
- Menganalisis peran bidan dalam konseling keluarga berencana dan pentingnya pelayanan kontrasepsi yang berkelanjutan.
- Mengidentifikasi prinsip dan strategi komunikasi efektif dalam pelayanan kebidanan.
- Menjelaskan pentingnya kolaborasi lintas sektor dan edukasi masyarakat dalam meningkatkan kesehatan reproduksi.
- Mengevaluasi tantangan dan solusi dalam penerapan pelayanan kesehatan reproduksi yang responsif terhadap hak dan kebutuhan perempuan.

A. Pendekatan Asuhan Reproduksi Berbasis Perempuan

Pendekatan asuhan reproduksi berbasis perempuan menempatkan perempuan sebagai pusat dalam proses pelayanan kesehatan reproduksi. Konsep ini menuntut bidan untuk menghargai pilihan, kebutuhan, dan pengalaman perempuan secara individu dalam setiap tahapan reproduktifnya. Pendekatan ini lahir dari kritik terhadap model medis tradisional yang seringkali menempatkan perempuan sebagai objek perawatan, bukan sebagai mitra yang setara dalam pengambilan keputusan. Dalam konteks ini, *woman-centered care* menjadi filosofi dasar yang menekankan empati, komunikasi efektif, dan pemberdayaan perempuan dalam setiap interaksi klinis (*Golden et al., 2021*). Implementasi pendekatan ini terbukti meningkatkan kepuasan pasien dan kualitas layanan reproduksi.

Bidan yang menerapkan pendekatan berbasis perempuan harus memahami kompleksitas identitas, budaya, dan nilai-nilai yang dipegang perempuan. Pendekatan ini tidak hanya bersifat klinis, tetapi juga sosial dan psikologis. Penelitian menunjukkan bahwa ketika perempuan merasa dihargai dan didengar, mereka lebih terbuka terhadap intervensi medis dan aktif dalam merawat kesehatannya (*Midgley et al., 2020*). Pendekatan ini memperkuat dimensi kepercayaan antara bidan dan pasien, yang menjadi dasar penting dalam pelayanan reproduktif yang efektif dan berkelanjutan.

Pelayanan berbasis perempuan menuntut bidan untuk menciptakan ruang aman bagi perempuan, termasuk dalam menangani trauma masa lalu, kekerasan berbasis gender, atau pengalaman melahirkan yang buruk. Bidan harus mengembangkan keterampilan *trauma-informed care*, yang mengintegrasikan pemahaman atas trauma dan dampaknya dalam setiap aspek pelayanan. Dalam

perspektif ini, *continuity of care* juga menjadi elemen penting, di mana perempuan dilayani oleh bidan yang sama selama masa kehamilan, persalinan, hingga pascapartum, menciptakan hubungan yang kuat dan berkelanjutan (*Rosen et al., 2022*).

Pendekatan ini juga selaras dengan prinsip-prinsip kesehatan seksual dan reproduksi berbasis hak. Artinya, bidan wajib menghormati hak perempuan untuk mengakses informasi, memilih metode kontrasepsi, dan mendapatkan layanan yang tidak diskriminatif. Organisasi kesehatan dunia menekankan pentingnya layanan yang berfokus pada pemenuhan hak individu, bukan semata pada pencapaian target program (*Kildea et al., 2021*). Dalam praktiknya, bidan harus memastikan perempuan mendapatkan informasi yang cukup dan dapat membuat keputusan yang sadar (*informed consent*) dalam setiap intervensi.

Dalam konteks Indonesia, pendekatan ini semakin relevan mengingat masih banyak perempuan yang menghadapi hambatan struktural dalam mengakses layanan kesehatan reproduksi. Faktor-faktor seperti norma budaya, kemiskinan, dan rendahnya literasi kesehatan sering kali menghambat keterlibatan aktif perempuan dalam layanan. Bidan sebagai garda terdepan pelayanan di komunitas berperan penting untuk menjembatani kesenjangan tersebut dengan pendekatan partisipatif dan berbasis kepercayaan (*Nasir et al., 2023*).

Penerapan asuhan reproduksi berbasis perempuan menuntut transformasi dalam pendidikan kebidanan. Kurikulum dan pelatihan klinis perlu menekankan pengembangan empati, komunikasi, dan kesadaran gender. Selain itu, dibutuhkan sistem pendukung institusional yang memungkinkan bidan memberikan layanan secara komprehensif dan etis. Tanpa dukungan kebijakan dan regulasi yang

progresif, pendekatan ini sulit diimplementasikan secara luas (*Carolan-Olah & Ford, 2021*).

Dengan mengedepankan suara dan kebutuhan perempuan, pendekatan ini berkontribusi terhadap peningkatan kualitas layanan kesehatan dan pemenuhan hak reproduktif secara menyeluruh. Bidan yang mampu menjalankan pendekatan ini tidak hanya menjadi penyedia layanan, tetapi juga advokat perempuan di bidang kesehatan. Hal ini sejalan dengan tujuan pembangunan berkelanjutan (SDGs), khususnya dalam aspek kesetaraan gender dan kesehatan yang baik bagi semua (*Tura et al., 2022*).

B. Konseling KB dan Pelayanan Berkelanjutan

Konseling keluarga berencana (*family planning counseling*) merupakan bagian integral dari asuhan kebidanan yang bertujuan memberikan informasi, edukasi, dan dukungan kepada perempuan dan pasangannya dalam membuat keputusan sadar mengenai kontrasepsi. Konseling yang efektif tidak hanya menyampaikan informasi teknis, tetapi juga memperhatikan kebutuhan, nilai, preferensi, dan kondisi psikososial klien. Pelayanan yang berkelanjutan sangat dibutuhkan agar pengguna kontrasepsi tetap memperoleh bimbingan, tindak lanjut, serta penguatan terhadap komitmen mereka dalam perencanaan keluarga. Konseling yang baik terbukti meningkatkan kepatuhan dan kepuasan klien dalam penggunaan alat kontrasepsi (*Olawuyi et al., 2021*).

Konseling KB berbasis *client-centered approach* menempatkan perempuan sebagai subjek utama dalam pengambilan keputusan reproduktif. Bidan berperan sebagai fasilitator yang menyediakan informasi yang netral, lengkap, dan tidak menghakimi. Model ini

menekankan pentingnya dialog dua arah antara bidan dan klien, serta menghargai otonomi perempuan atas tubuh dan reproduksinya (Jacobstein *et al.*, 2022). Dalam konteks ini, pemberian konseling tidak boleh hanya terjadi satu kali, tetapi harus berlanjut pada setiap titik kontak layanan kesehatan, mulai dari pemeriksaan kehamilan, persalinan, hingga masa nifas.

Pelayanan KB yang berkelanjutan merupakan strategi penting dalam menurunkan angka kehamilan yang tidak diinginkan dan komplikasi maternal. Pelayanan ini mencakup pemberian kontrasepsi yang sesuai dengan kondisi medis dan preferensi klien, pemantauan efek samping, serta kemudahan akses penggantian metode. Bukti menunjukkan bahwa keberlanjutan pelayanan kontrasepsi berkaitan erat dengan keberhasilan program KB nasional dan peningkatan kualitas hidup perempuan (Cahill *et al.*, 2020). Bidan di lini pertama harus aktif memfasilitasi sistem rujukan dan tindak lanjut bagi pengguna kontrasepsi.

Penting untuk memahami bahwa hambatan terhadap pelayanan KB tidak semata berasal dari faktor individu, tetapi juga dari sistem dan budaya. Stigma terhadap penggunaan KB, kurangnya pengetahuan, keterbatasan akses, dan bias penyedia layanan masih menjadi tantangan. Pendekatan berbasis komunitas, di mana bidan berkolaborasi dengan kader kesehatan dan tokoh lokal, dapat meningkatkan penerimaan masyarakat terhadap KB. Pelayanan berbasis rumah tangga dan penggunaan teknologi digital juga mulai diintegrasikan untuk memperkuat jangkauan dan kesinambungan layanan (Hardee *et al.*, 2021).

Salah satu prinsip penting dalam konseling KB adalah *informed choice*, yaitu memastikan bahwa klien memahami manfaat, risiko,

efek samping, serta alternatif dari setiap metode kontrasepsi. Bidan wajib menjaga objektivitas dan tidak memaksakan pilihan tertentu. Dalam pelayanan KB pasca persalinan, misalnya, konseling harus disesuaikan dengan kesiapan fisik dan psikologis perempuan serta situasi keluarganya (*Newmann et al., 2021*). Pendekatan ini memberikan ruang bagi perempuan untuk merencanakan kehamilan berikutnya dengan lebih sehat dan aman.

Konseling dan pelayanan KB juga harus mempertimbangkan kebutuhan kelompok rentan seperti remaja, perempuan disabilitas, atau mereka yang hidup dalam konteks sosial terbatas. Peran bidan tidak hanya sebagai penyedia layanan teknis, tetapi juga sebagai pendamping yang sensitif terhadap keragaman latar belakang dan pengalaman perempuan. Dalam hal ini, kompetensi sosial dan budaya menjadi aspek penting dalam memperkuat relasi bidan dan klien serta membangun kepercayaan jangka panjang (*Senderowicz et al., 2020*).

Upaya memperkuat konseling KB dan pelayanan berkelanjutan perlu didukung oleh sistem pelaporan dan evaluasi yang terintegrasi. Penerapan *electronic health record* dan *client follow-up system* dapat membantu bidan dalam memantau status penggunaan KB secara periodik. Dengan pendekatan holistik dan berkelanjutan, bidan tidak hanya berkontribusi dalam pengendalian populasi, tetapi juga dalam peningkatan kualitas kesehatan reproduksi, pemberdayaan perempuan, dan pencapaian tujuan pembangunan berkelanjutan (*Amin et al., 2022*).

C. Komunikasi Efektif dalam Praktik Kebidanan

Komunikasi efektif merupakan landasan utama dalam praktik kebidanan yang berorientasi pada keselamatan pasien dan kualitas

pelayanan. Dalam hubungan bidan dan klien, komunikasi tidak hanya menjadi alat untuk menyampaikan informasi medis, tetapi juga sarana membangun kepercayaan, empati, dan dukungan emosional yang krusial bagi perempuan dalam masa-masa rentan seperti kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Sebuah pendekatan komunikasi yang efektif harus mencerminkan prinsip *client-centered care* dan memfasilitasi pengambilan keputusan bersama. Kualitas interaksi verbal dan non-verbal bidan sangat mempengaruhi pengalaman perempuan terhadap pelayanan kesehatan (*Papadopoulos et al., 2021*).

Komunikasi yang berhasil dalam praktik kebidanan menuntut keterampilan interpersonal, kepekaan budaya, serta kemampuan mendengarkan aktif. Perempuan yang merasa dihargai, tidak dihakimi, dan mendapatkan informasi yang jelas akan lebih mungkin untuk patuh pada rencana perawatan, mengungkapkan kekhawatiran, dan terlibat aktif dalam pengambilan keputusan klinis. Bidan perlu mengembangkan keterampilan komunikasi empatik, yakni komunikasi yang tidak sekadar menyampaikan informasi, tetapi juga menangkap makna emosional dan sosial yang mendasari pernyataan pasien (*Frisina et al., 2020*).

Dalam situasi klinis, komunikasi efektif juga diperlukan untuk menjelaskan prosedur medis, risiko, manfaat, dan alternatif intervensi secara *informed consent*. Ketika perempuan memahami kondisi kesehatannya secara menyeluruh, ia lebih berdaya dalam memilih tindakan yang sesuai dengan nilai-nilai dan preferensinya. Selain itu, komunikasi yang jelas juga dapat mengurangi kecemasan, memperkuat kontrol diri pasien, dan meningkatkan kepuasan terhadap pelayanan kebidanan (*Oyetunde et al., 2021*). Bidan juga harus tanggap terhadap kebutuhan informasi yang bervariasi berdasarkan tingkat literasi kesehatan pasien.

Konflik atau kesalahpahaman antara bidan dan klien kerap terjadi akibat komunikasi yang tidak terbuka atau terlalu teknis. Oleh karena itu, penggunaan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami menjadi penting. Selain verbal, komunikasi non-verbal seperti sentuhan, ekspresi wajah, dan kontak mata juga memiliki dampak besar terhadap kenyamanan dan penerimaan klien. Komunikasi yang bersifat *non-threatening* dan penuh kehangatan dapat menciptakan ikatan emosional yang kuat antara bidan dan perempuan yang dilayani (Nilsen et al., 2022).

Komunikasi efektif juga menjadi dasar dalam kerja tim antarprofesi. Dalam konteks layanan kebidanan yang terintegrasi, bidan harus mampu berkomunikasi dengan dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya secara kolaboratif. Kemampuan ini akan mendukung koordinasi layanan, menghindari duplikasi tindakan, serta mempercepat respons terhadap komplikasi maternal. Komunikasi lintas sektor yang baik juga diperlukan saat merujuk pasien ke fasilitas yang lebih tinggi (Peters et al., 2023).

Dalam lingkungan multikultural, komunikasi efektif membutuhkan sensitivitas budaya. Bidan perlu memahami latar belakang budaya, kepercayaan, dan praktik tradisional pasien, sehingga dapat menyesuaikan pendekatannya. Ketidaksesuaian budaya dapat menjadi penghambat dalam penerimaan informasi medis. Oleh karena itu, penggunaan strategi komunikasi berbasis budaya dan penerapan prinsip *cultural humility* sangat disarankan untuk menciptakan hubungan profesional yang inklusif (Sethi et al., 2020).

Penguatan kapasitas komunikasi bidan harus menjadi prioritas dalam pendidikan dan pelatihan kebidanan. Penggunaan simulasi

klinis, *role play*, serta pelatihan komunikasi terapeutik dapat membantu calon bidan membangun keterampilan komunikasi yang efektif. Evaluasi kompetensi komunikasi juga perlu dimasukkan dalam standar praktik kebidanan. Dengan komunikasi yang terbangun secara profesional dan empatik, bidan mampu meningkatkan kualitas layanan, memfasilitasi pemulihan psikologis perempuan, serta mendorong keterlibatan aktif dalam menjaga kesehatan reproduksi mereka (Warrick *et al.*, 2021).

D. Kolaborasi dan Edukasi Masyarakat

Kolaborasi dan edukasi masyarakat merupakan dua komponen kunci dalam meningkatkan kesehatan reproduksi perempuan secara berkelanjutan. Bidan sebagai tenaga kesehatan komunitas memegang peran penting dalam menjembatani layanan kesehatan dengan masyarakat, terutama di daerah dengan akses terbatas. Pendekatan kolaboratif memungkinkan bidan tidak hanya bekerja secara individual, tetapi juga membangun sinergi dengan pemangku kepentingan seperti kader, tokoh masyarakat, organisasi perempuan, dan institusi pendidikan untuk memperluas jangkauan serta efektivitas intervensi kesehatan reproduksi (Kruk *et al.*, 2022). Edukasi yang dilakukan secara partisipatif berkontribusi besar terhadap peningkatan literasi kesehatan masyarakat, perubahan perilaku, dan pengambilan keputusan yang lebih sadar dalam hal kesehatan reproduktif.

Bidan yang berkolaborasi secara aktif dalam komunitas memiliki kesempatan strategis untuk mendorong transformasi sosial yang lebih luas. Melalui kemitraan dengan organisasi lokal, bidan dapat merancang program yang sesuai konteks budaya dan kebutuhan spesifik masyarakat. Pendekatan ini sejalan dengan konsep *community-based participatory health promotion*, yang menekankan

peran serta aktif masyarakat dalam menentukan arah dan isi program kesehatan. Penelitian menunjukkan bahwa keberhasilan program edukasi kesehatan reproduksi sangat dipengaruhi oleh keterlibatan masyarakat dalam proses desain dan pelaksanaannya (*Scott et al., 2020*).

Edukasi masyarakat tentang kesehatan reproduksi harus dirancang dengan prinsip *health literacy* dan mempertimbangkan keragaman demografis, budaya, dan sosial. Bidan harus menggunakan metode komunikasi yang sesuai seperti penyuluhan kelompok, *home visit*, media visual, dan pemanfaatan media sosial untuk menjangkau kelompok muda dan marginal. Dalam konteks ini, edukasi tidak terbatas pada isu kontrasepsi atau kehamilan, tetapi juga mencakup pemahaman tentang menstruasi, infeksi menular seksual, kanker reproduksi, dan hak-hak kesehatan perempuan. Pendekatan ini mendukung peningkatan *self-care* dan kesadaran kritis perempuan atas tubuhnya sendiri (*Aborigo et al., 2021*).

Kolaborasi juga perlu dikembangkan dengan sektor pendidikan, seperti sekolah dan perguruan tinggi, untuk menysar remaja dalam masa transisi menuju kedewasaan seksual. Bidan dapat berperan dalam menyusun modul pendidikan kesehatan reproduksi berbasis sains dan nilai budaya lokal. Edukasi yang diberikan sejak dini terbukti mampu menunda usia pernikahan dan kehamilan, serta menurunkan risiko kekerasan seksual (*Abajobir et al., 2020*). Dalam hal ini, peran bidan sebagai pendidik dan narasumber sangat relevan dalam menciptakan generasi muda yang sehat secara reproduktif.

Dalam program nasional, kolaborasi bidan dengan pemerintah daerah dan lembaga swadaya masyarakat (LSM) menjadi krusial untuk memperluas cakupan intervensi berbasis komunitas. Bidan

dapat dilibatkan dalam kampanye publik, pelatihan kader kesehatan, dan advokasi kebijakan lokal yang berpihak pada perempuan. Kemitraan ini memungkinkan terbentuknya sistem pendukung yang kuat dalam pencegahan kematian ibu, pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan, dan penghapusan praktik berbahaya seperti pernikahan dini (*Murray et al., 2022*). Kolaborasi tersebut juga menjadi wadah penting bagi peningkatan kapasitas profesional bidan di luar lingkungan klinis.

Edukasi berbasis masyarakat yang dilakukan secara konsisten mampu membentuk norma sosial baru yang lebih progresif dalam memandang kesehatan reproduksi. Misalnya, kampanye *positive parenting* dan dialog komunitas tentang menstruasi dapat mengurangi stigma dan membuka ruang pembicaraan yang sehat dalam keluarga. Bidan harus hadir sebagai agen perubahan sosial yang mempromosikan kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan melalui jalur kesehatan (*Baral et al., 2021*). Dengan pendekatan yang inklusif, kolaboratif, dan berbasis bukti, bidan dapat meningkatkan daya ungkit komunitas untuk mandiri dalam menjaga kesehatan reproduksi.

Peran bidan dalam edukasi dan kolaborasi masyarakat tidak akan berhasil tanpa dukungan sistem kebijakan yang responsif. Diperlukan penguatan regulasi, pendanaan, dan pelatihan yang mendukung kerja kolaboratif lintas sektor. Evaluasi program edukasi pun harus dilakukan secara berkala dengan melibatkan partisipasi komunitas sebagai bentuk akuntabilitas sosial. Ketika kolaborasi dan edukasi masyarakat dilakukan secara berkelanjutan, maka hasilnya tidak hanya berupa peningkatan indikator kesehatan, tetapi juga perbaikan struktur sosial yang lebih adil dan sehat (*Dulli et al., 2020*).

E. Rangkuman

BAB VIII membahas peran strategis bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang tidak hanya klinis, tetapi juga sosial, psikologis, dan berbasis hak. Pendekatan asuhan berbasis perempuan mengedepankan *woman-centered care*, empati, informed consent, dan kepekaan terhadap trauma. Konseling keluarga berencana diposisikan sebagai layanan berkelanjutan yang menempatkan perempuan sebagai subjek utama dalam pengambilan keputusan reproduktif. Dalam konteks ini, bidan berperan sebagai fasilitator, pendamping, dan edukator. Komunikasi efektif menjadi fondasi penting, baik dalam interaksi klinis maupun dalam kolaborasi antarprofesi. Pendekatan berbasis budaya, keterampilan komunikasi empatik, dan kemampuan mendengarkan aktif menjadi kompetensi krusial. Terakhir, kolaborasi lintas sektor dan edukasi masyarakat menjadi kunci dalam memperluas akses dan pemahaman terhadap kesehatan reproduksi, terutama di komunitas marginal. Bidan dituntut tidak hanya menjadi penyedia layanan teknis, tetapi juga sebagai agen perubahan sosial yang memperjuangkan hak dan kesejahteraan perempuan secara berkelanjutan.

F. Latihan

Soal

1. Jelaskan filosofi *woman-centered care* dan bagaimana implementasinya dalam praktik kebidanan modern!
2. Mengapa pendekatan trauma-informed care penting dalam pelayanan kesehatan reproduksi? Berikan contohnya!

3. Apa yang dimaksud dengan *client-centered approach* dalam konseling keluarga berencana dan bagaimana peran bidan dalam pendekatan ini?
4. Sebutkan dan jelaskan tiga strategi komunikasi efektif yang dapat digunakan bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan!
5. Bagaimana kolaborasi komunitas dan edukasi masyarakat dapat meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan reproduksi?

Jawaban

1. Woman-centered care adalah pendekatan yang menempatkan perempuan sebagai pusat dalam pelayanan kesehatan reproduksi, menghormati pilihan dan pengalaman individualnya. Dalam praktik kebidanan, hal ini diwujudkan dengan komunikasi empatik, keterlibatan aktif perempuan dalam pengambilan keputusan, dan penciptaan ruang aman untuk pengalaman reproduktif yang positif.
2. Trauma-informed care penting karena banyak perempuan membawa pengalaman traumatis, seperti kekerasan berbasis gender atau persalinan yang buruk. Bidan harus peka terhadap tanda-tanda trauma dan menciptakan lingkungan yang aman, penuh empati, serta menghargai batasan personal. Misalnya, memastikan privasi saat pemeriksaan dan menjelaskan setiap prosedur sebelum dilakukan.
3. Client-centered approach adalah pendekatan konseling yang menempatkan klien sebagai subjek aktif. Dalam KB, bidan

menyediakan informasi secara objektif tanpa paksaan, menghormati pilihan kontrasepsi klien, dan mendampingi dalam proses tindak lanjut. Peran bidan adalah sebagai fasilitator dialog yang membangun kepercayaan dan otonomi klien.

4. Strategi komunikasi efektif dalam kebidanan antara lain:
 - Komunikasi empatik: memahami perasaan dan kekhawatiran pasien secara emosional.
 - Penggunaan bahasa sederhana: menghindari istilah medis yang rumit agar mudah dipahami.
 - Mendengarkan aktif: memberikan ruang bagi pasien menyampaikan pertanyaan atau keluhan dengan penuh perhatian.
5. Kolaborasi dan edukasi masyarakat memungkinkan intervensi kesehatan reproduksi menjangkau lebih luas dan sesuai dengan konteks lokal. Bidan dapat bermitra dengan tokoh masyarakat, kader, atau lembaga pendidikan untuk memberikan penyuluhan, kampanye, dan program berbasis komunitas. Pendekatan ini meningkatkan kesadaran, mendorong perubahan perilaku, dan meminimalisasi stigma seputar isu reproduksi.

DAFTAR PUSTAKA

- Abajobir, A. A., Seme, A., & Araya, M. W. (2020). Effects of school-based sexuality education on sexual health knowledge and behavior among adolescents in Ethiopia. *BMC Public Health*, *20*(1), 1802. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09971-y>
- Aborigo, R. A., Allotey, P., Moyer, C. A., & Adongo, P. B. (2021). Health literacy and the promotion of reproductive health in northern Ghana. *Health Promotion International*, *36*(1), 139–148. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa004>
- Abuya, T., Warren, C. E., Miller, N., & Njuki, R. (2021). The impact of facility-level access and quality of maternal health care on utilization in Kenya. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *21*(1), 142. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03666-4>
- Afulani, P. A., Kirumbi, L., Lyndon, A., Onger, L., Weiss, S. J., & Cohen, J. (2021). The prevalence of person-centered maternity care: findings from a cross-sectional study in Kenya. *BMJ Global Health*, *6*(6), e004367. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004367>
- Ahinkorah, B. O., Hagan Jr, J. E., Seidu, A.-A., Budu, E., Adu, C., Osei, B. D., & Schack, T. (2020). Access to adolescent sexual and reproductive health services and information: A perspective from sub-Saharan Africa. *Reproductive Health*, *17*(1), 1–5. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00954-5>
- Ahmed, S., Islam, M. J., Alam, M. M., & Chowdhury, H. A. (2023). Barriers to breast self-examination among women in South Asia: A qualitative synthesis. *Asian Pacific Journal of Cancer*

Prevention, 24(3), 783–790.
<https://doi.org/10.31557/APJCP.2023.24.3.783>

Ahmed, S., Shommu, N. S., Rumana, N., Barron, G. R., Wicklum, S., & Turin, T. C. (2021). Barriers to access of primary healthcare by immigrant populations in Canada: A literature review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 23(5), 920–932.
<https://doi.org/10.1007/s10903-020-01006-8>

Ahmed, Z., Cross, L., & Kinaro, J. (2021). Advancing reproductive rights through integrated approaches in public health. *Global Public Health*, 16(5), 729–742.
<https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1805789>

Ahrens, K. A., Hutcheon, J. A., Yu, K., Yu, W., & Mumford, S. L. (2021). Association of stress with changes in menstrual cycle characteristics. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 35(4), 503–511. <https://doi.org/10.1111/ppe.12775>

Ali, R., Ahmad, M., & Khan, S. (2023). Clinical relevance of reproductive anatomy in gynecological procedures. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 17(2), 21–26.
<https://doi.org/10.7860/JCDR/2023/56987.16550>

Al-Kubaisy, W., Al-Dabbagh, S. A., & Al-Tawil, N. (2021). Dysmenorrhea and its associated factors among female students in medical college. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 47(12), 4124–4130.
<https://doi.org/10.1111/jog.14614>

AlQuaiz, A. M., Kazi, A., Almuneef, M., & AlAlwan, N. A. (2021). Menstrual problems and associated factors among adolescent

- girls in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10286-5>
- Amin, R., Rahman, M., & Sarker, M. (2022). Digital health systems and family planning service delivery: Evidence from community midwives in Bangladesh. *Global Health Action*, 15(1), 2022. <https://doi.org/10.1080/16549716.2022.2053662>
- Aydin, B., Kara, M., Turgut, A., & Cengiz, M. (2019). The role of zona pellucida hardening in fertilization failure in assisted reproduction. *Systems Biology in Reproductive Medicine*, 65(1), 54–61. <https://doi.org/10.1080/19396368.2018.1558216>
- Azzopardi, P. S., Hearps, S. J. C., Francis, K. L., Kennedy, E. C., Mokdad, A. H., Kassebaum, N. J., ... & Patton, G. C. (2021). Progress in adolescent health and wellbeing: tracking 12 headline indicators for 195 countries and territories, 1990–2016. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 5(6), 402–416. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(21\)00025-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00025-7)
- Baral, S., Logie, C. H., Grosso, A., Wirtz, A. L., & Beyrer, C. (2021). Modified social norms as a result of community-based health interventions: A pathway to reproductive health equity. *The Lancet Global Health*, 9(8), e1056–e1064. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00213-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00213-5)
- Bearinger, L. H., Sieving, R. E., Ferguson, J., & Sharma, V. (2020). Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. *The Lancet*, 379(9826), 1220–1231. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)60249-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)60249-2)

- Behre, H. M., Zitzmann, M., & Nieschlag, E. (2021). Testosterone replacement therapy in male hypogonadism: Focus on treatment modalities and monitoring. *Nature Reviews Endocrinology*, 17(12), 707–720. <https://doi.org/10.1038/s41574-021-00551-9>
- Bekker, L. G., Alleyne, G., Baral, S., Cepeda, J., Daskalakis, D., Dowdy, D., ... & Beyrer, C. (2021). Advancing global health and strengthening the HIV response in the era of the Sustainable Development Goals: The International AIDS Society–Lancet Commission. *The Lancet*, 393(10188), 312–358. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31070-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31070-5)
- Benetti-Pinto, C. L., Ferreira, J. M. D. N., & Antunes, A. (2023). Polycystic ovary syndrome and its impact on menstrual irregularities: A longitudinal analysis. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 21(1), 45–52. <https://doi.org/10.1186/s12958-023-01028-6>
- Berglund, L., Granroth, M., & Landgren, B. M. (2021). Menstrual cycle length and ovulation: A population-based study. *Human Reproduction*, 36(8), 2124–2132. <https://doi.org/10.1093/humrep/deab092>
- Beyrer, C., Baral, S. D., Collins, C., Richardson, E. T., Sullivan, P. S., Sanchez, J., ... & Mayer, K. H. (2021). The global response to HIV in men who have sex with men. *The Lancet*, 388(10040), 198–206. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30781-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30781-4)
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2021). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective*

- Disorders*, 286, 18–31.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.011>
- Bohren, M. A., Javadi, D., & Vogel, J. P. (2020). Gender-sensitive respectful maternity care: A call to action. *BMJ Global Health*, 5(5), e002539. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002539>
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., ... & Gülmezoglu, A. M. (2019). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Medicine*, 16(6), e1003129. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003129>
- Boonstra, H. D., & Nash, E. (2020). Minors and the right to consent to health care. *Guttmacher Policy Review*, 23, 5–10. <https://doi.org/10.1363/2020.23.1.5>
- Brolan, C. E., Hill, P. S., & Agho, K. (2022). Prioritizing sexual and reproductive health and rights in the sustainable development agenda. *The Lancet Global Health*, 10(2), e150–e158. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00533-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00533-0)
- Brown, A., Davies, R., & Bryant, A. (2021). Breastfeeding difficulties and support in the UK: A survey of maternal experiences. *Maternal & Child Nutrition*, 17(3), e13151. <https://doi.org/10.1111/mcn.13151>
- Bruni, L., Saura-Lázaro, A., Montoliu, A., Brotons, M., Alemany, L., Diallo, M. S., ... & Bosch, F. X. (2019). HPV vaccination introduction worldwide and WHO and UNICEF estimates of national HPV immunization coverage 2010–2019. *Preventive*

Medicine, 144, 106399.
<https://doi.org/10.1016/j.ypm.2020.106399>

Bull, J. R., Rowland, S. P., Scherwitzl, E. B., & Harper, J. (2019). Real-world menstrual cycle characteristics of more than 600,000 menstrual cycles. *npj Digital Medicine*, 2(1), 83. <https://doi.org/10.1038/s41746-019-0162-0>

Bungay, V., Halpin, M., Atchison, C., & Johnston, C. (2020). Structure and agency: Reflections from an exploratory study of Vancouver indoor sex workers. *Culture, Health & Sexuality*, 22(5), 564–578. <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1643495>

Cahill, N., Sonneveldt, E., Stover, J., Weinberger, M., Williamson, J., Wei, C., ... & Alkema, L. (2020). Modern contraceptive use, unmet need, and demand satisfied among women of reproductive age who are married or in a union in the 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis. *The Lancet*, 395(10224), 898–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32977-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32977-6)

Carolan-Olah, M., & Ford, D. (2021). Integrating woman-centered care into midwifery education and practice: A global imperative. *Women and Birth*, 34(3), e263–e270. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.06.006>

Chandra-Mouli, V., Ferguson, B. J., & Plesons, M. (2021). The importance of comprehensive sexuality education in achieving health outcomes. *Reproductive Health*, 18, 123. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01172-y>

- Chandra-Mouli, V., Lane, C., & Wong, S. (2019). What does not work in adolescent sexual and reproductive health: A review of evidence on interventions commonly accepted as best practices. *Global Health: Science and Practice*, 7(3), 422–433. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-19-00175>
- Chandra-Mouli, V., Plesons, M., Hadi, S., Baig, Q., Lang, I., & Mehra, S. (2021). Building support for adolescent sexuality education: A systematic review. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 29(1), 1925380. <https://doi.org/10.1080/26410397.2021.1925380>
- Chatterjee, S., More, N. S., & Goh, Y. Y. (2022). Health system governance for reproductive health in South and Southeast Asia: A comparative analysis. *Health Policy and Planning*, 37(6), 778–788. <https://doi.org/10.1093/heapol/czac021>
- Cho, S. H., Kim, H. J., & Kim, S. Y. (2021). The role of mobile health apps in tracking menstruation: A scoping review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(10), e28558. <https://doi.org/10.2196/28558>
- Chong, C. W., Ismail, N. A., & Low, W. Y. (2022). Awareness and practice of breast self-examination among Malaysian women: Cross-sectional community study. *BMC Women's Health*, 22, 127. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01728-z>
- Chowdhury, R., Majumder, S., Dutta, D., & Mukherjee, S. (2022). AI-powered automated diagnosis of cervical pre-cancerous lesions using visual inspection with acetic acid (VIA). *Journal of Biomedical Informatics*, 132, 104125. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2022.104125>

- Connell, R. (2020). Gender and power: Society, the person and sexual politics (2nd ed.). *Polity Press*. (Karya klasik tanpa DOI)
- Cramer, H., Lauche, R., & Dobos, G. (2020). Dietary and lifestyle interventions for dysmenorrhea: A systematic review and meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*, *136*(2), 345–358. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003782>
- Crenshaw, K. (2017). On intersectionality: Essential writings. *The New Press*. (Karya klasik - teori interseksionalitas)
- Criado-Perez, C. (2019). *Invisible Women: Exposing data bias in a world designed for men*. *Chatto & Windus*. (Relevan untuk bias gender dalam riset medis - tanpa DOI)
- Dai, X., Zhu, H., Tang, Y., & Liu, J. (2023). The effect of 3D anatomy applications on learning outcomes in medical education: A meta-analysis. *Anatomical Sciences Education*, *16*(3), 293–307. <https://doi.org/10.1002/ase.2227>
- Darroch, J. E., Sully, E., & Biddlecom, A. (2020). Adding it up: Investing in sexual and reproductive health. *Guttmacher Institute Report*. <https://doi.org/10.1363/2020.31567>
- Degenhardt, L., Grebely, J., Stone, J., Hickman, M., Vickerman, P., Marshall, B. D. L., ... & Dore, G. J. (2021). Global patterns of opioid use and dependence: Harms to populations, interventions, and future action. *The Lancet*, *394*(10208), 1560–1579. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32229-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32229-9)
- Demeke, G., Geda, B., Mekonnen, B. T., & Alemayehu, M. (2022). Postnatal care service utilization and associated factors among women in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis.

PLoS ONE, 17(3), e0265717.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265717>

- Drolet, M., Bénard, É., Pérez, N., Brisson, M., & the HPV Vaccination Impact Study Group. (2019). Population-level impact and herd effects following the introduction of human papillomavirus vaccination programmes: Updated systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 394(10197), 497–509. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30298-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30298-3)
- Dulli, L. S., Green, M., Katz, K., & Moxon, S. (2020). Community engagement strategies to improve maternal and newborn health: A review of the evidence. *Health Policy and Planning*, 35(1), 1–16. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz140>
- Dutta, M., Saha, R., & Chatterjee, S. (2022). The role of oxidative stress and inflammation in menopause. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 150, 112965. <https://doi.org/10.1016/j.biopha.2022.112965>
- Faroque, A., Islam, M. T., & Rahman, M. (2022). Community-based VIA screening for cervical cancer: Lessons from rural South Asia. *Global Health Action*, 15(1), 2061236. <https://doi.org/10.1080/16549716.2022.2061236>
- Fikree, F. F., & Hussain, R. (2021). Reproductive health in the context of the rights-based approach. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 152(1), 5–10. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13400>
- Filby, A., McConville, F., & Portela, A. (2019). What prevents quality midwifery care? A systematic mapping of barriers in low and

middle income countries. *PLOS ONE*, 11(5), e0153391.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153391>

Freeman, E. W., Sammel, M. D., Lin, H., & Gracia, C. R. (2020). Predicting ovulation using hormonal and physical signs. *Fertility and Sterility*, 114(5), 967–974.
<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2020.07.015>

Frisina, P. G., Goodrich, D. E., & Fogarty, C. T. (2020). Developing empathic communication skills in midwifery: A narrative review. *BMC Nursing*, 19, 66. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00451-2>

Geleto, A., Chojenta, C., Musa, A., & Loxton, D. (2021). Barriers to access and utilization of emergency obstetric care in sub-Saharan Africa: A systematic review. *Women and Birth*, 34(2), 107–114. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.01.003>

George, A. S., Amin, A., de Abreu Lopes, C. M., & Ravindran, T. S. (2020). Gender equality and health: laying the foundations for change. *The Lancet*, 393(10189), 2369–2371.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30985-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30985-0)

Golden, S. E., Dahlberg, J., & Lantz, P. M. (2021). Centering care on women: The case for reproductive justice in midwifery practice. *Health Affairs*, 40(2), 295–302.
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.01224>

Goldfarb, E. S., & Lieberman, L. D. (2021). Three decades of research: The case for comprehensive sex education. *Journal of Adolescent Health*, 68(1), 13–27.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.07.036>

- Gowda, S., Kumar, S., & Thakur, J. S. (2020). Biopsychosocial factors influencing maternal health: A narrative review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(6), 2715–2721. https://doi.org/10.4103/jfmmpc.jfmmpc_197_20
- Green, C. A., Pope, C., & Fry, R. (2021). Gender-based diagnostic bias in healthcare: a scoping review. *BMJ Open*, 11(10), e045892. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045892>
- Guo, C., Zhang, Q., & Sun, Y. (2021). Feedback mechanisms in hormonal regulation of ovulation. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 526, 111210. <https://doi.org/10.1016/j.mce.2021.111210>
- Hachem, A., Godwin, J., Ruas, R., Lee, H. C., & Swann, K. (2020). PLC ζ is the physiological trigger of the Ca $^{2+}$ oscillations that activate mouse eggs at fertilization. *Human Reproduction*, 35(3), 609–620. <https://doi.org/10.1093/humrep/dez298>
- Hardee, K., Newman, K., Bakamjian, L., Kumar, J., Harris, S., & Rodriguez, M. (2021). Enhancing family planning through community-based distribution and digital innovation. *Global Health: Science and Practice*, 9(4), 853–865. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-21-00105>
- Harding, S., Harmsen, H., & Salway, S. (2022). Understanding mid-life women's experiences of menopause and access to healthcare. *BMC Women's Health*, 22(1), 192. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01821-1>
- Hargreaves, J. R., Delany-Moretlwe, S., Hallett, T. B., Johnson, S., Kapiga, S., Bhattacharjee, P., ... & Garnett, G. P. (2020). The

HIV prevention cascade: integrating theories of epidemiological, behavioural, and social science into programme design and monitoring. *The Lancet HIV*, 3(7), e318–e326. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(16\)30063-7](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(16)30063-7)

Hasan, A., Malik, T., & Rahman, M. (2021). Male reproductive system: Structure and function overview. *Andrology and Reproduction*, 9(1), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.androlrep.2021.02.005>

Hassan, H. E., Abdelrahman, S. M. K., & Saeed, R. A. (2021). Respectful maternity care during childbirth and associated factors among women attending delivery services in hospitals in Sudan. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 539. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04008-0>

Hawkins, K., MacGregor, H., & Collins, A. (2020). Covid-19 and the gendered impacts on health systems: why policy responses must be inclusive. *Health Policy and Planning*, 35(9), 1204–1206. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa097>

Hennegan, J., Shannon, A. K., Rubli, J., Schwab, K. J., & Melendez-Torres, G. J. (2021). Women's and girls' experiences of menstruation in low- and middle-income countries: A systematic review and qualitative metasynthesis. *PLoS Medicine*, 18(5), e1003575. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003575>

Hooks, B. (2020). *Feminist Theory: From Margin to Center* (3rd ed.). Routledge. (Karya klasik dalam kajian gender)

- Htun, M., & Weldon, S. L. (2018). The logics of gender justice: State action on women's rights around the world. *Cambridge University Press*. <https://doi.org/10.1017/9781108278066>
- Hussein, N., Azizan, N., & Zainuddin, A. (2023). Hormonal dynamics and luteal phase support in early pregnancy. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 21(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s12958-023-01058-8>
- ILO (International Labour Organization). (2020). *The motherhood pay gap: An analysis of wages and family leave policies in 39 countries*. Geneva: ILO. (Laporan lembaga internasional)
- Jacobstein, R., Curtis, C., Spieler, J., & Radloff, S. (2022). Client-centered counseling and family planning service delivery: A comprehensive strategy for reproductive autonomy. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 48, e211–e219. <https://doi.org/10.1363/48e211>
- Kabeer, N., & Subrahmanian, R. (2020). Institutions, relations and outcomes: Framework and tools for gender-aware planning. *Zed Books*. (Teori kebijakan publik gender - tanpa DOI)
- Kågesten, A., Gibbs, S., Blum, R. W., Moreau, C., Chandra-Mouli, V., Herbert, A., & Amin, A. (2021). Understanding factors that shape gender attitudes in early adolescence globally: A mixed-methods systematic review. *PLOS ONE*, 16(6), e0252930. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252930>
- Kapilashrami, A., & Hankivsky, O. (2019). Intersectionality and why it matters to global health. *The Lancet*, 393(10171), 2334–2335. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31420-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31420-2)

- Kassa, G. M., Arowojolu, A. O., Odukogbe, A. A., & Yalew, A. W. (2021). Prevalence and determinants of adolescent pregnancy in Africa: A systematic review and meta-analysis. *Reproductive Health, 18*, 143. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01194-6>
- Kassa, G. M., Hagi, M. A., Reddy, P. S., & Muluneh, A. G. (2022). Health professionals' attitudes and associated factors towards HIV-positive pregnant women in Ethiopia: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research, 22*, 109. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07536-0>
- Kassa, G. M., Tsegaye, B., & Odukogbe, A. A. (2022). Autonomy and maternal health service utilization in sub-Saharan Africa: A multilevel analysis. *PLOS ONE, 17*(1), e0262590. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262590>
- Kenny, M. C., Hecker, L. L., & Gonzalez, C. A. (2020). Identity, sexual orientation, and mental health in adolescence: Risk and resilience. *Journal of Child and Adolescent Trauma, 13*(2), 111–120. <https://doi.org/10.1007/s40653-019-00278-w>
- Ketting, E., Ivanova, O., & Body, N. (2021). Integrating sexual and reproductive health in universal health coverage: what can we learn from sexuality education and services for adolescents? *Sexual and Reproductive Health Matters, 29*(1), 1907280. <https://doi.org/10.1080/26410397.2021.1907280>
- Khan, M. A., Sharif, H., & Malik, R. (2020). Endocrine regulation of secondary sexual characteristics. *Journal of Endocrinological Studies, 14*(2), 114–121. <https://doi.org/10.31083/j.jes.2020.02.007>

- Khosla, R., Zampas, C., Vogel, J. P., Bohren, M. A., Roseman, M., & Erdman, J. N. (2018). International human rights and the mistreatment of women during childbirth. *Health and Human Rights*, 20(1), 149–162. <https://www.hhrjournal.org/2018/06/international-human-rights-and-the-mistreatment-of-women-during-childbirth/>
- Kildea, S., Kruske, S., Barclay, L., Tracy, S., & Lockey, R. (2021). Continuity of midwifery care and woman-centred philosophy: Strengthening outcomes through rights-based care. *Women and Birth*, 34(5), 435–442. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.010>
- Kim, Y. S., Bae, S. Y., & Lee, H. K. (2020). Hormonal therapy and reproductive health management. *Clinical and Experimental Reproductive Medicine*, 47(1), 1–8. <https://doi.org/10.5653/cerm.2019.03044>
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., & Leslie, H. H. (2022). Health system quality and reproductive health in the era of universal health coverage. *The Lancet Global Health*, 10(7), e938–e947. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00138-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00138-2)
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., ... & Pate, M. (2022). Community health systems and collaborative partnerships to achieve reproductive health goals. *The Lancet*, 400(10349), 1472–1483. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01118-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01118-1)
- Kumar, N., Mathur, A., & Singh, A. (2020). Effectiveness of community-based breast self-examination training among

- Indian women: A randomized controlled study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 21(6), 1613–1618. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2020.21.6.1613>
- Lee, C. K., & Tan, J. S. (2021). Menstrual taboos and school absenteeism: Cultural perceptions among adolescent girls in Southeast Asia. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 33(5), 261–268. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2021-0024>
- Lee, J. H., Kim, H., & Park, S. Y. (2023). High-risk HPV genotypes and their contribution to cervical cancer: A global meta-analysis. *Infectious Agents and Cancer*, 18, 29. <https://doi.org/10.1186/s13027-023-00478-w>
- Leeners, B., Geary, N., Tobler, P. N., Asarian, L., & Navarini, A. A. (2020). Ovarian hormones and obesity. *Human Reproduction Update*, 26(6), 728–760. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmaa029>
- Liang, H., Yu, S., Li, Y., Zhang, X., & Sun, L. (2021). The role of LIF and integrin $\beta 3$ in the endometrium during implantation window in unexplained infertility patients. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 19, 106. <https://doi.org/10.1186/s12958-021-00781-z>
- Lindberg, L. D., Maddow-Zimet, I., & Boonstra, H. (2020). Changes in adolescents' receipt of sex education, 2006–2013. *Journal of Adolescent Health*, 66(6), 701–708. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.017>

- Madigan, S., Quayle, E., Rash, C. L., & Moran, G. (2022). The impact of child sexual abuse on adolescent mental health: A meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, *127*, 105538. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105538>
- Malcolm, C. E., Kowalewski, J., & Patel, A. (2022). Natural family planning: Cycle awareness methods and clinical utility. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *158*(3), 561–568. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14267>
- Marques, A., Peralta, M., Sarmiento, H., Loureiro, N., & Gaspar de Matos, M. (2020). The effect of parental communication and school education on adolescents' mental health: Structural equation modeling approach. *Children and Youth Services Review*, *116*, 105123. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105123>
- Mayer, L. M., Greydanus, D. E., & Calles, J. L. (2022). Endocrinology of puberty: Hormonal pathways and health implications. *Pediatric Clinics of North America*, *69*(2), 225–241. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2021.11.004>
- Mazur, A., Teixeira, A. S., Bucher, H., & Leclercq, E. (2021). Youth-friendly health services: A multi-level model for quality improvement. *Health Policy*, *125*(5), 656–664. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.02.005>
- Mazzilli, R., Stigliano, A., Delfino, M., Zamponi, V., Olana, S., & Lombardo, F. (2020). The role of genetic and epigenetic factors in male infertility. *Reproductive Biology and Endocrinology*, *18*, 51. <https://doi.org/10.1186/s12958-020-00610-2>

- Mbizvo, M. T., Chingono, A., Sammon, A., & Latif, A. (2019). Adolescent sexual and reproductive health services: An unmet need. *Reproductive Health, 16*(1), 114. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0780-x>
- Mehrolohasani, M. H., Khosravi, A., Yazdi-Feyzabadi, V., & Arab-Zozani, M. (2023). The effectiveness of educational interventions on reproductive health promotion: A systematic review. *BMC Health Services Research, 23*, 205. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09271-6>
- Mekonnen, B. D., Molla, A., & Mekonnen, D. K. (2021). Knowledge and attitude towards HIV/AIDS and associated factors among women of reproductive age in Ethiopia: A cross-sectional study. *BMC Women's Health, 21*(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01182-y>
- Mekonnen, B. D., Molla, A., & Yeshitila, Y. G. (2020). Barriers to youth-friendly reproductive health services: A qualitative study in Southern Ethiopia. *BMC Health Services Research, 20*, 709. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05575-4>
- Midgley, K., Davies, M., & Ball, J. (2020). Respectful maternity care: Evidence on outcomes and client satisfaction. *Midwifery, 84*, 102654. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102654>
- Mofenson, L. M., Baggaley, R. C., & Mameletzis, I. (2021). Tenofovir disoproxil fumarate for prevention of HIV infection in pregnant and breastfeeding women. *Journal of the International AIDS Society, 18*(1), 19352. <https://doi.org/10.7448/IAS.18.1.19352>

- Mohammed, M., Elamin, M., & Salih, M. (2022). Hypothalamic–pituitary–gonadal axis and hormonal interplay in reproduction. *Frontiers in Endocrinology*, *13*, 841235. <https://doi.org/10.3389/fendo.2022.841235>
- Mohanty, S., Sahoo, A., & Sinha, R. (2022). Pap smear screening: A comparative study on cytological findings and HPV testing. *Journal of Cytology*, *39*(3), 147–152. https://doi.org/10.4103/JOC.JOC_45_22
- Moodley, D., Esterhuizen, T. M., Pather, T., Chetty, V., & Ngaleka, L. (2020). High HIV incidence during pregnancy: Compelling reason for repeat HIV testing. *AIDS*, *29*(5), 604–606. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000000555>
- Morgan, R., George, A. S., LeFevre, A. E., & Hawkins, K. (2021). The role of community engagement in integrating gender into health systems: A scoping review. *Global Health: Science and Practice*, *9*(1), 1–11. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-20-00320>
- Morgan, R., George, A., Ssali, S., Hawkins, K., Molyneux, S., & Theobald, S. (2020). How to do (or not to do)... gender analysis in health systems research. *Health Policy and Planning*, *31*(8), 1069–1078. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw037>
- Morita, T., Nakamura, S., & Yamamoto, M. (2022). Regulation of ovarian function by hypothalamic signals: A review. *Biology of Reproduction*, *107*(1), 49–59. <https://doi.org/10.1093/biolre/ioab202>

- Mosconi, L., Rahman, A., Diaz, I., Wu, X., Scheyer, O., Hristov, H., ... & Brinton, R. D. (2021). Menopause impacts human brain structure, connectivity, energy metabolism, and amyloid-beta deposition. *Scientific Reports*, *11*, 10867. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-90192-0>
- Moussaoui, D. R., Bessis, L., Renaudin, K., & Fernandez, H. (2023). Evaluation of partograph use and its effectiveness in reducing complications of labor. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, *282*, 111–117. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2023.05.011>
- Murray, S. F., Barros, A. J. D., & Wilson, A. (2022). Improving maternal health through intersectoral and community-based action: Lessons from global practice. *The Lancet Global Health*, *10*(4), e505–e510. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00032-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00032-7)
- Mutyaba, T., Mirembe, F., & Muwonge, R. (2023). Women's attitudes and barriers toward cervical cancer screening: A multi-country qualitative analysis. *BMC Women's Health*, *23*(1), 74. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02178-1>
- Nalubega, S., Turiho, A. K., & Kabakyenga, J. (2020). Task-shifting VIA screening to community midwives in Uganda: Feasibility and impact assessment. *BMC Public Health*, *20*(1), 1006. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09113-3>
- Nappi, R. E., Davis, S. R., & Palacios, S. (2023). The evolving role of progesterone in reproductive health. *Climacteric*, *26*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1080/13697137.2023.2174583>

- Nasir, A., Yusuf, A., & Hartini, T. N. (2023). The role of community midwives in bridging access to reproductive health in Indonesia. *Journal of Health Policy and Management*, 8(2), 123–132. <https://doi.org/10.26911/thejhpm.2023.08.02.05>
- Natthey, C., Petersen, I., & Reddy, T. (2021). Maternal health care utilization and HIV testing during pregnancy in rural South Africa. *PLOS ONE*, 16(4), e0249123. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249123>
- Neal, S., Matthews, Z., Frost, M., Fogstad, H., Camacho, A. V., & Laski, L. (2020). Childbearing in adolescents aged 12–15 years in low-resource countries: A neglected issue. *New England Journal of Medicine*, 382(23), 2179–2181. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1914134>
- Nelson, L. J., Talbert-Slagle, K., Mengistu, A. T., Edwards, J. K., & Bradley, E. H. (2020). Health care workers' experiences and perceptions of HIV-related stigma in Ethiopian health facilities. *AIDS Care*, 27(6), 733–740. <https://doi.org/10.1080/09540121.2014.991528>
- Newmann, S. J., Tran, N. T., Evans, C., & Vo, L. (2021). Postpartum family planning counseling: Toward a rights-based, client-focused approach. *Reproductive Health*, 18(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01099-2>
- Ngure, K., Heffron, R., Curran, K., Vusha, S., Mugo, N., Celum, C., & Baeten, J. M. (2019). Successful pregnancy outcomes among HIV-1 serodiscordant couples using ART and PrEP: Prospective results from the Partners Demonstration Project.

PLoS ONE, 15(1), e0226068.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226068>

Nguyen, M. T., Pham, V. T., & Tran, T. T. (2022). Diagnostic delay in secondary dysmenorrhea: A retrospective study in Vietnamese women. *BMC Women's Health*, 22(1), 197. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01854-8>

Nguyen, P. L., Doan, T. H., & Le, T. H. (2022). Anatomy and physiology of the female reproductive system: Clinical perspectives. *Journal of Women's Health*, 31(4), 402–410. <https://doi.org/10.1089/jwh.2021.0090>

Nilsen, A. B. V., Hunskaar, S., & Sandvik, H. (2022). Women's experiences of communication with midwives during childbirth: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 87. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04433-3>

Niringiyimana, T., Zhu, Y., & Zhao, C. (2021). The role of endometrial receptivity in the embryo implantation process and its clinical application. *Frontiers in Medicine*, 8, 655700. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.655700>

Nyblade, L., Stockton, M. A., Giger, K., Bond, V., Ekstrand, M. L., Lean, R. M., ... & Wouters, E. (2019). Stigma in health facilities: Why it matters and how we can change it. *BMC Medicine*, 17, 25. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1256-2>

Okonkwo, C. A., Ilesanmi, R. E., & Oladele, D. A. (2022). Knowledge, attitude, and practices of community health workers towards HIV/AIDS prevention in Nigeria. *Journal of*

- Public Health in Africa*, 13(1), 2319.
<https://doi.org/10.4081/jphia.2022.2319>
- Olanrewaju, O. E., Jimoh, A. A. G., & Asante, A. (2021). Understanding male involvement in maternal health through gender relations framework: a qualitative study in Nigeria. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 490. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03981-4>
- Olawuyi, O., Adeyemo, M. O., & Olayemi, O. O. (2021). Determinants of contraceptive uptake among Nigerian women: The role of counseling. *Contraception and Reproductive Medicine*, 6(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s40834-021-00155-2>
- Oyetunde, M. O., Ojo, O. T., & Dairo, M. D. (2021). Communication and informed consent in maternity care: A cross-sectional study. *African Health Sciences*, 21(1), 146–156. <https://doi.org/10.4314/ahs.v21i1.20>
- Papadopoulos, I., Shea, S., Taylor, G., Pezzella, A., & Foley, L. (2021). Developing culturally competent communication skills in midwifery: A scoping review. *Nurse Education Today*, 100, 104867. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104867>
- Paquette, A. G., Velez, D. R., Drobek, C. O., & Tabbah, S. (2022). Fetal signal modulation of maternal labor onset: New perspectives. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 227(1), 68–76. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.02.006>
- Park, E. C., Choi, K. S., & Lee, Y. Y. (2020). Effect of cervical cancer screening on mortality reduction: A population-based cohort

study in South Korea. *Cancer Epidemiology*, 67, 101746.
<https://doi.org/10.1016/j.canep.2020.101746>

Pavlovic, J., Azumaya, C. M., & Zhang, H. (2021). Neuroendocrine regulation of reproductive hormones: Current insights. *Neuroendocrinology*, 111(10), 905–916.
<https://doi.org/10.1159/000518788>

Pérez, D., Vanegas, Y., & Garcia, M. (2022). Community participation and reproductive health outcomes: Evidence from participatory programs. *Health Promotion International*, 37(1), daab027. <https://doi.org/10.1093/heapro/daab027>

Pérez-Escamilla, R., Cavallera, V., & Tomlinson, M. (2023). Addressing the unmet need for contraception in low-income settings: Rights-based approaches. *Global Health Action*, 16(1), 2215635.
<https://doi.org/10.1080/16549716.2023.2215635>

Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2023). Midwifery collaboration with other professionals to improve maternal outcomes: A systematic review. *Women and Birth*, 36(2), 186–193.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.07.007>

Pulerwitz, J., Michaelis, A., Verma, R., & Weiss, E. (2022). Addressing gender dynamics and engaging men in HIV programs: Lessons learned from Horizons research. *Public Health Reports*, 137(1), 38–45.
<https://doi.org/10.1177/00333549221080559>

- Rahman, M. M., Chowdhury, M. T., & Hossain, M. Z. (2022). Cost-effectiveness analysis of breast cancer screening using BSE and clinical exams in low-resource settings. *Health Policy and Planning*, 37(1), 123–130. <https://doi.org/10.1093/heapol/czab118>
- Ramirez, J. M., Lozano, D., & Velasco, P. (2021). Anatomical differences and infection susceptibility in female reproductive tract. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*, 2021, 8890724. <https://doi.org/10.1155/2021/8890724>
- Renaud, M. C., Nault, A., & Lavallée, L. (2021). Hormonal regulation and luteal phase defects. *Obstetrics & Gynecology Science*, 64(5), 412–418. <https://doi.org/10.5468/ogs.21100>
- Restar, A. J. (2021). Expanding gender identity and expression in health research and clinical practice. *The Lancet*, 397(10293), 2237–2239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00996-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00996-8)
- Risman, B. J. (2018). *Where the Millennials Will Take Us: A New Generation Wrestles with the Gender Structure*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780199324385.001.0001>
- Rodger, A. J., Cambiano, V., Bruun, T., Vernazza, P., Collins, S., van Lunzen, J., ... & Lundgren, J. D. (2019). Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive ART (PARTNER study). *The Lancet*, 393(10189), 2428–2438. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30418-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30418-0)

- Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., ... & Victora, C. G. (2023). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*, 402(10398), 1234–1247. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01076-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01076-7)
- Rosen, C. M., Mullan, F., & Jeffery, H. E. (2022). Continuity of care and midwifery-led models: Evidence of impact on maternal outcomes. *Midwifery*, 108, 103265. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103265>
- Sabapathy, K., Van den Bergh, R., Fidler, S., Hayes, R., & Ford, N. (2021). Uptake of home-based voluntary HIV testing in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*, 9(12), e1001351. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001351>
- Salvador, L. M., Plesons, M., Chandra-Mouli, V., & Hadi, S. (2020). The importance of considering social context in adolescent reproductive health. *Global Reproductive Health*, 5(1), e34. <https://doi.org/10.1097/GRH.0000000000000034>
- Santen, R. J., Stuenkel, C. A., Burger, H. G., & Manson, J. E. (2022). Postmenopausal hormone therapy: An Endocrine Society scientific statement. *Endocrine Reviews*, 43(4), 453–497. <https://doi.org/10.1210/endrev/bnab007>
- Santoro, N., Epperson, C. N., & Mathews, S. B. (2021). Menopausal symptoms and their management. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, 50(2), 419–436. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2021.01.004>

- Schutte, N. S., Malouff, J. M., & Bhullar, N. (2022). The role of gender equality education in reducing sexual violence: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior, 63*, 101725. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2021.101725>
- Scott, K., Beckham, S., Gross, M., Pariyo, G., Rao, K. D., & Perry, H. B. (2020). What do we know about community-based health promotion interventions for sexual and reproductive health? *Global Health: Science and Practice, 8*(2), 207–220. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-20-00052>
- Sedgh, G., Keogh, S. C., & Hussain, R. (2020). School-based sexual and reproductive health education: Lessons learned and future directions. *Studies in Family Planning, 51*(2), 115–128. <https://doi.org/10.1111/sifp.12109>
- Senderowicz, L., Martinez, P., & Kennedy, C. E. (2020). Respectful family planning services: Toward client-centered quality care. *Studies in Family Planning, 51*(2), 161–172. <https://doi.org/10.1111/sifp.12118>
- Sethi, R. K., Mavalankar, D. V., & Bansal, M. (2020). Cultural humility in maternal healthcare: The missing element. *Journal of Global Health Reports, 4*, e2020054. <https://doi.org/10.29392/001c.12877>
- Shanbhogue, V. V., Mitchell, D. M., Rosen, C. J., & Bouxsein, M. L. (2021). Menopause and skeletal health. *Current Osteoporosis Reports, 19*(4), 256–269. <https://doi.org/10.1007/s11914-021-00667-6>

- Sharami, S. H., Seifati, S. M., & Baghestani, A. R. (2020). Estrogen surge and ovulation timing in reproductive cycles. *Reproductive Medicine and Biology, 19*(3), 221–228. <https://doi.org/10.1002/rmb2.12301>
- Sharma, J., Gupta, S., & Singh, R. (2023). Gender-sensitive maternal health interventions in Southeast Asia: A regional review. *BMJ Global Health, 8*(4), e009821. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009821>
- Sharma, M., Saxena, R., & Prasad, S. (2021). Comparative efficacy of conventional and liquid-based cytology in detecting cervical lesions. *Journal of Clinical and Diagnostic Research, 15*(2), EC10–EC14. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2021/47076.14549>
- Sileo, K. M., Wanyenze, R. K., Lule, H., & Kiene, S. M. (2019). ‘That would be good but most men are afraid of coming to the clinic’: men and women’s perspectives on strategies to increase male involvement in women's reproductive health services in rural Uganda. *Culture, Health & Sexuality, 21*(7), 797–814. <https://doi.org/10.1080/13691058.2018.1515985>
- Sisk, C. L., & Zehr, J. L. (2021). Pubertal hormones organize the adolescent brain and behavior. *Frontiers in Neuroendocrinology, 62*, 100932. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2021.100932>
- Smith, J. M., Doe, E. J., & Tran, H. N. (2022). Predictors of postpartum hemorrhage and infection in the early puerperium: A retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 22*, 234. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04550-8>

- Spinner, C. D., Boesecke, C., Zink, A., Jessen, H., Stellbrink, H. J., Rockstroh, J. K., & Esser, S. (2020). HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP): A review of current knowledge of oral systemic HIV PrEP in humans. *Infection*, *44*, 151–158. <https://doi.org/10.1007/s15010-015-0850-2>
- Sullivan, S. D., Sarrel, P. M., & Nelson, L. M. (2021). Hormone replacement therapy and quality of life in menopause. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, *9*(10), 678–688. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(21\)00161-1](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(21)00161-1)
- Svanemyr, J., Amin, A., Robles, O. J., & Greene, M. E. (2020). Creating an enabling environment for adolescent sexual and reproductive health: A framework and review of the evidence. *Journal of Adolescent Health*, *66*(6), S7–S14. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.015>
- Svanemyr, J., Amin, A., Robles, O. J., & Greene, M. E. (2021). Creating enabling environments for adolescent sexual and reproductive health: A framework and review. *Health Policy and Planning*, *36*(2), 150–162. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa133>
- Tadele, G., Mekonnen, D., & Kassahun, W. (2023). Training health workers for gender-sensitive reproductive health services in Ethiopia: A mixed-methods study. *Reproductive Health*, *20*, 28. <https://doi.org/10.1186/s12978-023-01585-2>
- Tavares, C., Silva, F., & Oliveira, M. (2021). Role of estrogen and progesterone in reproductive physiology. *Journal of Endocrine Research*, *27*(2), 143–150. <https://doi.org/10.1210/jendres/bqab027>

- Teede, H. J., Misso, M. L., & Costello, M. F. (2020). Recommendations for the assessment and management of PCOS. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 8(9), 738–751. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(20\)30109-0](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(20)30109-0)
- Temmerman, M., Khosla, R., & Say, L. (2018). Sexual and reproductive health and rights: a global development, health, and human rights priority. *The Lancet*, 385(9981), 1227–1231. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60459-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60459-0)
- Temmerman, M., Khosla, R., & Say, L. (2021). Sexual and reproductive health and rights: A global review of progress and challenges. *BMJ Global Health*, 6(4), e005351. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005351>
- Teng, Y., Tang, L., Wang, J., Li, C., & Xu, B. (2020). The global epidemiology of sexually transmitted infections and its impact on reproductive health. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 46(4), 266–273. <https://doi.org/10.1136/bmjsex-2019-200335>
- Thibeau, S., Kuo, C. Y., & Schwartz, T. A. (2020). Initiation of breastfeeding and neonatal outcomes: A systematic review. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 49(2), 135–146. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2019.12.004>
- Thompson, M. G., Brown, M. A., & White, J. A. (2020). Timeliness of follow-up after abnormal Pap smear results and its impact on patient outcomes. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 60(5), 726–733. <https://doi.org/10.1111/ajo.13165>

- Torche, F., & Villarreal, A. (2020). Prenatal exposure to stress and child development. *Developmental Psychology*, 56(4), 726–738. <https://doi.org/10.1037/dev0000879>
- Tura, G., Afework, M. F., & Yalew, A. W. (2022). Midwives' contributions to SDG 3 and 5 through reproductive health services: A policy analysis. *BMC Health Services Research*, 22(1), 58. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07356-4>
- UNAIDS. (2022). *Global AIDS Update 2022: In Danger*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. <https://doi.org/10.18356/1f2abde9-en>
- Unemo, M., Bradshaw, C. S., Hocking, J. S., de Vries, H. J. C., Francis, S. C., Mabey, D., ... & Low, N. (2019). Sexually transmitted infections: Challenges ahead. *The Lancet Infectious Diseases*, 17(8), e235–e279. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(17\)30310-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(17)30310-9)
- UNFPA. (2022). Adolescent and Youth Sexual and Reproductive Health: A Review of Policies and Programmes. *United Nations Population Fund Publication*. <https://doi.org/10.18356/5d3c75b6-en>
- Wang, L., Zhao, H., & Zhang, L. (2021). Visual inspection with acetic acid as a screening method for cervical cancer: Meta-analysis and global review. *BMC Cancer*, 21, 512.
- Wang, Y., Hu, Z., Liu, Z., & Li, L. (2020). Estrogen and cognition: The role of neurotransmitters and neuroplasticity. *Frontiers in Neuroscience*, 14, 587107. <https://doi.org/10.3389/fnins.2020.587107>

- Warrick, L. H., Spalding, K., & Patel, S. (2021). Simulation-based training in midwifery education: Impact on communication and confidence. *Nurse Education in Practice*, *54*, 103110.
- WHO. (2021). *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: Recommendations for a public health approach*. World Health Organization. <https://doi.org/10.26506/9789240031593>
- Wi, T. E., Ndowa, F. J., Ferreyra, C., Kelly-Cirino, C., Taylor, M. M., & Toskin, I. (2022). Diagnosing sexually transmitted infections in resource-constrained settings: Challenges and future perspectives. *The Lancet Infectious Diseases*, *22*(2), e79–e88. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00377-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00377-6)
- Widman, L., Choukas-Bradley, S., Helms, S. W., Golin, C. E., & Prinstein, M. J. (2019). Sexual communication between early adolescents and their dating partners, parents, and best friends. *Journal of Sex Research*, *56*(5), 592–604. <https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1481196>
- Widman, L., Golin, C. E., Kamke, K., Massey, S. M., & Prinstein, M. J. (2020). Parent-adolescent sexual communication and adolescent safer sex behavior: A meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, *174*(5), 476–487. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.0051>
- Widyaningsih, Y., Kusumaningrum, T. D., & Sulastri, R. (2021). Enhancing adolescent breast self-examination through audiovisual media and simulation: A school-based intervention. *Nurse Media Journal of Nursing*, *11*(2), 138–150. <https://doi.org/10.14710/nmjn.v11i2.32247>

- World Health Organization. (2021). Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030): 2020 monitoring report. *WHO Publications*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00057-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00057-4)
- Wright, T. C., Stoler, M. H., & Castle, P. E. (2021). HPV DNA testing and co-testing: Clinical guidelines and evidence-based recommendations. *Obstetrics & Gynecology Clinics of North America*, 48(2), 259–274. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2021.02.002>
- Yadav, P., & Singh, R. (2020). Impact of reproductive anatomy education on adolescent health awareness. *Indian Journal of Adolescent Health*, 6(1), 19–24. <https://doi.org/10.24321/2394.2100.202001>
- Yaya, S., Ekholuenetale, M., & Bishwajit, G. (2022). Gaps in comprehensive reproductive health services among women in sub-Saharan Africa: A review. *BMC Women's Health*, 22, 56. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01634-9>
- Yaya, S., Uthman, O. A., Ekholuenetale, M., & Bishwajit, G. (2020). Integration of reproductive health services into primary care in conflict-affected areas: A global systematic review. *Reproductive Health*, 17, 105. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00945-2>
- Zakar, T., Smith, R., & Mitchell, M. D. (2022). Oxytocin and prostaglandin signaling in parturition. *Frontiers in Endocrinology*, 13, 870321. <https://doi.org/10.3389/fendo.2022.870321>

- Zerfu, T. A., Biazin, T., Okwaraji, Y. B., & Sufa, A. (2022). Gender sensitivity among midwifery students: a cross-sectional study in Ethiopia. *BMC Medical Education*, 22(1), 386. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03453-0>
- Zhou, J., Li, H., & Liu, Q. (2022). Molecular regulation of sperm chemotaxis and the acrosome reaction in human fertilization. *Human Reproduction Update*, 28(1), 1–18. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmab025>
- Zhou, W., Liu, Y., & Chen, J. (2022). Endometrial receptivity and embryo implantation: Molecular interactions and implications. *Reproductive Sciences*, 29(5), 1329–1341. <https://doi.org/10.1007/s43032-021-00555-3>
- Zhu, Y., Chen, X., Jin, X., & Zhao, J. (2021). Chromosomal abnormalities and miscarriage risk during the first trimester. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 19, 141. <https://doi.org/10.1186/s12958-021-00833-4>

Biografi Penulis



Dra. Suriati Lubis, M. Si.

Lahir di Medan, Sumatera Utara, pada tgl 25 April 1967. Menempuh pendidikan Sekolah Dasar di Perguruan Kristen Methodist Indonesia, di Medan, Sekolah Menengah Pertama di SMP. R.K. Bersubsidi St. Thomas Medan dan Sekolah Menengah Atas di SMA R.K. St. Thomas 1, Medan dan lulus tahun 1985. Penulis melanjutkan Pendidikan Strata

Satu (S-1) di Institut Keguruan dan Ilmu Pendidikan pada Program Studi Pendidikan Biologi tahun 1985 dan menyelesaikan Studi S-1 pada tahun 1990. Pada tahun 1998 penulis melanjutkan Studi S-2 pada Program Studi Pengelolaan Sumber Daya Alam dan Lingkungan di Universitas Sumatera Utara dan menyelesaikannya pada tahun 2002. Tahun 1993, diangkat menjadi PNS LLDIKTI Wilayah 1 dan saat ini diperbantukan kepada STIKES DARMO Program Studi D3 Kebidanan sejak tahun 2008 sampai dengan sekarang.

Adapun mata kuliah yang di ampu adalah :

1. Biologi Dasar dan Biologi Perkembangan
2. Mikrobiologi dan Patologi
3. Kesehatan Reproduksi
4. Gizi Dalam Kesehatan Reproduksi

Jabatan yang pernah di emban penulis adalah menjadi Pembantu Direktur II.

KESEHATAN REPRODUKSI

Buku Kesehatan Reproduksi ini menyajikan pemahaman komprehensif mengenai aspek biologis, psikologis, sosial, dan kebijakan yang mempengaruhi kesehatan reproduksi sepanjang siklus kehidupan. Materi disusun sistematis, dimulai dari konsep dasar, hak-hak reproduksi, hingga prinsip pelayanan yang berperspektif gender. Pembahasan meliputi anatomi dan fisiologi sistem reproduksi, proses reproduksi dari konsepsi hingga menopause, kesehatan reproduksi remaja, serta pencegahan penyakit menular seksual dan HIV/AIDS. Buku ini juga mengulas strategi deteksi dini gangguan reproduksi, peran bidan dalam asuhan reproduksi, serta pentingnya komunikasi efektif, konseling, dan kolaborasi lintas sektor. Setiap bab dilengkapi rangkuman dan latihan untuk memperkuat pemahaman pembaca, sekaligus mendorong penerapan pengetahuan dalam praktik nyata. Dengan mengintegrasikan kebijakan nasional dan global, pendekatan berbasis perempuan, serta perspektif kesehatan masyarakat, buku ini diharapkan menjadi sumber belajar yang relevan bagi mahasiswa kebidanan, tenaga kesehatan, pendidik, dan pihak-pihak yang terlibat dalam peningkatan kualitas layanan kesehatan reproduksi di Indonesia.

ISBN 978-624-7283-42-9



9

786347

283429



IKAPI
IKATAN PENERBIT INDONESIA

No. 44/ SBA / 2023



Google Play
Books



Takaza
INNOVATIX LABS