

Pranikah dan Prakonsepsi: Pendekatan Kebidanan dalam Perawatan Reproduksi



Ratih Sakti Prastiwi, S.ST., MPH.
Juhrotun Nisa, S.ST., MPH.

Pranikah dan Prakonsepsi: Pendekatan Kebidanan dalam Perawatan Reproduksi

Ratih Sakti Prastiwi, S.ST., MPH.
Juhrotun Nisa, S.ST., MPH.



PT YAPINDO JAYA ABADI
Anggota IKAPI: No. 627/DKI/2023

Pranikah dan Prakonsepsi: Pendekatan Kebidanan dalam Perawatan Reproduksi

Penulis : Ratih Sakti Prastiwi, S.ST., MPH., dan Juhrotun Nisa, S.ST., MPH.
ISBN : 978-634-7289-82-7 (PDF)
Penyunting Naskah : Rizki Nur Ismail, S.Pd.
Tata Letak : Rizki Nur Ismail, S.Pd.
Desain Sampul : Novikean Keysah Sanisri

PT Yapindo Jaya Abadi

Jl. Tanjung Duren Raya No. 89 C RT 06/RW 05, Kelurahan Tanjung Duren Selatan, Kecamatan Grogol Petamburan, Kota Jakarta Barat, Daerah Khusus Ibukota Jakarta 11470

E-Mail : yapjadi@gmail.com

Website : yapindo.co.id

© Hak cipta dilindungi oleh undang-undang

Berlaku selama 50 (lima puluh) tahun sejak Ciptaan tersebut pertama kali dilakukan pengumuman.

Dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit. Ketentuan Pidana Sanksi Pelanggaran Pasal 2 UU Nomor 19 Tahun 2002 Tentang Hak Cipta.

1. Barang siapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) atau Pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (Tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).
2. Barang siapa dengan sengaja menyerahkan, menyiarkan, memamerkan, mengedarkan atau menjual kepada umum suatu Ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah)

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas izin-Nya buku *Pranikah dan Prakonsepsi: Pendekatan Kebidanan dalam Perawatan Reproduksi* dapat hadir di tengah masyarakat yang semakin sadar akan pentingnya kesiapan sebelum membangun keluarga.

Perjalanan menjadi orang tua tidak dimulai saat kehamilan terjadi, melainkan jauh sebelumnya—saat seseorang mempersiapkan diri secara fisik, mental, dan sosial untuk menjalani kehidupan berkeluarga. Buku ini membahas secara menyeluruh peran tenaga kebidanan dalam mendampingi calon pasangan suami istri agar siap secara menyeluruh menghadapi masa pranikah dan prakonsepsi.

Ditulis dengan gaya bahasa yang sederhana dan lugas, buku ini dapat dimanfaatkan oleh siapa pun yang ingin memahami pentingnya kesiapan reproduksi sejak awal. Informasi yang disampaikan tidak hanya berisi teori, tetapi juga menggugah kesadaran akan pentingnya tanggung jawab bersama dalam mewujudkan keluarga sehat dan harmonis.

Jakarta, September 2025

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI.....	iv
Bab 1: Perencanaan Remaja dalam Berkeluarga & Bereproduksi... 1	
1.1 Literasi Kesehatan Reproduksi Remaja & Hak SRHR	1
1.2 Kesiapan Menikah & Berkeluarga (Fisik-Psikologis-Sosial-Ekonomi).....	4
1.3 Perencanaan Reproduksi Bertanggung Jawab & Penetapan Tujuan Hidup.....	6
1.4 Peran Bidan/Pendidik dalam Pendampingan Remaja	9
1.5 Latihan Soal.....	11
Bab 2: Isu Terkini Pra-Konsepsi: Gizi & Gaya Hidup	12
2.1 Gizi Pra-Konsepsi: Status Gizi, IMT Target, Anemia, Mikronutrien.....	12
2.2 Suplementasi Pra-Konsepsi & Penguatan Pola Makan	15
2.3 Persiapan Kehamilan: Aktivitas Fisik, Tidur, Berhenti Merokok/Alkohol, Faktor Kerja & Lingkungan.	19
2.4 Vaksinasi Pra-Konsepsi yang Dianjurkan	21
2.5 Latihan Soal.....	24
Bab 3: Masalah Pra-Konsepsi yang Sering Ditemui.....	26
3.1 IMS Ringkas, Gangguan Endokrin (DM, Tiroid), PCOS	26
3.2 Gangguan Menstruasi (Oligomenore, Amenore, Dismenore, Siklus Tidak Teratur) & Implikasi pada Kesuburan	29
3.3 Malnutrisi/Obesitas dan Risiko Kehamilan.....	32
3.4 Kesehatan Mental dan Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT)	34
3.5 Penapisan Faktor Risiko dan Edukasi Pencegahan	36
3.6 Latihan Soal.....	39
Bab 4: Skrining Pra-Konsepsi: Paket Dasar & Interpretasi	40

4.1 Anamnesis Terarah & Pemeriksaan Fisik Pra-Konsepsi.....	40
4.2 Pemeriksaan Lab Dasar: Darah Rutin, Urin Rutin, Golongan Darah/Rhesus, Gula Darah.	43
4.3 Skrining Infeksi: TORCH, HBsAg/Hepatitis, HIV/AIDS, Sifilis (VDRL/RPR), TBC, Malaria.	46
4.4 Edukasi Hasil, Tindak Lanjut, dan Alur Rujukan dalam Asuhan Kebidanan	48
4.5 Latihan Soal.....	50
Bab 5: Konseling Sifilis & Infeksi Lain pada Fase Pra-Konsepsi .	52
5.1 Prinsip Konseling Sifilis: Pencegahan, Tes, Terapi & Partner Notification.....	52
5.2 Konseling HIV, Hepatitis, dan IMS Lain (Ringkas)	54
5.3 Komunikasi Sensitif Budaya & Kerahasiaan	56
5.4 Catatan Hukum/Etik dan Dokumentasi	58
5.5 Latihan Soal.....	61
Bab 6: Fertilitas & Infertilitas: Penilaian & Pemeriksaan Penunjang	62
6.1 Konsep Fertilitas & Infertilitas; Kriteria Waktu.....	62
6.2 Penilaian Ovulasi: Kurva Suhu Basal (BBT), Penilaian Mucus Serviks, Tes Fern, OPK.	65
6.3 Pemeriksaan Pasangan: Analisis Semen, HSG/USG (Pengantar).	67
6.4 Interpretasi Dasar, Konseling Waktu Subur, dan Kriteria Rujuk	69
6.5 Latihan Soal.....	71
Bab 7: Evidence-Based Care Pra-Nikah & Jarak Kehamilan	73
7.1 Intervensi Pra-Konsepsi Berbasis Bukti: Asam Folat Perikonsepsi, Kontrol M/Tiroid, Berhenti Merokok, Vaksinasi.	73
7.2 Konseling Pra-Nikah & Jarak Ideal Kehamilan	76
7.3 1000 HPK: Rasional & Kaitan dengan Fase Pra-Konsepsi..	78
7.4 Integrasi Skrining Pra-Nikah ke ANC Terpadu (HBsAg, DM, TBC, dsb.).	81

Bab 8: Persiapan Fisik & Psikologis Menghadapi Kehamilan	84
8.1 Perubahan Fisiologi Awal Kehamilan (Pengantar) dan Implikasinya	84
8.2 Konseling Premarital: Relasi, Komunikasi, Keuangan, dan Peran Keluarga	87
8.3 Manajemen Stres & Dukungan Sosial; Rencana Darurat Kesehatan	89
8.4 Latihan Soal.....	91
Bab 9: Perspektif Keluarga: Perempuan, Ayah, & Kesiapan Mengasuh	92
9.1 Psikologi Perempuan & Keluarga dalam Persiapan Kehamilan Sehat.....	92
9.2 Perkembangan Peran Perempuan & Dinamika Keluarga Menjelang Kehamilan	95
9.3 Persiapan Seorang Ayah Menjadi Orang Tua	97
9.4 Kesiapan Merawat Anak: Pengetahuan Dasar & Jejaring Dukungan	99
9.5 Latihan Soal.....	101
Bab 10: Implementasi Layanan Pranikah & Prakonsepsi	102
10.1 Desain Program: Kelas Calon Pengantin, Klinik Pra-Konsepsi, Jejaring Lintas Sektor	102
10.2 Indikator Kinerja, Monitoring–Evaluasi, dan Peningkatan Mutu	105
10.3 Latihan Soal.....	107
Profil Penulis.....	109
Daftar Pustaka	112

Bab 1: Perencanaan Remaja dalam Berkeluarga & Bereproduksi

1.1 Literasi Kesehatan Reproduksi Remaja & Hak SRHR

Literasi kesehatan reproduksi remaja merupakan salah satu aspek penting dalam pembangunan sumber daya manusia yang berkelanjutan. Dalam konteks ini, literasi tidak sekadar dimaknai sebagai kemampuan membaca atau memahami informasi, melainkan mencakup kemampuan individu untuk mengakses, memahami, mengevaluasi, dan menggunakan informasi kesehatan reproduksi secara efektif untuk membuat keputusan yang tepat mengenai tubuh dan kehidupannya. Di tengah pesatnya perkembangan teknologi informasi, remaja dihadapkan pada arus informasi yang deras, termasuk terkait dengan isu-isu kesehatan seksual dan reproduksi. Tanpa kemampuan literasi yang memadai, mereka rentan terhadap informasi keliru atau menyesatkan yang dapat berdampak negatif pada kesehatan fisik dan mental. Oleh karena itu, peningkatan literasi kesehatan reproduksi harus menjadi bagian integral dari pendidikan remaja, baik di lingkungan sekolah maupun komunitas.

Kesehatan reproduksi remaja berkaitan erat dengan pemenuhan hak-hak seksual dan reproduksi atau yang dikenal sebagai *sexual and reproductive health and rights (SRHR)*. Hak SRHR mencakup hak atas informasi dan layanan kesehatan yang memadai, hak untuk membuat keputusan secara sadar dan bertanggung jawab terkait seksualitas dan reproduksi, serta hak untuk bebas dari diskriminasi, kekerasan, dan pemaksaan dalam hal apapun yang menyangkut tubuh dan kehidupan seksual individu. Dalam banyak konteks sosial, remaja masih menghadapi berbagai hambatan dalam mengakses informasi dan layanan terkait SRHR, baik karena norma sosial-budaya, stigma, maupun kebijakan yang membatasi. Padahal, pengakuan dan perlindungan terhadap hak SRHR remaja menjadi kunci dalam upaya pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan, infeksi menular seksual, termasuk HIV, serta kekerasan seksual.

Pendidikan yang sensitif terhadap gender dan berbasis hak terbukti efektif dalam meningkatkan literasi dan kesadaran remaja terhadap isu-isu reproduksi dan seksual. Pendekatan ini mendorong partisipasi aktif remaja dalam memahami tubuh mereka, menghormati keberagaman orientasi seksual dan identitas gender, serta mengembangkan keterampilan pengambilan keputusan yang kritis. Dalam konteks Indonesia, meskipun terdapat upaya peningkatan akses terhadap pendidikan kesehatan reproduksi melalui kurikulum formal dan program-program luar sekolah, tantangan masih tetap besar. Salah satu tantangan utama adalah masih adanya resistensi dari sebagian masyarakat terhadap

pendidikan seksual karena dianggap bertentangan dengan nilai-nilai moral atau agama. Padahal, studi menunjukkan bahwa pendidikan seksual komprehensif justru tidak mendorong perilaku seksual dini, melainkan meningkatkan kesadaran dan tanggung jawab remaja terhadap pilihan-pilihan seksual mereka (Santelli et al., 2017).

Selain itu, penting juga menyoroti peran institusi keluarga dan tenaga pendidik dalam membangun pemahaman yang konstruktif terhadap literasi kesehatan reproduksi. Orang tua dan guru perlu diberikan pelatihan dan dukungan agar mampu menjadi sumber informasi yang kredibel dan ramah bagi remaja. Penelitian menunjukkan bahwa remaja lebih cenderung menerima dan menginternalisasi informasi apabila disampaikan oleh orang dewasa yang mereka percayai dan yang tidak menghakimi (Chandra-Mouli et al., 2018). Oleh karena itu, kebijakan yang mendorong kolaborasi antara sekolah, keluarga, dan tenaga kesehatan menjadi penting dalam membangun ekosistem yang mendukung literasi dan pemenuhan hak SRHR remaja.

Secara keseluruhan, literasi kesehatan reproduksi remaja tidak dapat dipisahkan dari pemenuhan hak SRHR sebagai bagian dari hak asasi manusia. Investasi dalam literasi ini bukan hanya soal pengendalian masalah kesehatan reproduksi, melainkan juga berkaitan dengan pemberdayaan remaja sebagai individu yang otonom dan bertanggung jawab. Negara dan seluruh pemangku kepentingan memiliki tanggung jawab untuk memastikan bahwa setiap remaja memiliki akses terhadap informasi, pendidikan, dan layanan yang sesuai dengan kebutuhan mereka. Hanya dengan

demikian, kita dapat mewujudkan generasi muda yang sehat, sadar hak, dan mampu berkontribusi secara bermakna dalam kehidupan sosial dan pembangunan bangsa.

1.2 Kesiapan Menikah & Berkeluarga (Fisik-Psikologis-Sosial-Ekonomi)

Kesiapan untuk menikah dan membentuk keluarga merupakan suatu proses multidimensional yang mencakup aspek fisik, psikologis, sosial, dan ekonomi. Kesiapan ini bukan hanya sekadar kemampuan biologis atau niat pribadi, melainkan juga melibatkan kematangan individu dalam menghadapi kompleksitas relasi dan tanggung jawab jangka panjang. Penelitian dalam bidang psikologi perkembangan dan sosiologi keluarga menunjukkan bahwa pernikahan yang dibangun di atas kesiapan yang matang cenderung memiliki tingkat keberhasilan dan kepuasan yang lebih tinggi (Amato, 2017).

1.2.1 Kesiapan Fisik

Kesiapan fisik merujuk pada kondisi kesehatan tubuh yang memungkinkan individu menjalani peran sebagai pasangan hidup dan, pada waktunya, sebagai orang tua. Hal ini mencakup tidak hanya kematangan reproduktif, tetapi juga stamina dan kebugaran yang memadai untuk menjalani rutinitas rumah tangga yang dinamis. Pemeriksaan kesehatan pranikah secara medis telah direkomendasikan sebagai bagian dari upaya pencegahan terhadap penularan penyakit genetik dan infeksi menular seksual

(Widyaningrum & Wibowo, 2019). Dengan demikian, kesiapan fisik bukan sekadar tidak adanya penyakit, tetapi juga keterlibatan aktif dalam menjaga gaya hidup sehat bersama pasangan.

1.2.2 Kesiapan Psikologis

Aspek psikologis mencakup kematangan emosi, stabilitas mental, serta kemampuan mengelola konflik dan tekanan dalam hubungan. Individu yang secara psikologis siap menikah umumnya telah memiliki identitas diri yang kuat, mampu berkompromi, serta terbuka terhadap proses adaptasi. Ketiadaan kesiapan psikologis sering kali menjadi faktor utama dalam konflik rumah tangga yang berujung pada perceraian atau disfungsi relasi (Karney & Bradbury, 2020). Oleh karena itu, intervensi seperti konseling pranikah sangat disarankan untuk mengevaluasi kesiapan emosional dan keterampilan interpersonal calon pasangan.

1.2.3 Kesiapan Sosial

Kesiapan sosial berhubungan dengan kemampuan individu dalam menjalin hubungan dengan lingkungan sosial, termasuk keluarga besar, tetangga, dan komunitas. Selain itu, pernikahan juga menuntut keterampilan komunikasi interpersonal yang matang dan kemampuan untuk menyelesaikan perbedaan nilai atau budaya antarindividu. Kehidupan berkeluarga tidak terlepas dari interaksi sosial yang kompleks, sehingga dukungan sosial dan keterbukaan terhadap peran sosial baru menjadi elemen penting (Fowers & Olson, 2018). Kesiapan ini juga berkaitan erat dengan kemauan pasangan untuk saling menerima latar belakang sosial satu sama lain.

1.2.4 Kesiapan Ekonomi

Stabilitas ekonomi merupakan aspek krusial dalam kesiapan membangun keluarga. Meskipun bukan satu-satunya penentu keberhasilan pernikahan, kondisi keuangan yang sehat memungkinkan pasangan untuk memenuhi kebutuhan dasar keluarga, merencanakan masa depan, serta mengurangi potensi konflik akibat tekanan finansial. Faktor ekonomi ini tidak hanya mencakup penghasilan tetap, tetapi juga kemampuan mengelola keuangan secara bijak (Lundberg & Pollak, 2020). Pendidikan keuangan dan keterampilan pengelolaan anggaran rumah tangga menjadi penting dalam konteks ini.

1.3 Perencanaan Reproduksi Bertanggung Jawab & Penetapan Tujuan Hidup

Perencanaan reproduksi yang bertanggung jawab serta penetapan tujuan hidup merupakan dua aspek yang saling terkait dalam membentuk kualitas kehidupan individu, keluarga, dan masyarakat. Dalam konteks pembangunan manusia, kemampuan untuk merencanakan keluarga dan menentukan arah hidup menjadi indikator penting kedewasaan dan kemandirian seseorang. Hal ini bukan hanya berkaitan dengan kesiapan biologis, tetapi juga mencakup aspek psikologis, sosial, dan ekonomi.

1.3.1 Makna Perencanaan Reproduksi Bertanggung Jawab

Perencanaan reproduksi bertanggung jawab merujuk pada kemampuan individu atau pasangan untuk membuat keputusan sadar

dan terinformasi mengenai jumlah anak, jarak kelahiran, serta waktu yang tepat untuk memiliki keturunan. Keputusan ini didasarkan pada pertimbangan kesejahteraan fisik, emosional, serta kesiapan sosial dan finansial (Siregar, 2018). Perencanaan ini juga melibatkan pemanfaatan *contraceptive methods* yang sesuai dan aman.

Selain itu, perencanaan reproduksi harus dilandasi oleh nilai kesetaraan gender dan hak asasi, di mana baik perempuan maupun laki-laki memiliki peran yang setara dalam menentukan keputusan reproduksi. Kesadaran ini penting dalam mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, menurunkan angka kematian ibu dan bayi, serta meningkatkan kualitas hidup keluarga secara keseluruhan (Kemenkes RI, 2020).

1.3.2 Dimensi Psikososial dalam Perencanaan Reproduksi

Perencanaan reproduksi tidak dapat dipisahkan dari kesiapan psikososial individu. Remaja dan dewasa muda sering kali menghadapi tekanan dari lingkungan sosial yang mempengaruhi keputusan mereka terkait reproduksi. Oleh karena itu, pendidikan kesehatan reproduksi yang komprehensif menjadi elemen penting dalam membentuk pemahaman yang benar mengenai risiko dan tanggung jawab dari aktivitas seksual (Utomo & McDonald, 2018).

Faktor psikososial lainnya adalah kemampuan komunikasi antar pasangan. Keputusan yang diambil bersama akan memperkuat stabilitas hubungan dan mendorong terciptanya pola asuh yang sehat bagi anak-anak. Intervensi berbasis komunitas yang mendorong dialog terbuka tentang kesehatan reproduksi telah terbukti meningkatkan perencanaan keluarga yang efektif (Putri, 2019).

1.3.3 Integrasi dengan Penetapan Tujuan Hidup

Penetapan tujuan hidup merupakan proses reflektif yang membantu individu mengenali nilai, aspirasi, dan arah kehidupan yang diinginkan. Dalam konteks perencanaan reproduksi, penetapan tujuan hidup menjadi panduan dalam menentukan kapan dan bagaimana seseorang siap membentuk keluarga. Tujuan hidup yang jelas membantu individu memprioritaskan pendidikan, karier, serta kesiapan emosional sebelum memasuki fase sebagai orang tua (Nurhayati, 2021).

Lebih jauh, penetapan tujuan hidup juga berkaitan erat dengan konsep *life planning*, yaitu pendekatan holistik yang menyelaraskan aspek kesehatan, relasi interpersonal, dan perkembangan diri. Individu yang memiliki rencana hidup jangka panjang cenderung lebih bertanggung jawab dalam memilih pasangan, merencanakan pernikahan, dan mengatur jarak kelahiran anak (Handayani & Prasetyo, 2017).

1.3.4 Tantangan dan Strategi Penguatan

Tantangan utama dalam pelaksanaan perencanaan reproduksi dan penetapan tujuan hidup di Indonesia meliputi rendahnya literasi kesehatan reproduksi, norma budaya yang membatasi peran perempuan, serta kurangnya akses terhadap layanan kesehatan yang ramah remaja. Strategi penguatan harus mencakup edukasi yang berbasis kurikulum sekolah, pelatihan keterampilan hidup (*life skills training*), dan peningkatan layanan konseling remaja (Yulianti, 2020).

Keterlibatan keluarga, sekolah, dan lembaga keagamaan juga penting dalam menciptakan ekosistem yang mendukung pengambilan keputusan yang sehat dan bertanggung jawab. Dengan demikian, proses perencanaan reproduksi dan penetapan tujuan hidup dapat dilakukan secara menyeluruh dan berkelanjutan.

1.4 Peran Bidan/Pendidik dalam Pendampingan Remaja

Pendampingan terhadap remaja merupakan aspek krusial dalam upaya pembentukan karakter, peningkatan kesehatan reproduksi, serta pencegahan risiko sosial. Bidan dan pendidik memainkan peranan strategis dalam hal ini, khususnya dalam menyampaikan informasi yang tepat, membentuk sikap positif, serta menciptakan lingkungan yang suportif bagi tumbuh kembang remaja. Keduanya tidak hanya bertugas sebagai penyampai informasi, tetapi juga sebagai *role model*, fasilitator, dan advokat bagi kebutuhan remaja.

1.4.1 Edukasi Kesehatan Reproduksi yang Komprehensif

Salah satu peran utama bidan dan pendidik adalah memberikan edukasi yang komprehensif mengenai kesehatan reproduksi. Remaja kerap menghadapi tantangan dalam memahami perubahan biologis dan psikososial yang dialaminya. Oleh karena itu, pendekatan edukatif harus mencakup aspek biologis, emosional, sosial, dan moral agar remaja memiliki pemahaman yang utuh dan bertanggung jawab terhadap dirinya.

Bidan dan pendidik perlu menyampaikan informasi dengan cara yang sesuai usia (*age-appropriate*) dan berbasis bukti ilmiah. Materi yang disampaikan mencakup anatomi dan fisiologi sistem reproduksi, menstruasi, pubertas, infeksi menular seksual, serta pentingnya menjaga kebersihan organ reproduksi. Penelitian menunjukkan bahwa edukasi kesehatan reproduksi yang dilakukan secara konsisten dapat menurunkan risiko perilaku seksual berisiko pada remaja (Pratiwi & Purwanti, 2019).

1.4.2 Pemberdayaan Remaja dalam Pengambilan Keputusan

Bidan dan pendidik berperan dalam membina kemampuan remaja untuk mengambil keputusan secara bijak, khususnya terkait dengan kesehatan dan masa depan mereka. Proses ini dikenal sebagai *empowerment*, yaitu mendorong remaja agar mampu mengenali nilai-nilai pribadinya, menetapkan tujuan hidup, serta memahami konsekuensi dari setiap pilihan yang diambil.

Melalui pendekatan partisipatif, remaja didorong untuk aktif dalam diskusi kelompok, simulasi pengambilan keputusan, serta refleksi pengalaman pribadi. Metode ini terbukti meningkatkan *self-efficacy* dan ketangguhan mental dalam menghadapi tekanan sosial (Utami & Nurmala, 2021). Selain itu, pendidik juga dapat mengintegrasikan nilai-nilai lokal dan kultural dalam pemberdayaan remaja, agar intervensi lebih relevan dengan konteks kehidupan mereka.

1.4.3 Pendampingan Psikososial dan Emosional

Remaja merupakan kelompok usia yang rentan terhadap tekanan emosional dan konflik identitas. Dalam hal ini, bidan dan

pendidik memiliki tanggung jawab untuk memberikan dukungan psikososial yang empatik. Intervensi tidak hanya bersifat informatif, tetapi juga melibatkan aspek afektif melalui konseling, sesi curhat terstruktur, dan pemantauan perkembangan perilaku remaja.

Relasi yang dibangun antara bidan/pendidik dan remaja hendaknya bersifat saling percaya dan tidak menghakimi. Dengan demikian, remaja merasa aman untuk mengungkapkan perasaan dan masalah yang mereka alami. Pendekatan ini juga penting dalam mendeteksi dini gejala gangguan psikologis, seperti depresi, kecemasan, atau gangguan makan, yang semakin meningkat di kalangan remaja dewasa ini (Setiawan & Nurhidayati, 2020).

1.5 Latihan Soal

1. Jelaskan pentingnya literasi kesehatan reproduksi untuk remaja.
2. Sebutkan empat aspek yang harus dipertimbangkan dalam kesiapan menikah dan berkeluarga.
3. Mengapa perencanaan reproduksi yang bertanggung jawab sangat penting bagi remaja?
4. Bagaimana cara bidan dapat mendampingi remaja dalam perencanaan keluarga dan reproduksi?
5. Jelaskan peran pendidik dalam memberikan edukasi tentang hak-hak SRHR remaja.

Bab 2: Isu Terkini Pra-Konsepsi: Gizi & Gaya Hidup

2.1 Gizi Pra-Konsepsi: Status Gizi, IMT Target, Anemia, Mikronutrien.

Gizi pra-konsepsi merupakan fondasi penting dalam perencanaan kehamilan yang sehat dan berkelanjutan. Status gizi perempuan sebelum konsepsi memiliki pengaruh langsung terhadap kualitas ovulasi, kesiapan endometrium, serta perkembangan embrio pada fase awal kehamilan. Salah satu indikator utama status gizi pra-konsepsi adalah *Body Mass Index (BMI)*, yang mencerminkan keseimbangan antara berat badan dan tinggi badan. Target *BMI* yang ideal sebelum hamil berada dalam rentang 18,5–24,9 kg/m², di mana nilai di bawah atau di atas kisaran tersebut dikaitkan dengan peningkatan risiko komplikasi obstetrik seperti infertilitas, keguguran spontan, preeklampsia, dan kelahiran prematur. Perempuan dengan *BMI* rendah cenderung mengalami defisiensi energi dan mikronutrien, sedangkan perempuan dengan *BMI* tinggi berisiko mengalami resistensi insulin dan inflamasi kronik, yang

dapat mengganggu kualitas oosit dan keberhasilan implantasi embrio.

Selain status antropometri, prevalensi anemia sebelum kehamilan juga menjadi isu gizi utama, khususnya di negara-negara berkembang. Anemia pra-konsepsi, yang umumnya disebabkan oleh defisiensi zat besi (*iron deficiency anemia*), dapat mengurangi cadangan hemoglobin yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan oksigen janin selama kehamilan. Anemia kronik juga telah dikaitkan dengan meningkatnya risiko retardasi pertumbuhan intrauterin, kelahiran dengan berat badan rendah, serta gangguan perkembangan kognitif anak. Oleh karena itu, deteksi dan penatalaksanaan anemia harus dilakukan sedini mungkin, termasuk melalui pemberian suplemen zat besi sebelum konsepsi. Zat besi berperan penting dalam proses eritropoiesis dan metabolisme seluler, dan kebutuhan terhadap mineral ini akan meningkat secara signifikan bahkan sejak masa pembuahan.

Selain zat besi, sejumlah mikronutrien lain juga memiliki peranan krusial dalam tahap pra-konsepsi. Asam folat, misalnya, terbukti secara ilmiah dapat mencegah cacat tabung saraf (*neural tube defects*) apabila dikonsumsi minimal satu bulan sebelum kehamilan dan dilanjutkan pada trimester pertama. Kebutuhan folat meningkat seiring dengan intensitas pembelahan sel dan perkembangan sistem saraf embrio. Kekurangan asam folat pada masa ini sering tidak disadari karena mayoritas kehamilan tidak direncanakan dan baru diketahui saat pembentukan organ telah terjadi. Mikronutrien lain yang tidak kalah penting adalah iodium,

yang mendukung fungsi tiroid dan perkembangan otak janin. Defisiensi iodium kronik dapat menyebabkan hipotiroidisme maternal, gangguan perkembangan mental anak, bahkan kretinisme. Oleh karena itu, program fortifikasi garam beryodium menjadi strategi gizi masyarakat yang perlu terus dijaga dan ditingkatkan cakupannya.

Vitamin D juga memiliki posisi strategis dalam status gizi pra-konsepsi, karena terlibat dalam regulasi imunitas, fungsi ovarium, serta implantasi embrio. Studi menunjukkan bahwa perempuan dengan kadar vitamin D rendah memiliki kemungkinan lebih tinggi mengalami infertilitas dan kegagalan implantasi pada program bayi tabung (IVF) (Thomson et al., 2019). Sayangnya, defisiensi vitamin D semakin umum dijumpai, bahkan di wilayah tropis, akibat gaya hidup yang membatasi paparan sinar matahari dan konsumsi makanan sumber vitamin D yang rendah. Oleh karena itu, intervensi gizi pra-konsepsi harus mencakup pemeriksaan status vitamin D serta edukasi mengenai asupan makanan bergizi seimbang dan paparan sinar matahari yang cukup.

Secara keseluruhan, pendekatan gizi pra-konsepsi yang komprehensif sangat diperlukan untuk memastikan bahwa calon ibu memasuki kehamilan dalam kondisi metabolik dan nutrisi yang optimal. Hal ini tidak hanya meningkatkan peluang terjadinya konsepsi yang sehat, tetapi juga berperan besar dalam menentukan hasil kehamilan, pertumbuhan janin, dan kesehatan anak dalam jangka panjang. Oleh karena itu, kebijakan kesehatan publik harus secara tegas mengintegrasikan intervensi gizi pra-konsepsi ke dalam

sistem layanan kesehatan primer, terutama dalam layanan konseling pra-nikah dan program keluarga berencana (Stephenson et al., 2018).

2.2 Suplementasi Pra-Konsepsi & Penguatan Pola Makan

Kesehatan reproduksi perempuan tidak hanya ditentukan pada masa kehamilan, tetapi juga sangat dipengaruhi oleh status gizi dan pola makan sebelum konsepsi. Periode pra-konsepsi merupakan jendela penting untuk mempersiapkan tubuh perempuan dalam menghadapi proses kehamilan, persalinan, serta perkembangan janin yang optimal. Dalam konteks ini, suplementasi gizi dan perbaikan pola makan menjadi intervensi kunci untuk meningkatkan status kesehatan ibu dan anak secara menyeluruh (Stephenson et al., 2018).

2.2.1 Pentingnya Suplementasi Gizi Pra-Konsepsi

Suplementasi pra-konsepsi bertujuan untuk memastikan ketersediaan mikronutrien esensial yang mendukung proses ovulasi, implantasi, dan perkembangan embrio awal. Beberapa mikronutrien utama meliputi asam folat, zat besi, kalsium, vitamin D, dan iodium, yang masing-masing memiliki peran spesifik: asam folat mencegah cacat tabung saraf pada janin, zat besi menurunkan risiko anemia ibu, kalsium dan vitamin D mendukung kesehatan tulang, serta iodium penting untuk fungsi tiroid dan perkembangan sistem saraf janin (Haider et al., 2017; Peña-Rosas et al., 2021).

Kebutuhan akan asam folat menjadi sangat kritis karena pembentukan sistem saraf pusat janin terjadi pada trimester pertama,

bahkan sebelum perempuan menyadari kehamilannya. Penelitian terbaru juga menunjukkan bahwa suplementasi pra-konsepsi dengan zat besi, vitamin D, dan mikronutrien lainnya dapat meningkatkan status gizi ibu serta mendukung kualitas reproduksi dan pertumbuhan embrio awal (Sun et al., 2023; Zhang et al., 2023). Oleh karena itu, intervensi suplementasi sebaiknya dimulai jauh sebelum konsepsi untuk memastikan ketersediaan mikronutrien yang optimal pada masa kritis perkembangan janin.

2.2.2 Peran Pola Makan dalam Kesiapan Reproduksi

Selain suplementasi, pola makan seimbang yang mencakup makronutrien dan mikronutrien memiliki peran yang signifikan dalam mendukung kesiapan reproduksi. Bukti empiris terbaru menunjukkan bahwa asupan tinggi serat, protein nabati, antioksidan, dan lemak sehat berkorelasi dengan peningkatan kualitas oosit, regulasi hormonal, dan probabilitas konsepsi pada perempuan, serta peningkatan parameter sperma pada laki-laki (Petre et al., 2025; Baroutis et al., 2024). Penelitian ini menekankan pentingnya konsumsi bahan pangan yang kaya mikronutrien dan antioksidan untuk mendukung fungsi fisiologis dan metabolik yang esensial bagi fertilitas.

Sebaliknya, konsumsi makanan ultra-proses, tinggi gula rafinasi, dan lemak trans dikaitkan dengan gangguan keseimbangan hormonal dan metabolik yang dapat menurunkan fertilitas. Studi kohort prospektif melaporkan paparan diet dengan indeks glikemik tinggi berkontribusi terhadap penurunan *fecundability* pada perempuan pra-konsepsi, yaitu probabilitas hamil dalam satu siklus

menstruasi. Pengaruh serupa juga diamati pada kualitas sperma pria (Aghaei et al., 2023; Mateu-Fabregat et al., 2024).

Selain itu, penelitian terbaru menunjukkan bahwa penyesuaian proporsi makronutrien dan asupan mikronutrien dapat mempengaruhi regulasi hormon reproduksi dan kesuburan, terutama pada kelompok dengan gangguan hormonal tertentu (Tsushima et al., 2024; Khalid et al., 2023). Temuan ini menekankan bahwa kualitas pola makan memiliki peran determinan dalam kesiapan reproduksi, tanpa membahas secara spesifik metode intervensi.

2.2.3 Strategi Integratif untuk Intervensi Gizi

Intervensi gizi pra-konsepsi menuntut pendekatan integratif yang tidak hanya berfokus pada aspek klinis, tetapi juga mencakup edukasi gizi, akses terhadap suplemen yang terstandarisasi, serta pemantauan status gizi melalui layanan kesehatan primer. Di Indonesia, strategi ini diperkuat melalui kebijakan pemerintah seperti Strategi Nasional Percepatan Penurunan Stunting sebagaimana diamanatkan dalam Peraturan Presiden No. 72 Tahun 2021, yang menekankan pentingnya intervensi sejak masa pra-konsepsi, remaja putri, hingga 1.000 HPK (Kementerian Kesehatan RI, 2021; BKKBN, 2022). Berbagai program seperti suplementasi Tablet Tambah Darah (TTD), skrining kesehatan pranikah, serta penguatan Posyandu Prima menjadi bagian dari intervensi gizi spesifik, sementara program perlindungan sosial seperti Program Keluarga Harapan (PKH) dan Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT) mendukung intervensi gizi sensitif melalui ketahanan pangan

keluarga (Kementerian Kesehatan RI, 2022; Kementerian Sosial RI, 2021).

Kontribusi dari berbagai pihak di luar pemerintah juga memperkuat strategi integratif ini. Salah satunya terlihat pada program Better Investment for Stunting Alleviation (BISA) yang dijalankan oleh Save the Children bersama Nutrition International. Program ini tidak hanya menyediakan edukasi gizi, tetapi juga mendorong remaja putri untuk rutin mengonsumsi tablet tambah darah dan memperkenalkan metode komunikasi perubahan perilaku yang lebih dekat dengan kehidupan sehari-hari, misalnya melalui demonstrasi praktis tentang pemberian MP-ASI (Nutrition International & Save the Children, 2021). Di tingkat global, lembaga seperti UNICEF dan WHO menekankan bahwa keberhasilan intervensi gizi tidak bisa dilepaskan dari dukungan lintas sektor—mulai dari perbaikan akses kesehatan, pemenuhan gizi, hingga sanitasi dan perlindungan sosial (UNICEF, 2021; WHO, 2020). Temuan penelitian juga sejalan dengan pendekatan ini: edukasi gizi berbasis komunitas terbukti meningkatkan kepatuhan konsumsi suplemen dan mendorong perubahan pola makan jangka panjang (Mason et al., 2020), sementara pelibatan pasangan maupun keluarga memberi pengaruh nyata terhadap keberlanjutan praktik sehat yang diadopsi (Girard et al., 2021).

2.3 Persiapan Kehamilan: Aktivitas Fisik, Tidur, Berhenti Merokok/Alkohol, Faktor Kerja & Lingkungan.

Persiapan kehamilan merupakan proses yang mencakup kesiapan fisik, mental, dan lingkungan guna mendukung terjadinya kehamilan yang sehat dan optimal. Intervensi pra-konsepsi memainkan peran penting dalam mencegah komplikasi selama kehamilan dan meningkatkan peluang kelahiran bayi yang sehat. Oleh karena itu, perhatian terhadap gaya hidup dan faktor eksternal perlu menjadi bagian dari rencana menyeluruh dalam mempersiapkan kehamilan.

2.3.1 Aktivitas Fisik dan Kesehatan Reproduksi

Aktivitas fisik yang teratur memiliki dampak positif terhadap kesehatan sistem reproduksi, keseimbangan hormonal, dan fungsi metabolisme tubuh. Latihan aerobik ringan seperti berjalan kaki, berenang, atau yoga telah terbukti meningkatkan kualitas ovulasi serta mengurangi risiko sindrom ovarium polikistik (*polycystic ovary syndrome*) yang dapat menghambat fertilitas (Silvestris et al., 2018). Namun, olahraga berlebihan yang bersifat intensitas tinggi justru dapat menurunkan kadar estrogen dan menyebabkan gangguan siklus menstruasi.

Oleh karena itu, penting bagi calon ibu untuk menerapkan aktivitas fisik yang seimbang dan sesuai dengan kondisi tubuh masing-masing. Konsultasi dengan tenaga medis sebelum memulai

atau mengubah pola olahraga menjadi langkah preventif yang bijak (Anderson et al., 2021).

2.3.2 Pola Tidur yang Sehat

Kualitas dan kuantitas tidur memiliki korelasi yang signifikan dengan kesuburan perempuan dan laki-laki. Kurang tidur dapat menyebabkan gangguan hormonal seperti peningkatan kadar kortisol dan resistensi insulin, yang berdampak negatif pada fungsi ovarium dan spermatogenesis (Zhang et al., 2020). Idealnya, individu dalam masa persiapan kehamilan perlu mendapatkan tidur malam selama 7–9 jam secara konsisten.

Pola tidur yang baik juga membantu menjaga suasana hati, mengurangi stres, serta meningkatkan daya tahan tubuh—semua faktor ini berkontribusi pada kesiapan fisik dan psikologis dalam menghadapi kehamilan.

2.3.3 Berhenti Merokok dan Menghindari Alkohol

Merokok dan konsumsi alkohol merupakan dua kebiasaan yang sangat berdampak pada kualitas reproduksi. Zat kimia dalam rokok, seperti nikotin dan karbon monoksida, dapat merusak sel telur dan menurunkan cadangan ovarium, sedangkan pada laki-laki, kebiasaan merokok berkorelasi dengan penurunan kualitas sperma (Soares et al., 2019). Demikian pula, alkohol mempengaruhi produksi hormon dan dapat meningkatkan risiko keguguran pada masa awal kehamilan.

Meninggalkan kebiasaan ini sebelum konsepsi merupakan langkah esensial untuk meminimalkan risiko kehamilan berisiko

tinggi serta memperbesar kemungkinan keberhasilan konsepsi yang sehat.

2.3.4 Faktor Pekerjaan dan Lingkungan Sekitar

Paparan terhadap lingkungan kerja yang penuh stres, paparan bahan kimia berbahaya, suhu ekstrem, atau radiasi dapat menurunkan kesuburan serta meningkatkan risiko kelainan perkembangan embrio. Profesi tertentu seperti pekerja pabrik, tenaga medis yang terpapar radiasi, atau pekerja malam memiliki potensi dampak negatif terhadap kesuburan jika tidak ditangani dengan baik (Choi et al., 2016).

Oleh karena itu, penting bagi calon orang tua untuk mengevaluasi kondisi lingkungan kerjanya. Menggunakan alat pelindung diri (APD), membatasi jam kerja lembur, serta menjaga kebersihan lingkungan rumah dan tempat tinggal adalah langkah konkret untuk menciptakan lingkungan yang aman dan mendukung kehamilan sehat.

2.4 Vaksinasi Pra-Konsepsi yang Dianjurkan

Masa pra-konsepsi merupakan periode penting dalam mempersiapkan kehamilan yang sehat. Intervensi yang dilakukan pada tahap ini memiliki pengaruh besar terhadap keberhasilan konsepsi, kesehatan ibu, serta tumbuh kembang janin. Dua aspek utama yang menjadi sorotan dalam isu pra-konsepsi saat ini adalah vaksinasi yang tepat dan kesiapan biologis melalui gizi serta gaya

hidup yang sehat. Kedua aspek tersebut saling melengkapi dalam menciptakan kondisi optimal sebelum terjadinya pembuahan.

2.4.1 Vaksinasi yang Dianjurkan pada Masa Pra-Konsepsi

Vaksinasi pada masa pra-konsepsi memiliki peran penting dalam mencegah infeksi yang dapat mengganggu kehamilan atau membahayakan janin. Beberapa jenis vaksin dianjurkan diberikan sebelum kehamilan, karena tidak dapat diberikan saat kehamilan berlangsung, khususnya yang mengandung virus hidup yang dilemahkan (*live attenuated vaccines*).

Beberapa vaksin yang dianjurkan antara lain adalah vaksin *Measles-Mumps-Rubella* (MMR), *Varicella*, hepatitis B, dan vaksin *human papillomavirus* (HPV). Vaksin MMR dan *Varicella* penting untuk mencegah risiko infeksi yang dapat menyebabkan keguguran atau kelainan kongenital. Vaksin hepatitis B dianjurkan karena infeksi kronis dapat menyebabkan komplikasi pada ibu dan bayi (Mak et al., 2020).

Selain itu, vaksin influenza musiman dan *Tetanus-Diphtheria-Pertussis* (Tdap) juga dapat diberikan sebelum kehamilan, terutama jika calon ibu belum pernah mendapatkannya sebelumnya. Pemberian vaksin yang tepat tidak hanya melindungi ibu, tetapi juga memberi kekebalan pasif terhadap janin di awal kehamilan (Tan et al., 2016).

2.4.2 Gizi sebagai Pondasi Kesehatan Reproduksi

Asupan gizi yang optimal sebelum konsepsi sangat memengaruhi kualitas sel telur, regulasi hormon, dan persiapan rahim. Zat gizi mikro seperti asam folat, zat besi, kalsium, dan

vitamin D merupakan elemen esensial yang harus terpenuhi. Asam folat, khususnya, terbukti dapat mencegah cacat tabung saraf jika dikonsumsi sejak masa pra-konsepsi.

Kekurangan zat gizi tertentu dapat menghambat proses ovulasi dan meningkatkan risiko komplikasi kehamilan. Oleh karena itu, skrining status gizi dan pemberian suplemen pra-konsepsi, seperti *multivitamin*, merupakan langkah preventif yang direkomendasikan dalam panduan kesehatan ibu (Stephenson et al., 2018).

2.4.3 Gaya Hidup Sehat dan Pencegahan Risiko Fertilitas

Selain gizi, gaya hidup juga memainkan peran sentral dalam kesiapan kehamilan. Kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, serta kurangnya aktivitas fisik terbukti berdampak negatif terhadap fertilitas dan kualitas embrio. Merokok, misalnya, diketahui dapat menurunkan cadangan ovarium dan mempercepat menopause dini.

Aktivitas fisik yang teratur, di sisi lain, dapat meningkatkan keseimbangan hormonal dan menjaga berat badan dalam kisaran ideal. Indeks massa tubuh (IMT) yang terlalu rendah atau terlalu tinggi dapat mengganggu siklus menstruasi dan menurunkan kemungkinan keberhasilan konsepsi (Gaskins & Chavarro, 2018). Oleh karena itu, perencanaan kehamilan sebaiknya disertai dengan modifikasi gaya hidup secara menyeluruh.

2.5 Latihan Soal

Kasus:

Rina (29 tahun) bekerja di sebuah perusahaan konsultan dengan jam kerja panjang. Ia dan suaminya merencanakan kehamilan dalam 6 bulan ke depan. Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan Hb 11 g/dL (borderline anemia) dan kadar vitamin D 18 ng/mL (defisiensi). Rina mengaku pola makannya didominasi makanan cepat saji, rendah buah, sayur, dan protein nabati. Ia tidak pernah mengonsumsi suplemen secara rutin, meskipun sudah mendengar bahwa asam folat penting untuk kehamilan.

Suaminya sehat, tetapi juga memiliki pola makan serupa. Mereka tinggal di perkotaan dengan akses mudah ke layanan kesehatan, namun jarang memanfaatkannya. Rina mengetahui bahwa pemerintah memiliki program suplementasi asam folat dan zat besi untuk perempuan usia subur, tetapi ia merasa kurang informasi mengenai cara mendapatkannya.

1. Apa hubungan pola makan Rina dengan risiko reproduksi yang mungkin ia alami?
2. Mikronutrien apa saja yang paling perlu diperhatikan pada periode pra-konsepsi, dan mengapa?
3. Bandingkan status gizi Rina saat ini dengan rekomendasi gizi pra-konsepsi menurut bukti penelitian terbaru (2021–2025).
4. Program pemerintah dan inovasi non-pemerintah apa yang dapat diakses Rina untuk meningkatkan status gizinya?

5. Bagaimana strategi integratif (pola makan, suplementasi, edukasi, dukungan sosial) dapat dirancang untuk kasus ini?
6. Faktor sosial, pekerjaan, dan budaya apa yang mungkin memengaruhi keberhasilan intervensi, dan bagaimana cara mengatasinya?

Bab 3: Masalah Pra-Konsepsi yang Sering Ditemui

3.1 IMS Ringkas, Gangguan Endokrin (DM, Tiroid), PCOS

Infeksi Menular Seksual (IMS) dan gangguan endokrin seperti diabetes melitus (DM), gangguan tiroid, serta *polycystic ovary syndrome* (PCOS) merupakan faktor penting yang memengaruhi kesehatan reproduksi perempuan usia subur. IMS adalah kelompok penyakit yang ditularkan melalui kontak seksual dan mencakup infeksi seperti klamidia, gonore, sifilis, herpes genital, hingga HIV. IMS sering kali bersifat asimtomatik, khususnya pada perempuan, sehingga berisiko menimbulkan komplikasi jangka panjang seperti infertilitas, kehamilan ektopik, serta peningkatan risiko penularan HIV. Deteksi dini dan pengobatan yang tepat sangat penting untuk mencegah dampak jangka panjang terhadap sistem reproduksi. Selain itu, edukasi terkait perilaku seksual yang aman dan peningkatan akses terhadap layanan kesehatan seksual menjadi strategi kunci dalam menekan prevalensi IMS di kalangan remaja dan dewasa muda.

Di sisi lain, gangguan endokrin juga memainkan peran sentral dalam kesehatan reproduksi perempuan. Salah satu gangguan yang cukup sering dijumpai adalah diabetes melitus, baik tipe 1 maupun tipe 2, yang memiliki implikasi serius terhadap fungsi ovarium dan keberhasilan kehamilan. Diabetes yang tidak terkontrol dapat menyebabkan gangguan ovulasi, peningkatan risiko keguguran, serta komplikasi kehamilan seperti preeklampsia dan makrosomia. Selain itu, hiperglikemia kronis dapat memengaruhi kualitas sel telur dan lingkungan intrauterin, sehingga berdampak pada pertumbuhan janin dan kesehatan jangka panjang anak. Oleh karena itu, kontrol glikemik yang ketat sebelum dan selama kehamilan sangat dianjurkan untuk meminimalkan risiko tersebut. Intervensi pra-konsepsi pada perempuan dengan DM harus mencakup konseling gizi, aktivitas fisik, dan pemantauan intensif kadar glukosa darah.

Gangguan tiroid, baik hipotiroidisme maupun hipertiroidisme, juga merupakan kondisi endokrin yang relevan terhadap fungsi reproduksi. Hipotiroidisme dapat menyebabkan gangguan menstruasi, ovulasi tidak teratur, dan infertilitas. Kondisi ini juga dikaitkan dengan risiko komplikasi obstetrik seperti keguguran berulang dan preeklampsia. Sebaliknya, hipertiroidisme yang tidak terkontrol dapat meningkatkan risiko kelahiran prematur dan retardasi pertumbuhan intrauterin. Karena hormon tiroid berperan penting dalam metabolisme dan perkembangan sistem saraf janin, keseimbangan kadar hormon tiroid sebelum dan selama kehamilan sangat penting. Skrining fungsi tiroid dianjurkan bagi

perempuan dengan gejala klinis, riwayat keluarga, atau infertilitas yang tidak terjelaskan (Alexander et al., 2017).

Salah satu gangguan endokrin yang paling kompleks adalah *polycystic ovary syndrome (PCOS)*, yang ditandai oleh hiperandrogenisme, anovulasi kronik, dan morfologi ovarium polikistik. PCOS tidak hanya berdampak pada kesuburan, tetapi juga dikaitkan dengan resistensi insulin, obesitas, serta peningkatan risiko penyakit metabolik dan kardiovaskular jangka panjang. Perempuan dengan PCOS sering mengalami siklus menstruasi tidak teratur, pertumbuhan rambut berlebih, jerawat, serta kesulitan untuk hamil. Meskipun etiologi PCOS bersifat multifaktorial dan belum sepenuhnya dipahami, intervensi gaya hidup seperti penurunan berat badan dan perbaikan diet telah terbukti efektif dalam mengembalikan ovulasi dan meningkatkan respons terhadap terapi fertilitas (Teede et al., 2018). Manajemen PCOS memerlukan pendekatan multidisiplin yang mencakup intervensi medis, nutrisi, psikologis, dan gaya hidup secara simultan.

Dengan demikian, baik IMS maupun gangguan endokrin seperti DM, gangguan tiroid, dan PCOS memerlukan perhatian khusus dalam konteks kesehatan reproduksi. Pemeriksaan rutin, edukasi kesehatan, serta penatalaksanaan multidimensional merupakan strategi utama dalam upaya pencegahan dan pengendalian komplikasi jangka panjang. Integrasi layanan kesehatan reproduksi dengan pendekatan endokrinologi akan memperkuat sistem pelayanan primer, khususnya dalam mendeteksi risiko dini serta mengoptimalkan intervensi sebelum kehamilan

terjadi. Kesadaran akan pentingnya pemeriksaan kesehatan menyeluruh sebelum konsepsi harus terus ditingkatkan di tingkat masyarakat maupun institusi layanan kesehatan.

3.2 Gangguan Menstruasi (Oligomenore, Amenore, Dismenore, Siklus Tidak Teratur) & Implikasi pada Kesuburan

Siklus menstruasi yang normal merupakan indikator penting dari kesehatan reproduksi perempuan. Gangguan menstruasi tidak hanya berdampak pada kualitas hidup sehari-hari, tetapi juga memiliki hubungan erat dengan kesuburan. Gangguan ini dapat mencerminkan adanya ketidakseimbangan hormonal, kelainan anatomi, atau disfungsi ovarium yang pada akhirnya memengaruhi kemampuan perempuan untuk berovulasi dan mempertahankan kehamilan. Oleh karena itu, pemahaman terhadap berbagai bentuk gangguan menstruasi dan kaitannya dengan kesuburan sangat penting dalam upaya pencegahan dan penanganan infertilitas.

3.2.1 Jenis-Jenis Gangguan Menstruasi

Gangguan menstruasi mencakup berbagai kondisi, mulai dari amenore (tidak menstruasi), oligomenore (menstruasi jarang), hingga menoragia (perdarahan berlebihan). Salah satu bentuk gangguan yang paling umum dan berkaitan langsung dengan infertilitas adalah *polycystic ovary syndrome (PCOS)*, yang ditandai oleh siklus menstruasi tidak teratur, hiperandrogenisme, dan adanya kista di ovarium (Teede et al., 2018).

Selain itu, gangguan yang paling sering terjadi pada wanita adalah sindrom premenstruasi (PMS), sindrom ini terjadi menjelang menstruasi dengan berbagai keluhan dari tingkatan ringan, sedang hingga berat. Hasil penelitian nisa dkk (2024) menyebutkan bahwa aktifitas fisik dan status gizi berhubungan (IMT) dengan keluhan tersebut, adapun keluhan yang paling banyak dialami yaitu dismenore. Dalam penelitian berbeda, Nisa dkk (2023) menyebutkan bahwa terdapat hubungan antara upaya yang dilakukan dengan penurunan keluhan PMS, adapun upaya yang paling banyak dilakukan yaitu dengan mengkonsumsi jamu-jamuan. Kondisi keluhan menjelang menstruasi yang tidak ditangani dengan baik dan tepat dapat memperparah kondisi calon ibu, sehingga beberapa upaya dapat dilakukan untuk mengatasi keluhan tersebut seperti yoga dan massage *effleurage*. Namun belum semua calon ibu mengetahui bahwa upaya tersebut dapat dijadikan alternatif/pengobatan nonfarmakologi untuk mengatasi keluhan menstruasi, sehingga perlu dilakukan edukasi. Pemberian edukasi tentang manfaat yoga dan massage *effleurage* terbukti dapat meningkatkan pengetahuan calon ibu, dan dapat menjadikan tubuh lebih relaks.

Permasalahan menstruasi seperti dismenore yang berat dan endometriosis dapat memengaruhi ovulasi dan fungsi reproduktif. Identifikasi jenis gangguan secara tepat menjadi langkah awal dalam penanganan medis yang terarah.

3.2.2 Dampak terhadap Proses Ovulasi

Gangguan menstruasi sering kali berkaitan dengan anovulasi, yaitu kondisi di mana ovulasi tidak terjadi. Anovulasi kronis akan menghambat pelepasan sel telur secara teratur, sehingga mengurangi peluang terjadinya pembuahan. Pada kasus *PCOS*, resistensi insulin dan ketidakseimbangan hormon luteinizing menyebabkan terganggunya pematangan folikel ovarium (Azziz et al., 2016). Dampak lainnya termasuk gangguan fase luteal yang menyebabkan endometrium tidak berkembang optimal untuk implantasi embrio. Kondisi-kondisi ini secara kolektif menurunkan probabilitas kehamilan alami dan meningkatkan kebutuhan akan intervensi fertilitas.

3.2.3 Strategi Diagnosis dan Intervensi

Diagnosis gangguan menstruasi yang berkaitan dengan kesuburan memerlukan pendekatan multidisipliner, termasuk anamnesis detail, pemeriksaan hormonal, dan pemantauan siklus ovulasi. Terapi yang digunakan sangat tergantung pada etiologi gangguan, mulai dari modifikasi gaya hidup dan pemberian obat hormonal, hingga intervensi *assisted reproductive technology (ART)* seperti induksi ovulasi atau fertilisasi in vitro. Penerapan terapi berbasis bukti dalam konteks gangguan menstruasi telah menunjukkan keberhasilan dalam mengembalikan siklus ovulasi dan meningkatkan peluang kehamilan (Legro et al., 2013).

3.3 Malnutrisi/Obesitas dan Risiko Kehamilan

Status gizi calon ibu sebelum dan selama kehamilan merupakan faktor penentu utama dalam menjaga kesehatan ibu dan janin. Dua kondisi ekstrem dalam status gizi—yakni malnutrisi dan obesitas—dapat menimbulkan berbagai komplikasi obstetrik yang berpengaruh terhadap hasil kehamilan. Oleh karena itu, pemahaman yang tepat mengenai dampak gizi terhadap kehamilan sangat penting dalam konteks pelayanan kesehatan maternal dan perencanaan kehamilan.

3.3.1 Dampak Malnutrisi terhadap Kehamilan

Malnutrisi, yang ditandai dengan kekurangan zat gizi makro maupun mikro, dapat meningkatkan risiko komplikasi kehamilan seperti anemia, retardasi pertumbuhan intrauterin (*intrauterine growth restriction*), dan kelahiran prematur. Kekurangan energi kronis, misalnya, telah dikaitkan dengan risiko rendahnya berat badan lahir (BBLR) dan keterlambatan perkembangan janin (Black et al., 2013).

Selain itu, defisiensi mikronutrien seperti zat besi, asam folat, dan yodium juga memiliki implikasi serius. Kekurangan asam folat pada masa awal kehamilan dapat menyebabkan cacat tabung saraf pada janin, sementara anemia akibat kekurangan zat besi meningkatkan risiko perdarahan pascapersalinan dan mortalitas ibu (Bhutta et al., 2019). Oleh karena itu, intervensi gizi pra-kehamilan dan selama kehamilan perlu dilakukan secara sistematis dan berbasis bukti.

3.3.2 Obesitas dan Komplikasi Obstetri

Sebaliknya, obesitas juga membawa risiko serius dalam kehamilan. Indeks massa tubuh (IMT) yang melebihi batas normal telah terbukti meningkatkan risiko preeklampsia, diabetes gestasional, kelahiran melalui operasi sesar, serta kelahiran bayi besar untuk usia kehamilan (*macrosomia*) (Poston et al., 2016). Gangguan metabolik yang menyertai obesitas, seperti resistensi insulin dan inflamasi sistemik, turut berkontribusi terhadap berbagai komplikasi tersebut.

Selain risiko pada ibu, obesitas juga berdampak jangka panjang pada kesehatan anak. Anak yang dilahirkan dari ibu obesitas memiliki risiko lebih tinggi mengalami obesitas dan gangguan metabolik pada masa remaja dan dewasa, memperkuat siklus transgenerasional obesitas (Catalano & Shankar, 2017). Hal ini menunjukkan pentingnya intervensi gaya hidup pada perempuan usia reproduktif sebelum konsepsi.

3.3.3 Intervensi Gizi sebagai Upaya Preventif

Upaya pencegahan dan penanganan malnutrisi serta obesitas harus bersifat menyeluruh dan dimulai sejak masa remaja. Konseling gizi, pemantauan status gizi secara berkala, serta pemberian suplemen zat gizi esensial merupakan langkah preventif utama yang direkomendasikan oleh berbagai badan kesehatan global. Edukasi tentang pola makan seimbang yang mencakup karbohidrat kompleks, protein berkualitas, lemak sehat, dan mikronutrien penting harus diprioritaskan (Renault et al., 2020).

Intervensi berbasis komunitas, seperti kelas persiapan kehamilan dan promosi gizi di fasilitas kesehatan primer, telah terbukti efektif dalam menurunkan prevalensi anemia dan memperbaiki status gizi perempuan pra-konsepsi. Keterlibatan lintas sektor, termasuk sektor pendidikan, kesehatan, dan pangan, diperlukan untuk membentuk ekosistem yang mendukung gizi optimal ibu hamil.

3.4 Kesehatan Mental dan Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT)

Kesehatan mental merupakan dimensi penting dalam kesejahteraan individu dan keluarga. Dalam konteks rumah tangga, dinamika relasi pasangan suami istri, termasuk potensi terjadinya Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT), menjadi faktor determinan yang signifikan terhadap stabilitas mental anggota keluarga, khususnya perempuan. KDRT tidak hanya berdampak fisik, tetapi juga menimbulkan luka psikologis jangka panjang yang seringkali tidak tampak secara kasat mata. Oleh karena itu, pemahaman mengenai hubungan antara kesehatan mental dan KDRT penting untuk dikaji secara komprehensif.

3.4.1 Dampak KDRT terhadap Kesehatan Mental Korban

KDRT merupakan bentuk pelanggaran hak asasi manusia dan termasuk dalam kategori trauma kompleks. Perempuan yang menjadi korban KDRT sering mengalami gangguan mental seperti depresi, gangguan kecemasan, gangguan stres pascatrauma (*post-*

traumatic stress disorder), bahkan risiko bunuh diri. Kekerasan psikologis—yang mencakup penghinaan, ancaman, dan manipulasi emosional—terbukti memiliki dampak jangka panjang yang lebih mendalam daripada kekerasan fisik semata (Devries et al., 2013).

Kondisi ini diperparah oleh rendahnya akses terhadap layanan kesehatan mental, serta stigma sosial yang menghambat korban untuk mencari pertolongan. Dalam banyak kasus, korban merasa terjebak dalam relasi yang merusak karena ketergantungan ekonomi atau tekanan budaya yang menganggap perceraian sebagai aib.

3.4.2 KDRT sebagai Faktor Risiko Transgenerasional

Efek KDRT tidak berhenti pada generasi korban langsung. Anak-anak yang tumbuh di lingkungan rumah tangga dengan kekerasan rentan mengalami gangguan perkembangan emosional dan perilaku. Mereka berisiko menginternalisasi kekerasan sebagai bentuk komunikasi yang sah, sehingga memperbesar kemungkinan untuk menjadi pelaku atau korban kekerasan di masa dewasa.

Penelitian menunjukkan bahwa anak-anak yang menyaksikan kekerasan terhadap ibu mereka memiliki kemungkinan lebih tinggi mengalami gangguan kecemasan dan kesulitan membentuk relasi interpersonal yang sehat di kemudian hari (Vu et al., 2016). Dengan demikian, KDRT harus dilihat tidak hanya sebagai isu relasional, tetapi juga sebagai ancaman terhadap kesehatan mental lintas generasi.

3.4.3 Pendekatan Intervensi Berbasis Trauma dan Konteks Sosial

Penanganan KDRT harus menggunakan pendekatan berbasis trauma (*trauma-informed care*), yang menekankan pada pemahaman terhadap pengalaman traumatis korban dan dampaknya terhadap perilaku serta respons emosional. Intervensi psikososial perlu disesuaikan dengan kebutuhan individu, termasuk konseling individu, terapi kelompok, dan layanan rujukan hukum atau sosial.

Selain itu, pemberdayaan komunitas dan peningkatan literasi kesehatan mental juga menjadi bagian penting dalam mencegah dan menanggulangi KDRT. Pendidik, tenaga kesehatan, dan tokoh masyarakat dapat berperan sebagai agen perubahan dalam menghapus budaya patriarki yang memaklumi kekerasan dalam rumah tangga.

3.5 Penapisan Faktor Risiko dan Edukasi Pencegahan

Upaya promotif dan preventif dalam pelayanan kesehatan memegang peranan krusial dalam menurunkan beban penyakit dan meningkatkan kualitas hidup masyarakat. Salah satu bentuk konkret dari upaya tersebut adalah penapisan atau *screening* terhadap faktor risiko yang berpotensi menimbulkan masalah kesehatan di masa depan. Penapisan ini harus diiringi dengan edukasi pencegahan yang tepat, agar individu maupun komunitas mampu memahami dan mengelola risikonya secara mandiri. Pendekatan ini sangat relevan

dalam konteks kesehatan reproduksi, penyakit tidak menular, dan kesehatan mental.

3.5.1 Penapisan sebagai Strategi Deteksi Dini

Penapisan faktor risiko merupakan strategi untuk mendeteksi masalah kesehatan sebelum munculnya gejala klinis. Misalnya, dalam bidang kesehatan reproduksi, dilakukan penapisan terhadap infeksi menular seksual, anemia, dan hipertensi sebelum kehamilan. Sementara dalam konteks penyakit tidak menular, *screening* terhadap obesitas, diabetes melitus, serta tekanan darah tinggi telah menjadi bagian dari pelayanan dasar di banyak negara.

Keberhasilan penapisan sangat bergantung pada ketepatan alat ukur, pemilihan populasi sasaran, serta kontinuitas tindak lanjut setelah deteksi dini. Studi menunjukkan bahwa program penapisan yang terstruktur dapat menurunkan angka kesakitan dan mortalitas, terutama bila dikombinasikan dengan intervensi perilaku (Wilson et al., 2019).

3.5.2 Edukasi Pencegahan Berbasis Bukti dan Budaya

Edukasi merupakan komponen yang tidak dapat dipisahkan dari kegiatan penapisan. Informasi yang disampaikan kepada individu harus bersifat *evidence-based*, relevan secara kultural, serta mudah dipahami oleh kelompok sasaran. Edukasi yang baik dapat mendorong perubahan perilaku, meningkatkan kesadaran risiko, dan memperkuat pengambilan keputusan yang sehat.

Dalam praktiknya, edukasi dapat dilakukan melalui pendekatan individual, kelompok, maupun komunitas. Materi yang disampaikan hendaknya mencakup pemahaman mengenai faktor

risiko, pentingnya deteksi dini, serta langkah-langkah preventif yang dapat dilakukan secara mandiri, seperti modifikasi pola makan, peningkatan aktivitas fisik, dan pengelolaan stres. Edukasi juga efektif bila disampaikan oleh petugas kesehatan yang kompeten dan memiliki keterampilan komunikasi interpersonal yang baik (Nutbeam et al., 2017).

3.5.3 Integrasi dalam Sistem Pelayanan Primer

Penapisan dan edukasi pencegahan perlu diintegrasikan dalam sistem pelayanan kesehatan primer untuk menjangkau populasi luas secara berkelanjutan. Puskesmas, klinik keluarga, dan posyandu menjadi ujung tombak dalam implementasi program ini, terutama di daerah dengan keterbatasan akses ke rumah sakit atau fasilitas tersier.

Penting pula untuk memastikan bahwa penapisan bukan hanya bersifat administratif, melainkan menjadi bagian dari intervensi aktif yang melibatkan pasien. Hal ini mencakup rujukan yang cepat, tindak lanjut terstruktur, serta pencatatan yang akurat dalam sistem informasi kesehatan. Selain itu, pemanfaatan teknologi digital seperti *mobile health* juga dapat memperluas jangkauan edukasi dan penapisan secara efektif di era transformasi digital saat ini.

3.6 Latihan Soal

Seorang perempuan datang ke Rumah Sakit untuk merencanakan program kehamilan setelah 2 tahun menikah namun belum juga memiliki anak. Ia mengatakan haidnya tidak teratur, hasil pemeriksaan menunjukan BB: 75 Kg, TB: 150 cm, Tanda vital dalam batas normal, pada pemeriksaan fisik ditemukan rambut pada daerah kaki dan ia juga tampak seperti memiliki kumis. Hasil USG: folikel berjumlah banyak dan kecil.

1. Apakah masalah prakonsepsi yang dialami oleh ibu tersebut?
2. Apakah Intervensi yang perlu diberikan pada ibu sesuai dengan kasus diatas?

Bab 4: Skrining Pra-Konsepsi: Paket Dasar & Interpretasi

4.1 Anamnesis Terarah & Pemeriksaan Fisik Pra-Konsepsi

Sebelum seorang perempuan hamil, penting dilakukan anamnesis terarah dan pemeriksaan fisik menyeluruh. Tujuannya sederhana: memastikan calon ibu berada dalam kondisi sehat, serta mendeteksi sejak dini faktor risiko yang bisa memengaruhi kehamilan atau membahayakan ibu dan janin.

4.1.1 Anamnesis Pra-Konsepsi

Anamnesis berarti wawancara sistematis untuk menggali informasi penting. Beberapa hal yang harus ditanyakan antara lain:

- **Riwayat menstruasi dan reproduksi:** pola haid, riwayat keguguran, atau komplikasi kehamilan sebelumnya. Informasi ini membantu memprediksi kemungkinan masalah kesuburan atau risiko obstetri.
- **Riwayat penyakit kronis:** misalnya hipertensi, diabetes, penyakit ginjal, atau gangguan tiroid. Penyakit-penyakit ini sering tidak menimbulkan gejala jelas, tetapi dapat berdampak

serius pada kehamilan jika tidak dikontrol sejak awal (Zeng et al., 2021).

- **Riwayat obat-obatan dan imunisasi:** beberapa obat bisa bersifat teratogenik, sementara status imunisasi menentukan kerentanan terhadap infeksi seperti rubella atau varicella yang dapat menyebabkan cacat bawaan.
- **Faktor gaya hidup:** merokok, konsumsi alkohol, pola makan, hingga aktivitas fisik. Faktor-faktor ini terbukti berkontribusi pada risiko infertilitas maupun komplikasi kehamilan (Zhang et al., 2022).
- **Riwayat keluarga:** adanya penyakit genetik atau kelainan bawaan dapat mengarahkan tenaga kesehatan untuk merekomendasikan konseling genetik (Sarma et al., 2021).

Pentingnya anamnesis terarah tidak hanya terletak pada pengumpulan informasi dasar, tetapi juga dalam membangun hubungan terapeutik antara tenaga kesehatan dan pasien. Komunikasi yang efektif selama anamnesis membantu menciptakan suasana yang terbuka dan aman bagi perempuan untuk membicarakan isu-isu sensitif, seperti riwayat kekerasan seksual, gangguan kesehatan mental, atau gangguan hubungan pasangan. Dalam konteks ini, pendekatan yang berorientasi pada perempuan (*woman-centered care*) harus menjadi prinsip utama, di mana otonomi, kenyamanan, dan kebutuhan khusus pasien dihormati sepenuhnya. (World Health Organization, 2020).

4.1.2 Pemeriksaan Fisik

Setelah anamnesis, dilakukan pemeriksaan fisik menyeluruh untuk menilai kondisi tubuh calon ibu. Beberapa komponen penting meliputi:

- **Antropometri:** pengukuran tinggi badan, berat badan, dan perhitungan indeks massa tubuh (BMI). Berat badan di luar batas normal dapat memengaruhi ovulasi, meningkatkan risiko infertilitas, dan menambah risiko komplikasi obstetri seperti preeklampsia atau diabetes gestasional (Zhang et al., 2022).
- **Tanda vital:** terutama tekanan darah, karena hipertensi sering kali tidak terdiagnosis sebelum kehamilan. Padahal, hipertensi pra-konsepsi merupakan faktor risiko utama terjadinya preeklampsia (Zeng et al., 2021).
- **Pemeriksaan organ spesifik:** palpasi tiroid penting untuk mendeteksi gangguan yang dapat memengaruhi metabolisme dan kesuburan. Pemeriksaan payudara maupun genital eksternal juga bisa dilakukan untuk mendeteksi kelainan yang berpotensi mengganggu fungsi reproduksi. Pada kasus tertentu, pemeriksaan panggul diperlukan, misalnya bila pasien memiliki riwayat nyeri haid berat atau infertilitas (Sarma et al., 2021).

4.1.3 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan tambahan dapat diarahkan berdasarkan hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik. Contohnya adalah:

- **Tes serologi pra-konsepsi** untuk memeriksa status imunisasi terhadap rubella, hepatitis B, dan varicella.

- **Tes laboratorium dasar seperti hemoglobin, feritin, gula darah puasa, serta fungsi ginjal.** Pemeriksaan ini membantu mendeteksi anemia defisiensi besi atau gangguan metabolik yang perlu ditangani sebelum kehamilan (Peña-Rosas et al., 2024; Zhang et al., 2023).

Pelaksanaan anamnesis dan pemeriksaan fisik pra-konsepsi yang sistematis dan komprehensif dapat secara signifikan meningkatkan kesiapan reproduksi perempuan, mencegah komplikasi kehamilan, dan mendukung hasil kehamilan yang optimal. Oleh karena itu, layanan pra-konsepsi seharusnya menjadi bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan primer, dan bukan hanya dilakukan bagi pasangan yang mengalami kesulitan hamil. Pelibatan aktif perempuan dalam proses ini juga memperkuat kesadaran akan pentingnya merencanakan kehamilan secara sadar dan sehat, sejalan dengan prinsip *reproductive life planning* yang menempatkan hak dan kesejahteraan perempuan sebagai pusat perhatian dalam perawatan kesehatan reproduksi (Dean et al., 2019).

4.2 Pemeriksaan Lab Dasar: Darah Rutin, Urin Rutin, Golongan Darah/Rhesus, Gula Darah.

Pemeriksaan laboratorium dasar merupakan bagian integral dari evaluasi kesehatan pra-konsepsi yang bertujuan untuk mendeteksi dini kondisi medis yang dapat memengaruhi kehamilan. Melalui pendekatan preventif ini, intervensi dapat dirancang secara tepat waktu untuk mengurangi risiko komplikasi pada ibu maupun

janin. Pemeriksaan dasar yang umum dilakukan mencakup darah rutin, urin rutin, golongan darah dan faktor *Rhesus*, serta gula darah. Meskipun tergolong prosedur standar, keempat jenis pemeriksaan ini memiliki implikasi klinis yang signifikan terhadap perencanaan kehamilan yang sehat.

4.2.1 Pemeriksaan Darah Rutin

Pemeriksaan darah rutin atau *complete blood count (CBC)* memberikan informasi dasar mengenai status hematologis seseorang, termasuk kadar hemoglobin, jumlah eritrosit, leukosit, dan trombosit. Hemoglobin rendah dapat mengindikasikan anemia defisiensi besi, kondisi yang sangat umum pada perempuan usia subur dan dapat berdampak pada pertumbuhan janin serta kapasitas oksigenasi selama kehamilan (Peña-Rosas et al., 2024). Pemeriksaan ini juga membantu mendeteksi adanya infeksi atau inflamasi sistemik yang dapat memengaruhi kesiapan tubuh menghadapi konsepsi.

4.2.2 Pemeriksaan Urin Rutin

Analisis urin rutin penting dalam mendeteksi adanya infeksi saluran kemih, proteinuria, atau glukosuria. Infeksi saluran kemih tanpa gejala yang tidak terdeteksi pada masa pra-konsepsi dapat berkembang menjadi pielonefritis pada kehamilan dan meningkatkan risiko kelahiran prematur (Habak & Griggs, 2020). Selain itu, keberadaan protein dalam urin juga dapat menjadi indikator awal gangguan ginjal yang perlu ditangani sebelum kehamilan berlangsung. Oleh karena itu, pemeriksaan urin rutin

berperan dalam memastikan kesehatan saluran ekskresi dan fungsi metabolik tubuh.

4.2.3 Golongan Darah dan Faktor Rhesus

Mengetahui golongan darah dan status faktor *Rhesus (Rh)* merupakan langkah penting dalamantisipasi komplikasi hemolitik. Inkompatibilitas *Rh* antara ibu *Rh*-negatif dan janin *Rh*-positif dapat menyebabkan penyakit hemolitik pada bayi baru lahir akibat pembentukan antibodi anti-D (Zipursky et al., 2018). Identifikasi dini memungkinkan pemberian profilaksis imunoglobulin anti-D pada ibu untuk mencegah sensitisasi. Selain itu, pengetahuan tentang golongan darah juga penting dalam penanganan perdarahan atau kebutuhan transfusi selama kehamilan dan persalinan.

4.2.4 Pemeriksaan Gula Darah

Pemeriksaan kadar gula darah puasa (GDP) atau tes toleransi glukosa oral (TTGO) dilakukan untuk mendeteksi *pre-diabetes* atau diabetes melitus tipe 2 yang tidak terdiagnosis sebelumnya. Hiperglikemia pra-konsepsi meningkatkan risiko cacat lahir kongenital, keguguran spontan, dan makrosomia janin (American Diabetes Association, 2021). Intervensi awal berupa modifikasi gaya hidup dan terapi farmakologis pada perempuan dengan disfungsi metabolik akan menurunkan kejadian komplikasi tersebut secara signifikan. Oleh karena itu, pemeriksaan ini menjadi komponen esensial dalam skrining metabolik pra-konsepsi.

4.3 Skrining Infeksi: TORCH, HBsAg/Hepatitis, HIV/AIDS, Sifilis (VDRL/RPR), TBC, Malaria.

Skrining infeksi merupakan langkah preventif yang krusial dalam perawatan kesehatan ibu hamil. Berbagai jenis infeksi memiliki potensi untuk ditularkan secara vertikal dari ibu ke janin dan dapat menyebabkan komplikasi serius seperti kelahiran prematur, kecacatan kongenital, hingga kematian neonatal. Oleh karena itu, pemeriksaan awal terhadap infeksi seperti TORCH, hepatitis B, HIV/AIDS, sifilis, tuberkulosis (TBC), dan malaria menjadi bagian integral dalam pelayanan antenatal.

4.3.1 Infeksi TORCH

TORCH merupakan kumpulan infeksi yang terdiri atas *Toxoplasma gondii*, *Other agents*, *Rubella virus*, *Cytomegalovirus* (CMV), dan *Herpes simplex virus*. Infeksi ini sangat berbahaya jika terjadi pada masa awal kehamilan, karena dapat mengakibatkan kelainan kongenital seperti mikrosefali, hidrosefalus, hingga gangguan penglihatan dan pendengaran (Lanzieri et al., 2015). Oleh karena itu, deteksi dini melalui pemeriksaan antibodi IgG dan IgM terhadap agen penyebab TORCH menjadi bagian penting dari skrining pra-konsepsi maupun awal kehamilan.

Khusus untuk rubella, deteksi imunitas melalui uji serologi rubella IgG sangat dianjurkan. Infeksi rubella pada trimester pertama berisiko tinggi menyebabkan *congenital rubella syndrome*, dan

dapat dicegah melalui imunisasi sebelum masa kehamilan (Pang et al., 2019).

4.3.2 Hepatitis B dan HIV/AIDS

Hepatitis B merupakan infeksi kronis yang dapat ditularkan dari ibu ke anak saat proses persalinan. Pemeriksaan antigen permukaan hepatitis B (HBsAg) wajib dilakukan untuk mengetahui status infeksi dan menilai risiko penularan. Ibu dengan HBsAg positif dan kadar DNA virus tinggi memiliki potensi tinggi menularkan infeksi ke bayi (Nelson et al., 2016).

Demikian pula, skrining HIV/AIDS menjadi prioritas utama dalam antenatal care. Dengan pemberian terapi antiretroviral yang tepat, risiko transmisi vertikal dapat ditekan secara signifikan, bahkan hingga di bawah 2% (WHO, 2020). Deteksi dini HIV memungkinkan intervensi tepat waktu demi menjaga kesehatan ibu dan bayi.

4.3.3 Sifilis, TBC, dan Malaria

Sifilis merupakan infeksi menular seksual yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat. Tes VDRL atau RPR digunakan sebagai alat skrining awal. Infeksi sifilis yang tidak diobati dapat menyebabkan keguguran, kelahiran mati, atau sifilis kongenital. WHO merekomendasikan pemeriksaan sifilis sebagai bagian dari paket skrining awal kehamilan (Korenromp et al., 2019).

Tuberkulosis (TBC) pada ibu hamil dapat menyebabkan dampak serius seperti berat lahir rendah, kelahiran prematur, hingga penularan pascakelahiran. Deteksi melalui uji tuberkulin atau

pemeriksaan sputum diperlukan terutama pada populasi risiko tinggi (Mathad & Gupta, 2012).

Di daerah endemis, malaria juga menjadi salah satu penyebab komplikasi obstetrik yang signifikan. Infeksi malaria selama kehamilan berhubungan dengan anemia berat, gangguan pertumbuhan janin, dan kematian neonatal. Oleh karena itu, skrining serta pemberian terapi pencegahan perlu diterapkan secara konsisten.

4.4 Edukasi Hasil, Tindak Lanjut, dan Alur Rujukan dalam Asuhan Kebidanan

Skrining pra-konsepsi merupakan pintu masuk penting dalam pelayanan kesehatan reproduksi. Dalam praktik kebidanan, skrining tidak hanya dimaknai sebagai serangkaian pemeriksaan laboratorium dan fisik, tetapi juga sebagai kesempatan untuk membangun pemahaman bersama antara bidan dan calon ibu mengenai kesiapan kehamilan. Keberhasilan proses ini sangat bergantung pada kemampuan bidan dalam memberikan edukasi hasil, merancang tindak lanjut, serta mengatur alur rujukan yang sesuai dengan kebutuhan pasien. Dengan kata lain, skrining pra-konsepsi menjadi bagian integral dari asuhan kebidanan yang berorientasi pada pencegahan komplikasi dan promosi kesehatan (WHO, 2020).

Pada tahap awal, bidan berperan melakukan paket pemeriksaan dasar, seperti pengukuran hemoglobin untuk

mendeteksi anemia, penentuan golongan darah dan rhesus, pemeriksaan gula darah puasa, tekanan darah, serta penapisan status imunisasi terhadap rubella, hepatitis B, varicella, HIV, dan sifilis. Semua pemeriksaan ini ditujukan untuk mengidentifikasi kondisi yang dapat mengganggu kesehatan ibu maupun janin. Bila terdapat indikasi tertentu, pemeriksaan tambahan dapat dilakukan atau dirujuk, misalnya untuk mendeteksi infeksi TORCH atau gangguan genetik (ACOG, 2021; Zeng et al., 2022). Bidan tidak hanya berfungsi sebagai pelaksana teknis, tetapi juga sebagai penghubung yang menjembatani hasil pemeriksaan dengan pemahaman pasien.

Setelah hasil diperoleh, peran bidan dalam edukasi menjadi sangat penting. Edukasi tidak boleh berhenti pada penyampaian data numerik, melainkan harus mampu menjelaskan arti hasil tersebut dalam konteks kehidupan pasien. Sebagai contoh, ketika ditemukan anemia, bidan dapat memberikan konseling mengenai pentingnya zat besi dan asam folat, sekaligus mendiskusikan strategi perbaikan pola makan sehari-hari. Jika pasien belum memiliki imunisasi rubella, bidan dapat menjelaskan urgensi vaksinasi serta memberikan informasi tentang penundaan kehamilan minimal satu bulan setelah vaksin diberikan. Pendekatan ini menuntut komunikasi yang empatik, partisipatif, dan berorientasi pada kebutuhan pasien sehingga keputusan yang diambil benar-benar melibatkan perempuan sebagai subjek utama (Van der Zee et al., 2020; WHO, 2020).

Tahap berikutnya adalah tindak lanjut dan rujukan. Bidan memegang peran kunci untuk memastikan hasil yang tidak normal

segera ditindaklanjuti secara sistematis. Misalnya, pada pasien dengan diabetes yang tidak terkontrol, bidan dapat merujuk ke spesialis penyakit dalam, atau pada pasien dengan riwayat keguguran berulang, rujukan ke spesialis kebidanan menjadi pilihan. Namun, rujukan bukan berarti melepas pasien sepenuhnya; bidan tetap bertugas mendampingi, memantau kepatuhan terhadap terapi, serta memberikan dukungan emosional selama proses berlangsung.

Untuk memperkuat kesinambungan asuhan, alur rujukan saat ini semakin didukung oleh sistem pencatatan medis elektronik dan pemanfaatan telemedicine. Teknologi ini memungkinkan bidan di layanan primer tetap berkoordinasi dengan tenaga kesehatan di tingkat rujukan, bahkan di wilayah dengan akses terbatas (Gogia et al., 2021; Song et al., 2023). Dengan demikian, tindak lanjut hasil skrining tidak hanya menjadi prosedur administratif, tetapi berkembang menjadi praktik kebidanan yang menyeluruh, terintegrasi, dan berpusat pada perempuan.

4.5 Latihan Soal

1. Seorang perempuan usia 27 tahun datang untuk konseling pra-konsepsi. Ia memiliki riwayat hipertensi ringan, pernah keguguran satu kali, dan rutin minum obat antihipertensi. Analisislah peran anamnesis dalam menentukan tindak lanjut asuhan kebidanan pada kasus ini.
2. Jika hasil pemeriksaan menunjukkan ibu dengan rhesus negatif dan suami rhesus positif, analisislah risiko yang mungkin timbul

bila kehamilan terjadi tanpa intervensi. Apa langkah pencegahan yang perlu disiapkan?

3. Seorang calon ibu dengan hasil positif IgM rubella pada pemeriksaan pra-konsepsi ingin segera hamil. Analisislah risiko pada janin dan berikan alasan medis mengapa ia perlu menunda kehamilan.
4. Dalam kasus hasil skrining menunjukkan anemia sedang dan status imunisasi rubella yang belum lengkap, analisislah manfaat melibatkan pasangan dalam proses edukasi dan pengambilan keputusan. Bagaimana keterlibatan pasangan dapat meningkatkan keberhasilan intervensi pra-konsepsi?

Bab 5: Konseling Sifilis & Infeksi Lain pada Fase Pra-Konsepsi

5.1 Prinsip Konseling Sifilis: Pencegahan, Tes, Terapi & Partner Notification

Sifilis merupakan salah satu infeksi menular seksual yang masih menjadi tantangan kesehatan global. Tanpa penanganan yang tepat, penyakit ini dapat berkembang dari infeksi primer yang tampak ringan menjadi kondisi kronik yang merusak sistem saraf, kardiovaskular, dan organ vital lainnya (Workowski & Bachmann, 2021). Dampaknya akan jauh lebih serius bila dialami oleh perempuan hamil, karena sifilis meningkatkan risiko keguguran, bayi lahir mati, kelahiran prematur, hingga sifilis kongenital yang dapat menyebabkan kecacatan permanen pada anak (Newman et al., 2013; WHO, 2016). Kondisi ini menjadikan konseling sifilis bukan sekadar layanan tambahan, tetapi bagian penting dari upaya menjaga kesehatan reproduksi dan generasi berikutnya.

Konseling yang efektif harus menekankan komunikasi yang empatik, nondiskriminatif, dan disampaikan dengan bahasa yang mudah dipahami. Tenaga kesehatan tidak hanya berperan dalam

memberikan informasi mengenai mekanisme penularan dan gejala awal seperti ulkus tidak nyeri, tetapi juga menguatkan kesadaran akan praktik seksual yang lebih aman. Edukasi ini mencakup penggunaan kondom, pembatasan jumlah pasangan seksual, dan pentingnya pemeriksaan rutin bagi kelompok berisiko (Workowski & Bachmann, 2021). Pendekatan yang humanis dan sesuai konteks sosial-budaya pasien terbukti lebih berhasil mendorong perubahan perilaku dibandingkan pendekatan yang menghakimi.

Aspek penting lain dalam konseling adalah pemberian informasi mengenai pemeriksaan sifilis. Deteksi dini dapat dilakukan melalui tes serologi non-treponemal seperti RPR (*Rapid Plasma Reagin*) dan VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*), yang kemudian dikonfirmasi dengan tes treponemal seperti TPHA (*Treponema pallidum Hemagglutination Assay*). Pada perempuan usia subur, terutama yang merencanakan kehamilan atau sedang hamil, skrining sifilis harus menjadi bagian dari evaluasi pra-konsepsi dan antenatal. Penelitian menunjukkan bahwa deteksi dan pengobatan sifilis pada masa kehamilan secara signifikan dapat menurunkan risiko sifilis kongenital hingga hampir 100% bila ditangani pada trimester pertama (Korenromp et al., 2019). Oleh karena itu, integrasi layanan skrining sifilis dengan pemeriksaan kehamilan rutin menjadi langkah strategis dalam menurunkan beban penyakit.

Setelah diagnosis ditegakkan, konseling dilanjutkan dengan pemberian informasi mengenai pengobatan. Penicillin G benzathine hingga kini tetap menjadi terapi lini pertama yang aman dan efektif,

termasuk untuk ibu hamil (WHO, 2016; Workowski & Bachmann, 2021). Pasien perlu memahami pentingnya kepatuhan terhadap jadwal pengobatan, kemungkinan efek samping, serta perlunya pemeriksaan ulang untuk memastikan keberhasilan terapi.

Elemen lain yang tidak kalah penting adalah *partner notification*. Memberitahu pasangan seksual agar ikut diperiksa dan diobati merupakan langkah krusial untuk mencegah reinfeksi sekaligus memutus rantai penularan. Proses ini menuntut kerahasiaan, empati, dan strategi komunikasi yang tepat. Beberapa layanan bahkan memfasilitasi pemberitahuan anonim untuk menjaga identitas pasien. Penelitian menunjukkan bahwa pendekatan konseling yang bebas stigma dapat meningkatkan keterlibatan pasien sekaligus efektivitas *partner notification* (Tucker et al., 2018; Ghanem et al., 2020).

Dengan demikian, konseling sifilis dapat dipahami sebagai intervensi holistik. Fokusnya bukan hanya pada kesembuhan individu, tetapi juga pada pencegahan komunitas. Edukasi yang komprehensif, skrining rutin, pengobatan tuntas, serta pelibatan pasangan menjadi strategi yang saling melengkapi dalam menurunkan beban sifilis terhadap kesehatan reproduksi.

5.2 Konseling HIV, Hepatitis, dan IMS Lain (Ringkas)

Konseling terkait *Human Immunodeficiency Virus (HIV)*, hepatitis, dan infeksi menular seksual (IMS) lainnya merupakan

bagian esensial dalam layanan kesehatan reproduksi, khususnya pada periode pra-konsepsi. Tujuan utama dari konseling ini adalah meningkatkan kesadaran, mendorong deteksi dini, serta meminimalkan risiko penularan kepada pasangan maupun calon janin. Proses konseling yang tepat akan memperkuat pengambilan keputusan yang bertanggung jawab, berbasis pemahaman risiko dan konsekuensi medis dari infeksi menular tersebut.

5.2.1 Konseling HIV

Konseling HIV mencakup edukasi mengenai jalur penularan, pentingnya deteksi dini melalui tes *voluntary counseling and testing* (VCT), serta strategi pencegahan seperti penggunaan kondom dan terapi antiretroviral. Deteksi HIV pada tahap pra-konsepsi memungkinkan pengendalian viral load melalui terapi yang efektif, sehingga menurunkan risiko transmisi vertikal kepada bayi hingga di bawah 2% (WHO, 2021). Konseling juga mencakup aspek psikososial, termasuk dukungan terhadap pasangan dan penguatan keterbukaan dalam relasi seksual (Mwapasa et al., 2017).

5.2.2 Konseling Hepatitis B dan C

Hepatitis B dan C memiliki potensi penularan yang tinggi melalui darah dan cairan tubuh. Konseling bertujuan untuk mengedukasi individu tentang risiko infeksi kronis, deteksi status *Hepatitis B surface antigen* (HBsAg), dan pentingnya vaksinasi. Bagi individu dengan status HBsAg positif, intervensi antiretroviral selama kehamilan serta pemberian imunoglobulin dan vaksin pada bayi baru lahir dapat mencegah transmisi perinatal secara signifikan

(Chang et al., 2016). Informasi ini penting untuk pengambilan langkah preventif dan perlindungan jangka panjang.

5.2.3 Konseling IMS Lain

IMS lain seperti sifilis, klamidia, dan gonore juga perlu dikonselingkan mengingat implikasinya terhadap kesuburan dan kehamilan. Sifilis kongenital, misalnya, dapat dicegah secara total melalui skrining dan pengobatan tepat waktu. Konseling IMS menekankan pentingnya deteksi dini, pengobatan berbasis bukti, dan perlindungan melalui perilaku seksual yang sehat. Edukasi yang komprehensif mendorong individu untuk bersikap terbuka terhadap skrining dan berperan aktif dalam menjaga kesehatan reproduksi pasangan.

5.3 Komunikasi Sensitif Budaya & Kerahasiaan

Dalam pelayanan kesehatan reproduksi dan maternal, komunikasi antara tenaga kesehatan dan klien tidak hanya dituntut untuk akurat secara klinis, tetapi juga harus memperhatikan nilai budaya dan prinsip kerahasiaan. Ketidakpekaan terhadap budaya lokal atau pelanggaran privasi dapat menimbulkan resistensi, penolakan layanan, atau bahkan trauma psikologis pada individu. Oleh karena itu, komunikasi yang sensitif budaya dan menjaga kerahasiaan informasi klien merupakan komponen esensial dalam praktik pelayanan yang beretika dan efektif.

5.3.1 Pentingnya Komunikasi Sensitif Budaya

Komunikasi sensitif budaya merujuk pada kemampuan tenaga kesehatan untuk mengenali, menghargai, dan menyesuaikan interaksi berdasarkan nilai, kepercayaan, serta praktik budaya yang dianut oleh pasien. Dalam konteks kehamilan, persalinan, dan kesehatan reproduksi, budaya sangat memengaruhi persepsi individu terhadap penyakit, pengobatan, serta proses pengambilan keputusan (Napier et al., 2014).

Sebagai contoh, dalam beberapa komunitas, isu kesuburan dan kehamilan dianggap tabu untuk dibicarakan secara terbuka, terutama oleh perempuan muda. Jika tenaga kesehatan tidak mampu memahami dan menyesuaikan pendekatan komunikasinya, maka klien mungkin tidak akan bersedia mengungkapkan informasi penting yang dibutuhkan untuk diagnosis atau intervensi (Kirmayer, 2012). Oleh karena itu, pelatihan komunikasi antarbudaya harus menjadi bagian integral dari kurikulum pendidikan profesi kesehatan.

5.3.2 Strategi Komunikasi Berbasis Budaya

Beberapa strategi yang terbukti efektif dalam membangun komunikasi sensitif budaya antara lain penggunaan bahasa yang dapat dipahami klien, melibatkan anggota keluarga atau tokoh masyarakat bila diperlukan, serta memberikan pilihan layanan yang menghargai norma budaya setempat. Selain itu, pendekatan empatik dan tidak menghakimi menjadi kunci dalam membangun kepercayaan (Betancourt et al., 2016).

Penting pula untuk memahami bahwa budaya bersifat dinamis. Tidak semua anggota suatu kelompok budaya akan memiliki pandangan yang sama. Oleh karena itu, pendekatan yang dipersonalisasi dan berfokus pada pasien perlu diutamakan, sembari tetap menghormati nilai-nilai kolektif yang mungkin dipegang oleh komunitas asal pasien.

5.3.3 Kerahasiaan sebagai Prinsip Etis Universal

Kerahasiaan informasi klien merupakan prinsip dasar dalam etika pelayanan kesehatan. Hal ini mencakup perlindungan terhadap semua bentuk data medis, psikologis, maupun sosial yang diperoleh selama proses pelayanan. Pelanggaran terhadap kerahasiaan tidak hanya berdampak pada kepercayaan pasien, tetapi juga berpotensi menimbulkan stigma dan kerugian sosial (Gopichandran & Indira Krishna, 2013).

Dalam konteks layanan reproduksi, isu-isu seperti kehamilan yang tidak diinginkan, status HIV, atau riwayat kekerasan seksual memerlukan penanganan yang sangat berhati-hati. Protokol ketat dalam pengelolaan data, penggunaan ruang konseling tertutup, serta pelatihan petugas dalam menjaga etika komunikasi sangat diperlukan untuk memastikan bahwa privasi klien terlindungi dengan baik.

5.4 Catatan Hukum/Etik dan Dokumentasi

Dalam praktik pelayanan kesehatan, aspek hukum dan etika merupakan fondasi yang tidak terpisahkan dari proses pelayanan

profesional, termasuk dalam konteks pelayanan pra-konsepsi dan kebidanan. Selain itu, dokumentasi menjadi instrumen krusial dalam memastikan bahwa seluruh tindakan klinis dan komunikasi dengan klien tercatat dengan benar dan sah. Oleh karena itu, pemahaman mendalam mengenai prinsip hukum dan etika, serta keterampilan dalam pencatatan yang tepat, menjadi kompetensi inti bagi tenaga kesehatan.

5.4.1 Prinsip Etik dalam Pelayanan Pra-Konsepsi

Pelayanan pra-konsepsi melibatkan interaksi langsung dengan individu atau pasangan yang merencanakan kehamilan, sehingga nilai-nilai etik seperti otonomi, benefisiensi, non-malefisiensi, dan keadilan harus dijunjung tinggi. Otonomi mengharuskan tenaga kesehatan menghormati keputusan pasien yang telah diberikan informasi yang cukup. Dalam praktiknya, ini berarti pasien memiliki hak untuk menerima atau menolak skrining dan intervensi tertentu setelah melalui proses *informed consent*.

Benefisiensi dan non-malefisiensi menjadi dasar dalam memberikan manfaat terbesar dan meminimalkan risiko bagi klien. Misalnya, sebelum merekomendasikan imunisasi rubella pra-konsepsi, bidan harus menjelaskan manfaat dan risikonya secara seimbang. Selain itu, prinsip keadilan menghendaki agar semua klien, tanpa memandang status sosial atau ekonomi, memperoleh layanan yang sama berkualitasnya (Beauchamp & Childress, 2019).

5.4.2 Pertimbangan Hukum dalam Pelayanan Kesehatan Reproduksi

Aspek hukum dalam pelayanan kesehatan berkaitan dengan perlindungan hak-hak pasien serta kewajiban hukum tenaga kesehatan. Dalam konteks kebidanan, hukum yang relevan mencakup kewajiban menjaga kerahasiaan informasi pasien, pemberian *informed consent*, serta pelaporan kejadian khusus seperti dugaan kekerasan atau kondisi medis yang wajib dilaporkan.

Dokumen hukum seperti Surat Persetujuan Tindakan Medis (SPTM) harus disusun secara sah, lengkap, dan ditandatangani kedua belah pihak. Pelanggaran terhadap prinsip hukum ini dapat berimplikasi serius, baik secara etik maupun litigasi. Tenaga kesehatan yang abai dalam mendokumentasikan layanan atau tidak melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan berisiko menghadapi tuntutan hukum (Rosen & Kahan, 2020).

5.4.3 Dokumentasi Profesional dan Tanggung Jawab Legal

Dokumentasi medis berfungsi sebagai catatan legal, alat komunikasi antarprofesi, serta dasar evaluasi dan penelitian. Seluruh proses skrining, hasil laboratorium, edukasi, hingga rujukan harus dicatat secara lengkap, jelas, dan kronologis. Format pencatatan harus mengacu pada standar institusi serta prinsip akuntabilitas profesional.

Dalam konteks digitalisasi, penggunaan *electronic medical records* (EMR) juga harus memenuhi prinsip keamanan data dan akses terbatas untuk menjaga kerahasiaan pasien. Pencatatan yang

buruk, tidak lengkap, atau tidak konsisten dapat melemahkan posisi hukum tenaga kesehatan dalam kasus sengketa medis.

Penting juga untuk mencatat diskusi yang melibatkan pertimbangan etik atau keputusan sulit, termasuk catatan reflektif tentang bagaimana keputusan tersebut diambil. Ini menunjukkan bahwa keputusan klinis tidak hanya berbasis teknis, tetapi juga mempertimbangkan nilai dan konteks pasien.

5.5 Latihan Soal

1. Mengapa partner notification penting dalam konseling sifilis?
2. Apa tujuan utama pemberian terapi ARV sebelum kehamilan pada pasien HIV positif?
3. Bagaimana prinsip komunikasi sensitif budaya dapat diterapkan dalam konseling pra-konsepsi?
4. Sebutkan langkah pencegahan utama untuk mencegah penularan hepatitis B pada pasangan pra-konsepsi.
5. Mengapa dokumentasi hasil konseling penting dilakukan oleh tenaga kesehatan?

Bab 6: Fertilitas & Infertilitas: Penilaian & Pemeriksaan Penunjang

6.1 Konsep Fertilitas & Infertilitas; Kriteria Waktu

Konsep fertilitas dan infertilitas merupakan dua aspek sentral dalam kesehatan reproduksi yang tidak hanya berkaitan dengan kapasitas biologis seseorang untuk bereproduksi, tetapi juga berdampak luas pada aspek psikologis, sosial, dan budaya dalam kehidupan individu maupun pasangan. Fertilitas secara umum didefinisikan sebagai kemampuan pasangan untuk menghasilkan keturunan secara alami melalui hubungan seksual tanpa bantuan teknologi reproduksi. Dalam kondisi ideal, pasangan dengan hubungan seksual teratur dan tanpa kontrasepsi memiliki kemungkinan kehamilan sebesar 20–25% per siklus menstruasi, dan sebagian besar kehamilan terjadi dalam waktu 12 bulan. Sebaliknya, infertilitas diartikan sebagai ketidakmampuan pasangan untuk memperoleh kehamilan setelah melakukan hubungan seksual rutin tanpa kontrasepsi selama minimal 12 bulan, atau 6 bulan bagi perempuan berusia 35 tahun ke atas. Kriteria waktu ini menjadi dasar

diagnosis klinis yang digunakan secara internasional oleh berbagai organisasi kesehatan, termasuk World Health Organization (WHO).

Infertilitas dapat bersifat primer, yaitu ketika pasangan belum pernah mengalami kehamilan sebelumnya, maupun sekunder, ketika kehamilan sebelumnya pernah terjadi tetapi tidak berhasil memperoleh kehamilan lagi. Fenomena infertilitas diperkirakan memengaruhi sekitar 10–15% pasangan usia subur di seluruh dunia, dengan distribusi penyebab yang melibatkan faktor perempuan, laki-laki, atau keduanya. Pada perempuan, penyebab umum meliputi gangguan ovulasi, kelainan tuba falopi, endometriosis, atau faktor usia yang berhubungan dengan penurunan kualitas oosit. Sementara pada laki-laki, penyebabnya dapat berkaitan dengan jumlah, motilitas, atau morfologi sperma yang abnormal. Selain itu, infertilitas dapat bersifat idiopatik, yaitu ketika tidak ditemukan penyebab yang jelas meskipun telah dilakukan pemeriksaan komprehensif.

Penilaian fertilitas dimulai dari anamnesis menyeluruh yang mencakup riwayat menstruasi, frekuensi hubungan seksual, durasi infertilitas, serta riwayat medis atau bedah yang relevan. Pemeriksaan fisik juga penting dilakukan, terutama untuk mendeteksi kelainan anatomis atau hormonal yang memengaruhi sistem reproduksi. Pada perempuan, evaluasi awal biasanya meliputi penilaian ovulasi dengan mengamati pola menstruasi dan pengukuran hormon seperti LH, FSH, estradiol, dan progesteron. Pemeriksaan cadangan ovarium juga dapat dilakukan melalui pengukuran AMH (*anti-Müllerian hormone*) dan hitung folikel

antral menggunakan ultrasonografi transvaginal. Selain itu, evaluasi patensi tuba falopi melalui prosedur histerosalpingografi atau laparoskopi direkomendasikan apabila terdapat riwayat penyakit radang panggul atau infertilitas yang tidak ter jelaskan (Zegers-Hochschild et al., 2017).

Pada pihak laki-laki, analisis semen merupakan pemeriksaan penunjang utama yang mencakup volume, konsentrasi sperma, motilitas, dan morfologi sesuai standar WHO. Hasil yang tidak normal perlu ditindaklanjuti dengan evaluasi hormonal, ultrasonografi skrotal, atau bahkan pemeriksaan genetik apabila dicurigai adanya kelainan kromosom atau obstruksi saluran reproduksi. Pemeriksaan penunjang lain yang sering dilakukan mencakup tes hormon tiroid, prolaktin, serta pemantauan ovulasi dengan *urinary LH kits* atau pemetaan suhu basal tubuh. Secara keseluruhan, pendekatan terhadap infertilitas harus bersifat multidisiplin, tidak hanya berfokus pada diagnosis biologis, tetapi juga mempertimbangkan dampak emosional dan hubungan interpersonal pasangan.

Dalam era kedokteran modern, teknologi reproduksi berbantu seperti inseminasi intrauterin (IUI) dan fertilisasi in vitro (IVF) telah menjadi pilihan penting bagi pasangan yang tidak berhasil dengan intervensi konvensional. Namun demikian, penting ditekankan bahwa edukasi dan deteksi dini merupakan strategi utama dalam menjaga kesehatan fertilitas. Usia reproduktif perempuan yang semakin menurun dan paparan terhadap faktor lingkungan atau gaya hidup tidak sehat menuntut peningkatan

kesadaran masyarakat mengenai pentingnya evaluasi fertilitas secara proaktif, bahkan sebelum merencanakan kehamilan (Mascarenhas et al., 2012). Oleh karena itu, layanan pra-konsepsi yang terintegrasi dengan evaluasi fertilitas dan infertilitas menjadi pilar utama dalam memastikan kesejahteraan reproduktif jangka panjang.

6.2 Penilaian Ovulasi: Kurva Suhu Basal (BBT), Penilaian Mucus Serviks, Tes Fern, OPK.

Penilaian ovulasi merupakan langkah penting dalam evaluasi kesuburan perempuan. Ovulasi yang teratur menandakan fungsi ovarium yang baik dan menjadi prasyarat utama terjadinya konsepsi alami. Dalam praktik klinis, terdapat berbagai metode non-invasif yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi waktu ovulasi secara mandiri oleh pasien, seperti pemantauan kurva suhu basal tubuh (*basal body temperature* atau *BBT*), evaluasi *mucus serviks*, tes fern, dan penggunaan alat prediksi ovulasi (*ovulation predictor kit* atau *OPK*). Masing-masing metode ini memiliki keunggulan dan keterbatasan tersendiri dalam konteks akurasi dan kemudahan penggunaan.

6.2.1 Kurva Suhu Basal Tubuh (*Basal Body Temperature*)

Basal body temperature (BBT) adalah suhu tubuh terendah dalam 24 jam yang diukur segera setelah bangun tidur. Selama fase folikular, suhu tubuh cenderung stabil dan akan meningkat sebesar $\pm 0,3-0,5^{\circ}\text{C}$ setelah ovulasi akibat peningkatan hormon progesteron (Ecochard et al., 2015). Dengan mencatat BBT setiap hari dan

memplotnya dalam bentuk grafik, individu dapat mengidentifikasi pola ovulasi secara retrospektif. Meskipun murah dan mudah dilakukan, metode ini memiliki keterbatasan karena fluktuasi suhu dapat dipengaruhi oleh faktor eksternal seperti kurang tidur, infeksi, atau stres.

6.2.2 Penilaian *Mucus Serviks* dan Tes Fern

Perubahan karakteristik *mucus serviks* merupakan indikator biologis penting dalam mendeteksi masa subur. Menjelang ovulasi, peningkatan kadar estrogen menyebabkan mucus menjadi lebih jernih, elastis, dan licin, menyerupai putih telur. Pemeriksaan secara visual dan taktil dapat membantu perempuan mengenali waktu ovulasi secara mandiri (Stanford et al., 2018). Sebagai pelengkap, tes fern dilakukan dengan meneteskan mucus pada kaca objek dan mengamati pola kristalisasi di bawah mikroskop. Pola menyerupai daun pakis (*fern pattern*) mengindikasikan tingkat estrogen tinggi yang khas pada masa ovulasi.

6.2.3 Ovulation Predictor Kit (OPK)

Ovulation predictor kit (OPK) bekerja dengan mendeteksi lonjakan hormon luteinizing (*luteinizing hormone* atau *LH*) dalam urin, yang biasanya terjadi 24–36 jam sebelum ovulasi. OPK merupakan metode yang lebih presisi dibandingkan BBT atau mucus serviks karena mengidentifikasi peristiwa hormonal secara langsung. Beberapa studi menunjukkan bahwa OPK memiliki tingkat sensitivitas dan spesifisitas tinggi dalam memprediksi ovulasi, terutama pada perempuan dengan siklus menstruasi teratur (Johnson et al., 2018). Namun, penggunaannya mungkin kurang

efektif pada kasus *polycystic ovary syndrome (PCOS)* yang ditandai oleh fluktuasi LH yang tidak khas.

6.3 Pemeriksaan Pasangan: Analisis Semen, HSG/USG (Pengantar).

Infertilitas merupakan masalah kesehatan reproduksi yang tidak hanya melibatkan perempuan, tetapi juga laki-laki sebagai bagian dari pasangan. Oleh karena itu, pendekatan evaluasi fertilitas harus dilakukan secara menyeluruh terhadap kedua individu. Dua bentuk pemeriksaan awal yang umum dilakukan adalah analisis semen untuk pihak laki-laki, serta pemeriksaan *hysterosalpingography* (HSG) atau ultrasonografi (USG) untuk pihak perempuan. Pemeriksaan ini bersifat diagnostik awal dan bertujuan untuk mengidentifikasi gangguan struktural atau fungsional yang dapat memengaruhi keberhasilan konsepsi.

6.3.1 Analisis Semen pada Laki-Laki

Analisis semen merupakan pemeriksaan utama untuk menilai kualitas dan kuantitas sperma. Parameter yang dinilai meliputi volume, konsentrasi sperma, motilitas, morfologi, serta pH cairan semen. Menurut pedoman Organisasi Kesehatan Dunia (*World Health Organization/WHO*), batas referensi normal untuk konsentrasi sperma adalah ≥ 15 juta/mL, dengan $\geq 40\%$ motilitas total dan $\geq 4\%$ morfologi normal (WHO, 2021).

Gangguan pada hasil analisis semen dapat mencerminkan berbagai penyebab, seperti varikokel, infeksi saluran reproduksi,

gangguan hormonal, hingga paparan toksik lingkungan. Pemeriksaan ini tidak bersifat invasif dan relatif mudah dilakukan, namun sangat menentukan arah penanganan selanjutnya. Jika ditemukan abnormalitas, langkah berikutnya dapat mencakup evaluasi hormonal, ultrasonografi skrotum, atau bahkan pemeriksaan genetik (Esteves et al., 2015).

6.3.2 Pemeriksaan HSG sebagai Evaluasi Saluran Reproduksi

Hysterosalpingography (HSG) adalah prosedur radiologis yang digunakan untuk mengevaluasi anatomi uterus dan patensi tuba falopi. Dalam prosedur ini, zat kontras dimasukkan ke dalam rongga rahim dan saluran tuba melalui serviks, lalu diamati dengan sinar X. HSG sangat berguna untuk mendeteksi adanya obstruksi, kelainan bentuk rahim, sinekia intrauterin, atau hidrosalping (Gordts et al., 2015).

Meskipun prosedur ini dapat menimbulkan ketidaknyamanan ringan, HSG tetap menjadi pemeriksaan standar dalam evaluasi infertilitas primer maupun sekunder. Selain itu, terdapat bukti bahwa HSG dengan medium kontras berbahan dasar minyak dapat meningkatkan peluang kehamilan dalam waktu singkat setelah prosedur dilakukan.

6.3.3 Peran Ultrasonografi (USG) dalam Pemeriksaan Awal

USG merupakan alat bantu diagnostik yang aman, tidak invasif, dan dapat digunakan dalam berbagai fase evaluasi infertilitas. Pemeriksaan USG transvaginal memungkinkan visualisasi ovarium, endometrium, serta struktur uterus secara rinci. Dengan USG, dokter dapat mengamati ukuran folikel, keberadaan

kista ovarium, mioma uteri, atau polip endometrium (Al-Inany et al., 2018).

USG juga digunakan untuk pemantauan ovulasi dan sebagai bagian dari teknik reproduksi berbantu seperti inseminasi intrauterin (*intrauterine insemination/IUI*) maupun fertilisasi in vitro (*in vitro fertilization/IVF*). Kombinasi antara USG dan HSG memberikan gambaran lengkap terhadap kondisi anatomi serta fungsi dari sistem reproduksi perempuan.

6.4 Interpretasi Dasar, Konseling Waktu Subur, dan Kriteria Rujuk

Pelayanan pra-konsepsi tidak hanya mencakup deteksi risiko klinis, tetapi juga edukasi menyeluruh terkait kesiapan konsepsi. Tiga komponen penting dalam hal ini adalah interpretasi dasar pemeriksaan awal, konseling tentang waktu subur, serta penentuan kriteria rujukan bagi pasangan yang mengalami hambatan untuk hamil. Intervensi dini melalui edukasi dan rujukan yang tepat berperan besar dalam meningkatkan keberhasilan konsepsi serta menurunkan risiko komplikasi.

6.4.1 Interpretasi Dasar Pemeriksaan Awal

Interpretasi dasar dalam konteks pra-konsepsi mencakup pemahaman terhadap hasil pemeriksaan laboratorium, status imunisasi, serta kondisi medis yang dapat memengaruhi fertilitas dan kehamilan. Misalnya, kadar hemoglobin yang rendah dapat

menunjukkan anemia gizi, sedangkan nilai glukosa puasa yang tinggi dapat menandakan intoleransi glukosa.

Selain itu, pemeriksaan hormonal seperti kadar hormon luteinizing (*LH*) dan *follicle-stimulating hormone* (*FSH*) juga dapat digunakan untuk mengevaluasi fungsi ovarium. Nilai-nilai ini harus diinterpretasikan dalam konteks usia, riwayat menstruasi, dan gejala klinis pasien. Interpretasi yang akurat akan membantu dalam memberikan konseling yang sesuai dengan kondisi masing-masing pasangan (Zegers-Hochschild et al., 2017).

6.4.2 Konseling Waktu Subur: Edukasi Berbasis Pemantauan Siklus

Pemahaman tentang waktu subur atau *fertile window* merupakan bagian penting dalam pendidikan reproduksi. Konseling waktu subur ditujukan untuk membantu pasangan dalam merencanakan kehamilan secara alami dengan meningkatkan kemungkinan pembuahan.

Tenaga kesehatan harus mampu menjelaskan bahwa masa subur biasanya terjadi lima hari sebelum ovulasi hingga satu hari setelahnya. Alat bantu seperti kalender menstruasi, pengukuran suhu basal tubuh, dan pengamatan lendir serviks dapat digunakan untuk mengidentifikasi periode ini. Metode ini efektif jika pasien memahami prinsip fisiologis di baliknya dan menerapkannya secara konsisten (Stanford et al., 2018).

Konseling juga harus mempertimbangkan variasi siklus dan faktor-faktor yang dapat memengaruhi ovulasi, seperti stres, gangguan makan, atau kelainan endokrin. Informasi ini perlu

disampaikan dengan bahasa yang sederhana namun akurat, disertai ilustrasi jika diperlukan.

6.4.3 Kriteria Rujuk untuk Evaluasi Lanjutan

Tidak semua pasangan dapat mencapai kehamilan dalam waktu singkat. Oleh karena itu, penting untuk menetapkan kriteria rujukan bagi kasus yang memerlukan evaluasi lebih lanjut oleh spesialis fertilitas. Rujukan dianjurkan jika pasangan tidak hamil setelah 12 bulan melakukan hubungan seksual teratur tanpa kontrasepsi, atau 6 bulan jika usia wanita ≥ 35 tahun.

Kriteria lain yang memerlukan rujukan mencakup gangguan menstruasi kronik, riwayat keguguran berulang, infeksi panggul sebelumnya, atau kelainan anatomis yang dicurigai. Rujukan dini penting untuk mencegah keterlambatan diagnosis dan memaksimalkan intervensi yang tersedia, baik secara medis maupun asistensi reproduksi (Zegers-Hochschild et al., 2017).

Selain merujuk, tenaga kesehatan tingkat primer juga harus memberikan informasi awal mengenai pilihan intervensi yang mungkin, seperti induksi ovulasi, inseminasi intrauterin, atau fertilisasi in vitro, sehingga pasien memiliki harapan yang realistis.

6.5 Latihan Soal

1. Jelaskan perbedaan fertilitas dan infertilitas berdasarkan kriteria waktu.
2. Bagaimana cara kerja kurva suhu basal dalam menilai ovulasi?

3. Sebutkan tiga parameter utama yang dinilai dalam analisis semen.
4. Mengapa HSG penting dilakukan pada wanita dengan infertilitas?
5. Sebutkan kriteria rujuk pasangan infertil ke spesialis fertilitas.

Bab 7: Evidence-Based Care

Pra-Nikah & Jarak

Kehamilan

7.1 Intervensi Pra-Konsepsi Berbasis Bukti: Asam Folat Perikonsepsi, Kontrol M/Tiroid, Berhenti Merokok, Vaksinasi.

Intervensi pra-konsepsi yang berbasis bukti ilmiah merupakan langkah strategis untuk meningkatkan hasil kehamilan dan mengurangi risiko komplikasi baik bagi ibu maupun janin. Masa pra-konsepsi, yaitu periode sebelum terjadinya pembuahan, merupakan waktu yang krusial karena berbagai faktor biologis, perilaku, dan lingkungan yang berperan selama periode ini dapat memengaruhi proses konsepsi serta pembentukan dan perkembangan embrio. Oleh karena itu, pendekatan kesehatan reproduksi modern tidak lagi hanya berfokus pada fase kehamilan, tetapi mencakup pula optimalisasi status kesehatan calon ibu dan ayah sebelum kehamilan terjadi. Beberapa intervensi telah terbukti efektif dalam menurunkan risiko kehamilan bermasalah, termasuk suplementasi asam folat perikonsepsi, pengendalian penyakit kronik

seperti diabetes dan gangguan tiroid, penghentian kebiasaan merokok, serta vaksinasi sebelum hamil.

Salah satu intervensi yang paling dikenal dan didukung oleh bukti kuat adalah suplementasi asam folat pada masa perikonsepsi, yaitu setidaknya satu bulan sebelum pembuahan hingga akhir trimester pertama kehamilan. Asam folat merupakan vitamin B9 yang berperan penting dalam proses pembelahan dan diferensiasi sel, terutama pada fase awal pembentukan sistem saraf pusat. Kekurangan asam folat selama periode ini telah terbukti meningkatkan risiko *neural tube defects* (NTD) seperti spina bifida dan anensefali. Studi epidemiologi dan uji klinis menunjukkan bahwa suplementasi asam folat sebanyak 400–800 mcg per hari dapat menurunkan insiden NTD secara signifikan, bahkan hingga 70% pada populasi berisiko tinggi (De-Regil et al., 2015). Intervensi ini direkomendasikan secara luas oleh badan kesehatan internasional dan menjadi bagian dari kebijakan kesehatan masyarakat di banyak negara.

Selain intervensi mikronutrien, pengendalian penyakit kronik seperti diabetes melitus dan gangguan tiroid juga menjadi fokus utama dalam konseling pra-konsepsi. Hiperglikemia pra-konsepsi pada perempuan dengan diabetes tipe 1 maupun tipe 2 berhubungan erat dengan peningkatan risiko malformasi kongenital, keguguran spontan, serta komplikasi kehamilan seperti preeklampsia dan kelahiran prematur. Oleh karena itu, pencapaian kendali glikemik optimal melalui modifikasi gaya hidup dan terapi farmakologis sebelum konsepsi sangat dianjurkan. Demikian pula,

gangguan tiroid, terutama hipotiroidisme yang tidak terdiagnosis, dapat mengganggu ovulasi, meningkatkan risiko infertilitas, dan berdampak negatif pada perkembangan otak janin. Pengukuran kadar TSH dan penyesuaian dosis levotiroksin bagi pasien hipotiroid sebaiknya dilakukan sebelum kehamilan dimulai untuk mencapai kadar hormon tiroid yang fisiologis selama trimester pertama (Nazarpour et al., 2017).

Kebiasaan merokok sebelum dan selama kehamilan juga menjadi salah satu faktor risiko yang signifikan terhadap kesehatan ibu dan janin. Paparan nikotin dan zat toksik lainnya dalam rokok dapat menyebabkan gangguan implantasi embrio, meningkatkan risiko keguguran, plasenta previa, serta kelahiran bayi dengan berat badan rendah. Oleh karena itu, intervensi berhenti merokok berbasis konseling, dukungan perilaku, dan terapi pengganti nikotin (jika diperlukan) menjadi bagian integral dalam layanan pra-konsepsi. Intervensi ini sebaiknya ditawarkan tidak hanya kepada calon ibu, tetapi juga pasangan pria, mengingat pengaruh merokok terhadap kualitas sperma dan risiko paparan asap rokok pasif.

Aspek lain yang sering diabaikan namun sangat penting adalah status imunisasi calon ibu. Vaksinasi terhadap penyakit-penyakit tertentu seperti rubella, hepatitis B, varicella, dan influenza telah terbukti mencegah komplikasi kehamilan serius. Misalnya, infeksi rubella pada trimester pertama dapat menyebabkan sindrom rubella kongenital yang berdampak berat seperti tuli, katarak, dan kelainan jantung bawaan. Karena vaksin-vaksin tertentu seperti MMR (measles-mumps-rubella) bersifat kontraindikasi selama

kehamilan, status imunisasi perlu dipastikan dan dilengkapi sebelum konsepsi terjadi. Pemeriksaan serologis sederhana dapat membantu menentukan status kekebalan, dan pemberian vaksin sesuai rekomendasi akan melindungi ibu serta janin dari infeksi yang dapat dicegah.

Dengan demikian, intervensi pra-konsepsi yang berbasis bukti seperti suplementasi asam folat, pengendalian penyakit kronis, penghentian merokok, dan vaksinasi bukan hanya penting dalam konteks perencanaan kehamilan, tetapi juga merupakan investasi kesehatan jangka panjang bagi generasi yang akan datang. Integrasi pendekatan ini ke dalam sistem pelayanan primer, serta penyuluhan yang menyeluruh dan inklusif, akan meningkatkan kesiapan reproduksi perempuan dan laki-laki secara menyeluruh, sekaligus memperkuat upaya penurunan morbiditas maternal dan neonatal secara global.

7.2 Konseling Pra-Nikah & Jarak Ideal Kehamilan

Konseling pra-nikah dan edukasi mengenai jarak kehamilan yang ideal merupakan dua elemen kunci dalam perencanaan keluarga yang sehat. Konseling tidak hanya berfokus pada aspek kesiapan emosional dan psikologis pasangan, tetapi juga menyentuh aspek kesehatan reproduksi dan perencanaan jangka panjang. Pemahaman mengenai pentingnya jarak kehamilan yang optimal

turut berkontribusi pada penurunan angka kesakitan ibu dan anak, serta peningkatan kualitas kehidupan keluarga secara keseluruhan.

7.2.1 Tujuan dan Ruang Lingkup Konseling Pra-Nikah

Konseling pra-nikah adalah bentuk layanan promotif dan preventif yang bertujuan mempersiapkan pasangan secara menyeluruh sebelum memasuki kehidupan pernikahan. Materi yang dibahas meliputi komunikasi pasangan, kesehatan reproduksi, skrining penyakit menular, perencanaan kehamilan, serta hak dan tanggung jawab dalam kehidupan keluarga. Penelitian menunjukkan bahwa pasangan yang mengikuti konseling pra-nikah cenderung memiliki tingkat adaptasi perkawinan dan kepuasan relasi yang lebih tinggi (Willoughby et al., 2016). Dalam konteks kesehatan, konseling ini juga menjadi kesempatan untuk memberikan edukasi mengenai jarak kehamilan yang sehat.

7.2.2 Pentingnya Menentukan Jarak Kehamilan yang Ideal

Jarak kehamilan merujuk pada selang waktu antara satu kelahiran dan kehamilan berikutnya. Badan Kesehatan Dunia (WHO) merekomendasikan jarak ideal minimal 24 bulan dari kelahiran sebelumnya sebelum memulai kehamilan berikutnya untuk mengoptimalkan kesehatan ibu dan anak. Jarak kehamilan yang terlalu pendek (<18 bulan) atau terlalu panjang (>60 bulan) telah dikaitkan dengan peningkatan risiko komplikasi seperti kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, dan preeklamsia (Conde-Agudelo et al., 2012). Oleh karena itu, pemahaman tentang jarak kehamilan yang tepat perlu ditanamkan sejak masa persiapan pernikahan.

7.2.3 Integrasi Konseling dan Perencanaan Reproduksi

Agar konseling pra-nikah efektif, perlu adanya integrasi dengan informasi dan akses terhadap layanan perencanaan keluarga, termasuk kontrasepsi yang sesuai dengan kondisi medis dan preferensi pasangan. Dengan demikian, pasangan dapat merancang waktu kehamilan berdasarkan kesiapan fisik, psikologis, sosial, dan ekonomi. Intervensi berbasis konseling telah terbukti meningkatkan penggunaan kontrasepsi pascapersalinan dan menurunkan angka kehamilan yang tidak direncanakan (Lee et al., 2015). Pendekatan ini juga memberikan ruang dialog antara pasangan mengenai nilai dan harapan dalam membangun keluarga.

7.3 1000 HPK: Rasional & Kaitan dengan Fase Pra-Konsepsi

Konsep *1000 Hari Pertama Kehidupan* (1000 HPK) merupakan pendekatan global dalam upaya perbaikan gizi dan kesehatan yang mencakup masa sejak konsepsi hingga anak berusia dua tahun. Periode ini dianggap sebagai jendela emas (*golden window of opportunity*) yang sangat menentukan kualitas hidup anak di masa depan. Dalam konteks pembangunan kesehatan masyarakat, penguatan intervensi sejak masa pra-konsepsi menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari strategi 1000 HPK karena menentukan fondasi biologis awal kehidupan.

7.3.1 Rasional Konsep 1000 Hari Pertama Kehidupan

Konsep 1000 HPK didasarkan pada bukti ilmiah yang menunjukkan bahwa fase antara pembuahan hingga usia dua tahun merupakan periode kritis bagi pertumbuhan fisik dan perkembangan kognitif. Selama fase ini, otak mengalami pertumbuhan pesat, dan sistem metabolisme tubuh mulai terbentuk. Gangguan gizi atau infeksi pada periode ini dapat menyebabkan konsekuensi jangka panjang seperti stunting, gangguan perkembangan kognitif, dan peningkatan risiko penyakit tidak menular di kemudian hari (Black et al., 2013).

Program 1000 HPK menekankan intervensi gizi dan kesehatan yang komprehensif, termasuk suplementasi mikronutrien, pemberian ASI eksklusif, imunisasi, serta edukasi gizi kepada keluarga. Keberhasilan strategi ini sangat bergantung pada kesiapan ibu sejak sebelum konsepsi, termasuk status gizinya, gaya hidup sehat, dan pemahaman terhadap peran ibu sebagai agen utama dalam pembangunan generasi (Victora et al., 2021).

7.3.2 Hubungan Antara 1000 HPK dan Fase Pra-Konsepsi

Fase pra-konsepsi merupakan periode ideal untuk mempersiapkan kondisi biologis dan psikososial calon ibu agar optimal saat terjadi kehamilan. Banyak intervensi yang ditujukan pada 1000 HPK baru dimulai setelah kehamilan dikonfirmasi, padahal proses organogenesis yang sangat sensitif terhadap defisiensi gizi dan paparan toksik telah terjadi dalam beberapa minggu pertama sejak pembuahan (Stephenson et al., 2018).

Sebagai contoh, defisiensi asam folat pada masa sebelum konsepsi dan awal kehamilan telah terbukti meningkatkan risiko cacat tabung saraf pada janin. Oleh karena itu, pendekatan yang mengintegrasikan pra-konsepsi ke dalam kerangka 1000 HPK menjadi penting agar tidak terjadi keterlambatan intervensi. Kesadaran ini juga mendorong revisi kebijakan kesehatan yang lebih proaktif dan preventif terhadap remaja putri dan pasangan usia subur.

7.3.3 Implikasi Kesehatan Masyarakat dan Strategi Implementasi

Dengan mengakui pentingnya fase pra-konsepsi dalam 1000 HPK, maka intervensi kesehatan tidak boleh terbatas pada ibu hamil dan anak balita saja. Pendekatan *life-course* menjadi landasan dalam menyusun strategi jangka panjang untuk meningkatkan kualitas generasi mendatang. Edukasi remaja tentang gizi dan kesehatan reproduksi, peningkatan akses terhadap layanan pra-konsepsi, serta pelibatan keluarga dalam perencanaan kehamilan harus menjadi bagian dari program nasional (Mason et al., 2014).

Implementasi strategi yang efektif memerlukan kolaborasi lintas sektor, termasuk pendidikan, kesehatan, dan perlindungan sosial. Dalam jangka panjang, investasi pada periode 1000 HPK sejak masa pra-konsepsi bukan hanya berdampak pada individu, tetapi juga pada produktivitas ekonomi dan kesejahteraan nasional.

7.4 Integrasi Skrining Pra-Nikah ke ANC Terpadu (HBsAg, DM, TBC, dsb.).

Integrasi layanan kesehatan dalam sistem pelayanan ibu dan anak merupakan strategi penting untuk meningkatkan cakupan deteksi dini dan pencegahan penyakit yang berdampak pada kehamilan. Salah satu pendekatan yang mendapat perhatian adalah penggabungan skrining pra-nikah ke dalam *antenatal care* (ANC) terpadu. Integrasi ini tidak hanya efisien secara sistem, tetapi juga memastikan kesinambungan layanan mulai dari pra-konsepsi hingga kehamilan dan persalinan.

7.4.1 Urgensi Integrasi Skrining Pra-Nikah

Skrining pra-nikah bertujuan untuk mendeteksi penyakit menular dan tidak menular yang dapat memengaruhi kesehatan reproduksi dan keberhasilan kehamilan. Pemeriksaan rutin seperti *hepatitis B surface antigen* (HBsAg), gula darah puasa (untuk deteksi diabetes melitus), serta penapisan tuberkulosis (TBC) merupakan bagian penting dari skrining ini. Namun, layanan pra-nikah sering kali terputus dari layanan kehamilan, sehingga hasil pemeriksaan tidak selalu terintegrasi dalam pengelolaan ANC.

Integrasi skrining pra-nikah ke dalam ANC terpadu memungkinkan deteksi lebih awal dan pengelolaan komprehensif terhadap kondisi seperti infeksi kronis atau gangguan metabolik. Hal ini mendukung prinsip *continuity of care* dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak (Titaley et al., 2020).

7.4.2 Komponen Pemeriksaan yang Terintegrasi

Dalam praktik integrasi, beberapa jenis pemeriksaan skrining dapat dikombinasikan secara sistematis ke dalam ANC terpadu:

- **HBsAg:** Deteksi hepatitis B diperlukan untuk mencegah penularan vertikal dari ibu ke bayi. Jika hasilnya positif, perlu dilakukan tatalaksana lanjutan termasuk pemberian imunoglobulin pada bayi setelah lahir.
- **Diabetes Melitus (DM):** Pemeriksaan gula darah membantu identifikasi diabetes gestasional maupun diabetes preeksisting yang dapat menyebabkan komplikasi obstetri.
- **Tuberkulosis (TBC):** Deteksi dini melalui *screening* gejala dan pemeriksaan lanjutan, seperti tes dahak atau rontgen toraks, penting terutama di daerah endemis.

Selain itu, integrasi juga mencakup pemeriksaan HIV, sifilis, anemia, dan infeksi saluran kemih. Penggabungan data ini ke dalam sistem ANC tidak hanya meningkatkan efektivitas, tetapi juga mencegah duplikasi pemeriksaan.

7.4.3 Tantangan dan Strategi Implementasi

Tantangan utama dalam integrasi layanan adalah perbedaan sistem pencatatan, keterbatasan sumber daya manusia, dan kurangnya koordinasi antarfasilitas. Banyak kasus di mana hasil skrining pra-nikah tidak terdokumentasi dengan baik dalam rekam medis ANC, sehingga informasi penting terabaikan.

Untuk mengatasi hal ini, strategi yang dapat diterapkan meliputi:

- Penguatan sistem informasi kesehatan berbasis digital.
- Pelatihan tenaga kesehatan dalam manajemen data dan komunikasi antar lini layanan.
- Penyusunan protokol integrasi yang jelas dan berbasis regulasi.

Studi di berbagai negara berkembang menunjukkan bahwa integrasi skrining pra-nikah ke ANC dapat meningkatkan deteksi dini penyakit kronis hingga 40% dan menurunkan komplikasi kehamilan secara signifikan (Kumar et al., 2021).

Bab 8: Persiapan Fisik & Psikologis Menghadapi Kehamilan

8.1 Perubahan Fisiologi Awal Kehamilan (Pengantar) dan Implikasinya

Kehamilan merupakan suatu proses fisiologis kompleks yang memengaruhi hampir seluruh sistem tubuh perempuan. Perubahan fisiologis pada awal kehamilan tidak hanya mencerminkan adaptasi terhadap kehadiran embrio, tetapi juga bertujuan menciptakan lingkungan intrauterin yang optimal bagi pertumbuhan janin serta mempertahankan kehamilan hingga waktu kelahiran. Sebagian besar perubahan ini dimulai sejak terjadi implantasi dan produksi hormon-hormon kehamilan seperti *human chorionic gonadotropin (hCG)*, estrogen, dan progesteron. Adaptasi sistemik tersebut mencakup sistem reproduksi, kardiovaskular, hematologi, respirasi, saluran cerna, endokrin, dan sistem imun, yang secara keseluruhan bekerja secara sinergis untuk mendukung perkembangan janin dan menyiapkan tubuh ibu menghadapi persalinan dan masa nifas.

Perubahan pada sistem reproduksi ditandai dengan meningkatnya vaskularisasi uterus, penebalan endometrium, dan pembesaran rahim yang mulai terjadi sejak awal trimester pertama. Peningkatan kadar estrogen dan progesteron menyebabkan relaksasi otot polos dan vasodilatasi yang berperan dalam meningkatkan aliran darah ke plasenta. Secara bersamaan, kadar *hCG* yang diproduksi oleh trofoblas berfungsi mempertahankan korpus luteum untuk memastikan produksi progesteron yang adekuat, hingga plasenta mengambil alih fungsi tersebut pada trimester kedua. Perubahan ini sering kali menyebabkan gejala-gejala khas awal kehamilan seperti nyeri payudara, mual, dan kelelahan. Meski demikian, gejala ini bersifat fisiologis dan menunjukkan adaptasi hormon yang berjalan secara normal.

Sistem kardiovaskular juga mengalami perubahan signifikan. Sejak trimester pertama, terjadi peningkatan volume darah hingga sekitar 40–50% dari nilai awal, yang bertujuan memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi janin serta mempersiapkan cadangan untuk proses persalinan. Denyut jantung ibu meningkat sekitar 10–15 denyut per menit, dan curah jantung meningkat sekitar 30–50% pada akhir trimester pertama. Di sisi lain, resistensi vaskular sistemik menurun akibat efek vasodilatasi dari progesteron dan estrogen, yang dapat menyebabkan tekanan darah sedikit menurun pada awal kehamilan sebelum kembali meningkat pada trimester akhir. Adaptasi ini dapat menimbulkan keluhan ringan seperti pusing atau hipotensi ortostatik, namun pada beberapa

kasus juga dapat menutupi gejala patologi yang lebih serius seperti preeklampsia (Soma-Pillay et al., 2016).

Perubahan fisiologis lain yang tidak kalah penting terjadi pada sistem endokrin dan metabolik. Hormon tiroid mengalami peningkatan aktivitas karena stimulasi oleh *hCG*, yang secara struktural menyerupai TSH. Hal ini menyebabkan penurunan kadar TSH pada awal kehamilan dan peningkatan kadar T4 bebas, fenomena yang normal tetapi harus dibedakan dari hipertiroidisme patologis. Selain itu, sensitivitas insulin menurun secara progresif, meskipun belum terlalu nyata pada trimester pertama. Perubahan metabolik ini akan semakin jelas pada trimester berikutnya dan merupakan bagian dari adaptasi untuk mencukupi kebutuhan glukosa janin.

Sistem imun juga mengalami modifikasi untuk mencegah penolakan terhadap janin yang secara genetik berbeda dari ibu. Mekanisme toleransi imun ini melibatkan pergeseran dari imunitas seluler (Th1) ke arah imunitas humoral (Th2), sehingga meningkatkan risiko terhadap infeksi tertentu. Sementara itu, peningkatan progesteron turut berkontribusi terhadap relaksasi otot polos pada sistem gastrointestinal, yang dapat menyebabkan keluhan seperti konstipasi, refluks asam lambung, dan perut kembung. Semua perubahan ini bersifat fisiologis, tetapi dapat menimbulkan ketidaknyamanan pada ibu hamil yang sering kali memerlukan pendekatan edukatif dan suportif dalam penanganannya (Burton et al., 2016).

Secara keseluruhan, perubahan fisiologi pada awal kehamilan mencerminkan mekanisme adaptif tubuh perempuan yang kompleks, terkoordinasi, dan sangat dinamis. Implikasi dari perubahan ini bersifat multidimensional, mulai dari gejala ringan yang mengganggu aktivitas sehari-hari hingga peranannya dalam mempersiapkan tubuh menghadapi beban kehamilan yang meningkat. Pemahaman yang baik terhadap aspek ini sangat penting bagi tenaga kesehatan dalam memberikan edukasi yang tepat, mendeteksi dini gangguan patologis, serta memberikan intervensi yang sesuai bila diperlukan. Oleh karena itu, pendekatan berbasis bukti terhadap pemantauan fisiologis kehamilan harus terus diperkuat di semua tingkat pelayanan kesehatan.

8.2 Konseling Premarital: Relasi, Komunikasi, Keuangan, dan Peran Keluarga

Konseling premarital merupakan layanan edukatif dan preventif yang dirancang untuk membekali pasangan dengan keterampilan esensial sebelum memasuki kehidupan pernikahan. Fokus utama konseling ini tidak hanya pada kesiapan biologis atau reproduktif, melainkan pada penguatan relasi interpersonal, komunikasi efektif, manajemen keuangan, dan pemahaman terhadap peran keluarga dalam dinamika pernikahan. Kesiapan dalam aspek-aspek tersebut dapat meningkatkan stabilitas relasi dan mengurangi risiko konflik jangka panjang.

8.2.1 Penguatan Relasi dan Harapan Pasangan

Salah satu elemen penting dalam konseling premarital adalah klarifikasi nilai, ekspektasi, dan visi bersama antara pasangan. Perbedaan dalam preferensi gaya hidup, tujuan hidup, dan pola pengambilan keputusan dapat menjadi sumber konflik jika tidak didiskusikan secara terbuka sejak awal (Larson et al., 2015). Konseling memberi ruang aman bagi pasangan untuk mengidentifikasi potensi perbedaan dan mencari titik temu, sehingga tercipta fondasi relasi yang kuat, saling menghargai, dan berorientasi pada pertumbuhan bersama.

8.2.2 Keterampilan Komunikasi dan Resolusi Konflik

Komunikasi efektif menjadi prediktor penting dalam keberhasilan pernikahan. Konseling premarital membantu pasangan mengembangkan keterampilan mendengar aktif, menyampaikan perasaan tanpa menyalahkan, serta mengelola perbedaan pendapat secara konstruktif. Pasangan yang memiliki keterampilan komunikasi dan resolusi konflik yang baik cenderung lebih mampu mempertahankan relasi dalam jangka panjang (Markman et al., 2010). Latihan simulasi dan diskusi terstruktur selama sesi konseling dapat memperkuat kesiapan emosional dan interpersonal pasangan.

8.2.3 Literasi Keuangan dan Peran Keluarga

Masalah keuangan sering kali menjadi sumber ketegangan dalam pernikahan. Oleh karena itu, konseling premarital juga mencakup literasi keuangan dasar, seperti pengelolaan anggaran bersama, penentuan prioritas keuangan, serta keterbukaan terhadap kondisi finansial masing-masing. Selain itu, pembahasan mengenai

peran keluarga besar juga penting, terutama dalam konteks budaya kolektif di mana batas antara keluarga inti dan keluarga asal cenderung kabur. Intervensi ini membantu pasangan membangun batas sehat dan peran yang seimbang dalam hubungan dengan pihak eksternal.

8.3 Manajemen Stres & Dukungan Sosial; Rencana Darurat Kesehatan

Kesehatan mental dan dukungan sosial merupakan aspek integral dalam mempersiapkan kehamilan yang sehat. Stres kronis dan ketiadaan dukungan emosional terbukti memiliki dampak fisiologis dan psikososial yang signifikan terhadap kesuburan, proses kehamilan, hingga pascapersalinan. Oleh karena itu, manajemen stres yang efektif, dukungan sosial yang memadai, serta perencanaan darurat kesehatan menjadi elemen penting dalam kerangka kesiapan kehamilan menyeluruh.

8.3.1 Manajemen Stres dalam Konteks Pra-Konsepsi

Stres psikis yang berkepanjangan dapat menyebabkan gangguan keseimbangan hormonal, menurunnya kualitas tidur, dan berkurangnya motivasi dalam menjaga gaya hidup sehat—faktor-faktor yang semuanya berperan dalam penurunan kesuburan (Rooney & Domar, 2018). Hormon stres seperti kortisol memiliki hubungan dengan gangguan ovulasi dan gangguan fungsi reproduksi pada perempuan, serta penurunan kualitas sperma pada laki-laki.

Strategi manajemen stres seperti latihan pernapasan, meditasi, yoga, dan konseling psikologis telah terbukti efektif dalam menurunkan tingkat kecemasan dan meningkatkan kesiapan mental menjelang kehamilan. Program intervensi berbasis mindfulness juga menunjukkan hasil positif dalam memperbaiki kualitas hidup dan mengurangi beban emosional pasangan yang sedang menjalani perawatan infertilitas (Galhardo et al., 2015).

8.3.2 Pentingnya Dukungan Sosial

Dukungan sosial mencakup bantuan emosional, informasional, dan praktis yang diterima individu dari lingkungan sekitar, baik keluarga, pasangan, teman, maupun komunitas. Dalam konteks pra-kehamilan dan kehamilan, dukungan sosial terbukti menjadi pelindung terhadap tekanan emosional dan depresi, serta meningkatkan kepatuhan terhadap rencana perawatan kesehatan (Feldman et al., 2016).

Pasangan yang menerima dukungan dari satu sama lain dan dari sistem sosial sekitarnya lebih mampu membuat keputusan reproduksi secara rasional, menghadapi tantangan psikologis dengan lebih stabil, dan menunjukkan hasil kehamilan yang lebih positif. Oleh karena itu, edukasi kesehatan harus disertai dengan pendekatan komunitas yang memperkuat jaringan sosial calon orang tua.

8.3.3 Perencanaan Darurat Kesehatan Reproduksi

Rencana darurat kesehatan merupakan antisipasi terhadap kemungkinan terjadinya kondisi mendesak yang berkaitan dengan kehamilan, seperti perdarahan, infeksi, atau komplikasi lainnya. Menyusun rencana darurat mencakup identifikasi fasilitas kesehatan

terdekat, sistem transportasi yang dapat diakses, serta kesiapan finansial dalam menghadapi kondisi medis yang tak terduga.

Selain itu, penting pula untuk memastikan bahwa calon ibu memiliki akses ke informasi darurat, kontak tenaga medis, serta telah diberi edukasi tentang tanda-tanda bahaya dalam kehamilan. Rencana ini tidak hanya melindungi keselamatan ibu dan bayi, tetapi juga memberikan rasa aman secara psikologis kepada pasangan dalam menjalani masa transisi menuju kehamilan.

8.4 Latihan Soal

1. Sebutkan tiga perubahan fisiologis yang terjadi pada awal kehamilan dan implikasinya.
2. Mengapa konseling premarital penting dilakukan sebelum kehamilan?
3. Apa saja faktor yang harus diperhatikan dalam perencanaan keuangan keluarga untuk kehamilan?
4. Bagaimana teknik manajemen stres dapat membantu calon ibu menghadapi kehamilan?
5. Mengapa rencana darurat kesehatan penting dipersiapkan sebelum hamil?

Bab 9: Perspektif Keluarga: Perempuan, Ayah, & Kesiapan Mengasuh

9.1 Psikologi Perempuan & Keluarga dalam Persiapan Kehamilan Sehat

Persiapan kehamilan yang sehat tidak hanya berkaitan dengan aspek biologis atau medis, tetapi juga sangat dipengaruhi oleh kondisi psikologis perempuan serta dinamika dukungan dari keluarga. Kehamilan adalah pengalaman transformatif dalam kehidupan seorang perempuan, yang membawa perubahan besar secara fisik, emosional, sosial, dan eksistensial. Oleh karena itu, kesiapan psikologis sebelum hamil menjadi elemen penting dalam menciptakan perjalanan kehamilan yang sehat dan bermakna. Kesehatan mental pada masa pra-konsepsi telah terbukti berkontribusi terhadap keberhasilan konsepsi, keteraturan hormon reproduksi, dan kestabilan emosi selama kehamilan. Sebaliknya, gangguan psikologis seperti kecemasan, depresi, atau stres kronis pada masa pra-konsepsi dikaitkan dengan peningkatan risiko komplikasi seperti gangguan kesuburan, hipertensi gestasional, dan gangguan tumbuh kembang janin.

Kesiapan psikologis tidak terlepas dari persepsi perempuan terhadap peran sebagai ibu, harapan terhadap kehamilan, dan makna kehadiran anak dalam kehidupan keluarga. Dalam banyak budaya, kehamilan merupakan simbol keberhasilan perempuan dalam memenuhi peran gender tradisional, sehingga tekanan sosial dan ekspektasi keluarga sering kali menjadi beban psikologis yang signifikan. Perempuan yang belum siap secara emosional namun merasa “terpaksa” hamil karena tekanan lingkungan berisiko lebih tinggi mengalami stres kehamilan dan depresi perinatal. Oleh karena itu, pendekatan psikososial yang empatik sangat dibutuhkan dalam layanan kesehatan pra-konsepsi, termasuk pemberian ruang bagi perempuan untuk mendiskusikan perasaan, harapan, serta kekhawatiran mereka secara terbuka dan tanpa stigma.

Peran keluarga, khususnya pasangan, sangat menentukan dalam membentuk kesiapan mental dan emosional perempuan menghadapi kehamilan. Dukungan pasangan yang positif dapat meningkatkan rasa percaya diri, mengurangi kecemasan, dan memperkuat ikatan emosional yang dibutuhkan selama proses kehamilan. Sebaliknya, konflik relasi, komunikasi yang buruk, atau kurangnya keterlibatan pasangan dalam proses persiapan kehamilan dapat meningkatkan beban psikologis perempuan secara signifikan. Studi menunjukkan bahwa perempuan yang merasa didukung secara emosional oleh pasangannya cenderung memiliki tingkat stres yang lebih rendah dan kualitas tidur yang lebih baik selama kehamilan (Stapleton et al., 2012). Oleh karena itu, konseling pra-konsepsi sebaiknya tidak hanya berfokus pada perempuan, tetapi melibatkan

pasangan secara aktif untuk membangun komitmen bersama dalam merencanakan kehamilan yang sehat secara menyeluruh.

Selain pasangan, anggota keluarga lain seperti orang tua atau mertua sering kali turut berpengaruh terhadap kondisi psikologis perempuan. Dalam keluarga multigenerasi atau budaya kolektif, keputusan mengenai kehamilan sering kali melibatkan pertimbangan keluarga besar. Hal ini dapat menjadi sumber dukungan, tetapi juga dapat menimbulkan konflik jika terjadi perbedaan pandangan atau nilai. Oleh karena itu, intervensi pra-konsepsi yang mempertimbangkan aspek sosiokultural dan dinamika keluarga menjadi penting agar pendekatan yang dilakukan bersifat kontekstual dan efektif. Program penyuluhan kesehatan reproduksi yang menyasar komunitas dan keluarga juga terbukti meningkatkan pemahaman kolektif mengenai pentingnya dukungan psikososial terhadap calon ibu (Yelland et al., 2016).

Penting untuk disadari bahwa kesehatan mental dalam konteks kehamilan tidak dapat dibangun secara instan, melainkan merupakan hasil dari proses yang berkelanjutan dan melibatkan banyak faktor. Layanan pra-konsepsi harus memberikan ruang yang aman dan suportif bagi perempuan untuk mengeksplorasi kesiapan mental mereka, serta mengakses sumber daya psikososial yang dibutuhkan. Intervensi berbasis komunitas, pelatihan keterampilan pengelolaan stres, dan penguatan sistem dukungan sosial merupakan strategi penting dalam membangun ketahanan psikologis menjelang kehamilan. Hanya dengan pendekatan yang holistik dan berpusat pada perempuan, kita dapat mewujudkan kehamilan yang tidak

hanya sehat secara fisik, tetapi juga sejahtera secara emosional dan relasional.

9.2 Perkembangan Peran Perempuan & Dinamika Keluarga Menjelang Kehamilan

Menjelang kehamilan, terjadi berbagai perubahan dalam struktur dan dinamika keluarga, yang mencerminkan transisi menuju peran baru sebagai orang tua. Perempuan dan laki-laki tidak hanya mengalami perubahan biologis dan psikologis, tetapi juga harus beradaptasi secara sosial dalam menghadapi tuntutan pengasuhan. Perkembangan peran perempuan yang semakin kompleks dalam masyarakat modern turut memengaruhi pola pengasuhan dan keterlibatan pasangan dalam membangun keluarga yang setara. Oleh karena itu, pembahasan mengenai dinamika keluarga menjelang kehamilan penting untuk memahami kesiapan kolektif dalam mengasuh anak.

9.2.1 Peran Perempuan dalam Transisi Menuju Ibu

Perempuan yang memasuki fase kehamilan tidak hanya menjalani perubahan fisiologis, tetapi juga menghadapi tekanan psikososial dan budaya terkait peran sebagai ibu. Dalam masyarakat kontemporer, perempuan diharapkan tetap mampu menyeimbangkan peran domestik dan profesional, yang sering kali menimbulkan konflik peran (Greenhaus & Powell, 2016). Studi juga menunjukkan bahwa kesiapan emosional dan persepsi diri terhadap peran keibuan memengaruhi keterikatan awal dengan janin dan pola

pengasuhan pasca persalinan (Condon & Corkindale, 2019). Oleh karena itu, dukungan psikologis dan sosial terhadap perempuan menjadi krusial menjelang masa kehamilan.

9.2.2 Keterlibatan Ayah dan Pembagian Peran

Konsep ayah modern telah berkembang dari sekadar pencari nafkah menjadi figur yang aktif terlibat dalam pengasuhan. Keterlibatan ayah sejak masa kehamilan terbukti meningkatkan kesehatan mental ibu, memperkuat ikatan pasangan, dan memengaruhi perkembangan anak secara positif (Paulson & Bazemore, 2010). Partisipasi laki-laki dalam kelas persiapan kelahiran dan konseling pra-konsepsi mendorong kesadaran kolektif bahwa pengasuhan adalah tanggung jawab bersama. Dalam konteks ini, pembagian peran yang adil menjadi landasan penting dalam membangun keluarga yang inklusif dan resilien.

9.2.3 Kesiapan Keluarga dalam Mengasuh Anak

Kesiapan mengasuh tidak hanya ditentukan oleh kesiapan individu, tetapi juga oleh kapasitas keluarga sebagai sistem. Aspek komunikasi, dukungan sosial, dan kesepahaman mengenai nilai pengasuhan menjadi faktor utama dalam keberhasilan transisi menjadi orang tua. Pendekatan berbasis keluarga dalam intervensi kesehatan reproduksi telah terbukti meningkatkan hasil kehamilan dan kualitas pengasuhan di awal kehidupan anak (Shorey et al., 2015). Dengan demikian, upaya persiapan menjelang kehamilan perlu mengintegrasikan pendidikan pengasuhan, penguatan relasi pasangan, serta pemberdayaan peran ayah dan ibu secara seimbang.

9.3 Persiapan Seorang Ayah Menjadi Orang Tua

Kelahiran seorang anak tidak hanya mengubah peran ibu, tetapi juga menandai transformasi psikososial dan emosional seorang laki-laki menjadi ayah. Peran ayah dalam pengasuhan tidak dapat direduksi menjadi fungsi ekonomi semata, melainkan mencakup keterlibatan emosional, fisik, dan kognitif dalam proses tumbuh kembang anak. Persiapan menjadi ayah merupakan bagian penting dari kesiapan keluarga secara utuh, yang melibatkan dinamika antara pasangan serta kesiapan dalam mengasuh anak secara bersama.

9.3.1 Peran Ayah dalam Konteks Keluarga Modern

Peran ayah dalam keluarga mengalami pergeseran paradigmatik seiring perkembangan sosial dan budaya. Dari yang semula lebih berfokus pada pemenuhan kebutuhan materi, kini ayah diharapkan lebih aktif dalam aspek pengasuhan dan pengambilan keputusan keluarga. Keterlibatan ayah dalam masa kehamilan hingga pascakelahiran telah terbukti memberikan dampak positif terhadap kesejahteraan ibu, stabilitas relasi, serta perkembangan sosial-emosional anak (Cabrera et al., 2018).

Ayah yang terlibat sejak awal juga memiliki kemungkinan lebih besar untuk terus hadir dalam kehidupan anaknya secara konsisten. Hal ini menunjukkan bahwa persiapan menjadi ayah bukan sekadar kesiapan biologis, melainkan juga kesiapan

psikologis dan komitmen jangka panjang terhadap peran pengasuhan.

9.3.2 Perspektif Perempuan terhadap Peran Ayah

Pandangan perempuan terhadap peran ayah turut memengaruhi sejauh mana ayah dapat mengambil peran aktif dalam keluarga. Ibu yang memiliki ekspektasi positif terhadap keterlibatan pasangan biasanya lebih terbuka untuk berbagi tanggung jawab pengasuhan. Sebaliknya, stereotip gender dan ekspektasi kultural yang menempatkan ibu sebagai satu-satunya pengasuh utama dapat menjadi penghalang partisipasi ayah (Pleck, 2010).

Komunikasi yang sehat antara pasangan dalam menyusun rencana pengasuhan menjadi kunci terciptanya sinergi peran. Oleh karena itu, sesi konseling pranikah atau pra-kehamilan sebaiknya mencakup topik pembagian peran dan ekspektasi pengasuhan, sehingga masing-masing pihak dapat mempersiapkan diri dengan baik.

9.3.3 Kesiapan Mengasuh sebagai Tanggung Jawab Bersama

Kesiapan mengasuh anak mencakup aspek emosional, kognitif, dan keterampilan praktis yang harus dimiliki oleh kedua orang tua. Keterampilan ini dapat meliputi pengaturan waktu, komunikasi efektif dengan anak, manajemen stres, serta pengetahuan dasar mengenai tumbuh kembang anak. Kesiapan ini tidak terjadi secara instan, melainkan membutuhkan proses belajar, refleksi, dan dukungan sosial (Feinberg et al., 2012).

Program edukasi prenatal yang melibatkan kedua orang tua secara aktif telah terbukti meningkatkan kepercayaan diri ayah

dalam mengasuh, memperkuat ikatan keluarga, dan menurunkan risiko depresi pascakelahiran pada ibu. Keterlibatan ayah juga menjadi salah satu faktor protektif terhadap potensi kekerasan dalam rumah tangga serta pengasuhan yang maladaptif.

9.4 Kesiapan Merawat Anak: Pengetahuan Dasar & Jejaring Dukungan

Merawat anak bukan sekadar tugas biologis, melainkan tanggung jawab sosial dan emosional yang membutuhkan kesiapan menyeluruh dari orang tua, baik secara individu maupun kolektif sebagai keluarga. Periode awal kehidupan anak, terutama seribu hari pertama, merupakan masa kritis bagi perkembangan fisik, kognitif, dan emosional. Oleh karena itu, kesiapan merawat anak harus didukung oleh pengetahuan dasar yang memadai serta akses terhadap jejaring dukungan yang berkelanjutan.

9.4.1 Pengetahuan Dasar Merawat Anak

Pengetahuan dasar dalam merawat anak mencakup pemahaman tentang kebutuhan nutrisi, stimulasi perkembangan, imunisasi, serta pengenalan tanda bahaya kesehatan. Orang tua yang memiliki pengetahuan yang baik cenderung lebih mampu mengambil keputusan yang tepat dalam perawatan anak sehari-hari.

Selain aspek fisik, pemahaman mengenai pengasuhan responsif juga penting. Pengasuhan yang sensitif terhadap sinyal dan kebutuhan anak terbukti meningkatkan keamanan emosional dan perkembangan sosial anak pada usia dini (Bornstein et al., 2015).

Materi edukatif seputar ASI eksklusif, pola tidur sehat, serta teknik menenangkan bayi perlu disampaikan sejak masa kehamilan melalui kelas persiapan menjadi orang tua.

9.4.2 Peran Gender dalam Kesiapan Mengasuh

Selama ini, pengasuhan anak sering kali dipersepsikan sebagai tanggung jawab utama perempuan. Namun, peran ayah terbukti memiliki kontribusi signifikan terhadap kesejahteraan anak. Ayah yang terlibat sejak dini dalam perawatan anak dapat meningkatkan kelekatan emosional dan membentuk relasi yang sehat dalam jangka panjang.

Perempuan, di sisi lain, menghadapi tantangan ganda: sebagai pengasuh utama sekaligus pekerja atau anggota masyarakat. Oleh sebab itu, penting untuk mendekonstruksi norma-norma gender yang menempatkan beban pengasuhan hanya pada ibu. Penelitian menunjukkan bahwa keterlibatan ayah dalam kegiatan pengasuhan seperti mengganti popok, menyuapi, atau menidurkan bayi, berdampak positif terhadap perkembangan kognitif dan emosional anak (Cabrera et al., 2018).

Kesiapan mengasuh harus dibangun sebagai kerja sama berbasis kesetaraan, dengan komunikasi terbuka dan saling dukung antar pasangan. Perencanaan pembagian peran sejak masa prakelahiran merupakan praktik yang dapat meningkatkan kesiapan keluarga secara keseluruhan.

9.4.3 Jejaring Dukungan: Keluarga, Komunitas, dan Layanan

Orang tua baru sering kali mengalami stres dan kebingungan dalam menghadapi transisi ke peran pengasuh. Di sinilah pentingnya

jejaring dukungan yang mencakup keluarga besar, komunitas lokal, serta layanan profesional seperti konselor laktasi, psikolog anak, dan bidan komunitas.

Jejaring ini tidak hanya menyediakan bantuan praktis, tetapi juga menjadi sumber validasi emosional yang mengurangi perasaan isolasi. Dukungan sosial terbukti memiliki korelasi positif dengan kesehatan mental ibu dan ayah, serta dengan praktik pengasuhan yang lebih adaptif (Bornstein et al., 2015). Oleh karena itu, penguatan komunitas orang tua dan akses terhadap layanan pendampingan keluarga harus menjadi bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan dan sosial.

9.5 Latihan Soal

1. Bagaimana peran keluarga dalam mendukung kesehatan psikologis perempuan sebelum kehamilan?
2. Jelaskan bagaimana dinamika keluarga dapat berubah menjelang kehamilan.
3. Apa saja persiapan yang perlu dilakukan seorang ayah sebelum menjadi orang tua?
4. Mengapa jejaring dukungan sosial penting dalam pengasuhan anak?
5. Sebutkan tiga pengetahuan dasar yang harus dimiliki pasangan dalam merawat anak.

Bab 10: Implementasi

Layanan Pranikah & Prakonsepsi

10.1 Desain Program: Kelas Calon Pengantin, Klinik Pra-Konsepsi, Jejaring Lintas Sektor

Desain program layanan pranikah dan prakonsepsi merupakan strategi integral dalam upaya meningkatkan kualitas kesehatan reproduksi, mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi, serta mendorong perencanaan keluarga yang lebih bertanggung jawab. Implementasi layanan ini harus dilandasi pendekatan preventif dan promotif yang berbasis bukti, melalui penyediaan edukasi dan intervensi kesehatan sebelum kehamilan terjadi. Dua komponen utama yang menjadi pilar program ini adalah *kelas calon pengantin* dan *klinik prakonsepsi*, yang diperkuat melalui jejaring lintas sektor yang solid. Ketiga elemen ini saling melengkapi dalam menciptakan sistem pendukung yang tidak hanya memberikan informasi, tetapi juga menyediakan layanan medis dan psikososial yang komprehensif bagi pasangan yang berencana menikah dan memiliki anak.

Kelas calon pengantin merupakan bentuk edukasi terstruktur yang ditujukan bagi pasangan sebelum memasuki pernikahan. Materi yang disampaikan mencakup kesehatan reproduksi, nutrisi pra-konsepsi, perencanaan keluarga, pengasuhan anak, hingga kesiapan psikososial menghadapi kehidupan pernikahan dan kehamilan. Program ini tidak hanya bersifat informatif, tetapi juga transformatif, karena bertujuan membentuk kesadaran dan tanggung jawab pasangan terhadap kesehatan reproduktif mereka. Salah satu keunggulan *kelas calon pengantin* adalah sifatnya yang preventif; pasangan dibekali pemahaman tentang risiko yang dapat muncul apabila kehamilan tidak dipersiapkan secara optimal, termasuk risiko infeksi menular seksual, penyakit tidak menular, gangguan mental, dan kekerasan dalam rumah tangga. Evaluasi terhadap program serupa menunjukkan bahwa edukasi pranikah dapat meningkatkan kesadaran akan pentingnya perencanaan kehamilan dan mengurangi angka komplikasi maternal pada kehamilan pertama (Maswikwa et al., 2017).

Sementara itu, *klinik prakonsepsi* menyediakan layanan kesehatan yang lebih individual dan berbasis kebutuhan. Klinik ini memberikan kesempatan kepada perempuan dan laki-laki untuk menjalani pemeriksaan kesehatan menyeluruh sebelum merencanakan kehamilan, termasuk penilaian status gizi, imunisasi, skrining penyakit kronis, pemeriksaan laboratorium dasar, serta konseling genetik bila diperlukan. Klinik prakonsepsi juga berperan dalam memfasilitasi modifikasi faktor risiko seperti kontrol gula darah, tekanan darah, gangguan tiroid, atau kebiasaan merokok.

Dengan pendekatan yang proaktif, pasangan dapat memperoleh intervensi dini yang terbukti efektif dalam menurunkan angka kejadian kehamilan risiko tinggi dan komplikasi janin. Penelitian menunjukkan bahwa pelayanan prakonsepsi yang sistematis dapat meningkatkan hasil kehamilan dan memperkuat kesiapan biologis serta psikologis pasangan (Dean et al., 2014).

Keberhasilan implementasi kedua program tersebut sangat bergantung pada keterlibatan *jejaring lintas sektor*, termasuk sektor kesehatan, pendidikan, agama, dan komunitas. Kementerian Kesehatan, Kementerian Agama, organisasi profesi medis, lembaga swadaya masyarakat, serta kader kesehatan memiliki peran penting dalam menyosialisasikan layanan ini serta memperluas jangkauannya hingga ke tingkat akar rumput. Integrasi layanan pranikah dan prakonsepsi dalam sistem pelayanan primer juga memungkinkan pemerataan akses, terutama di daerah dengan keterbatasan fasilitas kesehatan. Selain itu, kolaborasi dengan sektor pendidikan dapat memperkuat literasi kesehatan reproduksi sejak remaja, sementara keterlibatan tokoh agama dan adat dapat meningkatkan penerimaan masyarakat terhadap program yang sering kali masih dianggap tabu. Pendekatan multisektor ini menjadikan program tidak hanya bersifat medis, tetapi juga berakar pada nilai-nilai sosial, budaya, dan spiritual masyarakat.

Sebagai strategi pembangunan kesehatan jangka panjang, layanan pranikah dan prakonsepsi yang terintegrasi harus dirancang sebagai sistem yang berkelanjutan, berbasis komunitas, dan didukung oleh kebijakan yang progresif. Evaluasi berkala terhadap

efektivitas, cakupan, dan kualitas program sangat penting untuk memastikan bahwa intervensi yang dilakukan benar-benar memberikan dampak positif terhadap indikator kesehatan ibu, bayi, dan keluarga. Dengan penguatan desain program melalui kelas edukatif, layanan klinis, dan kolaborasi lintas sektor, transformasi sistem kesehatan reproduksi berbasis kesiapan dan kesadaran akan lebih mudah tercapai dalam populasi usia subur.

10.2 Indikator Kinerja, Monitoring–Evaluasi, dan Peningkatan Mutu

Pelayanan kesehatan pranikah dan prakonsepsi merupakan komponen strategis dalam upaya peningkatan kualitas kesehatan ibu dan anak. Untuk memastikan layanan ini berjalan secara efektif dan berkesinambungan, dibutuhkan sistem pengukuran kinerja yang akurat, mekanisme *monitoring* dan *evaluasi* (monev) yang sistematis, serta pendekatan peningkatan mutu yang berorientasi pada hasil. Ketiga elemen ini saling berinteraksi dalam menciptakan tata kelola layanan yang akuntabel, adaptif, dan berfokus pada pengguna layanan.

10.2.1 Indikator Kinerja Layanan Pranikah dan Prakonsepsi

Indikator kinerja adalah parameter kuantitatif maupun kualitatif yang digunakan untuk menilai efektivitas dan efisiensi suatu program. Dalam konteks layanan pranikah dan prakonsepsi, indikator dapat mencakup aspek input (jumlah tenaga kesehatan terlatih), proses (jumlah sesi konseling dilaksanakan), output

(jumlah pasangan yang mengikuti layanan), serta outcome (peningkatan pengetahuan atau perubahan perilaku sehat) (WHO, 2015).

Pengembangan indikator harus mempertimbangkan relevansi konteks lokal dan kemampuan sistem pencatatan yang tersedia. Misalnya, tingkat cakupan konseling pranikah di puskesmas dapat menjadi indikator awal, tetapi harus dilengkapi dengan indikator kualitas seperti kepuasan klien atau keberhasilan rujukan ke spesialis. Indikator berbasis hasil (result-based indicators) juga penting untuk mengukur perubahan jangka menengah dan panjang, seperti penurunan kehamilan berisiko tinggi atau peningkatan praktik perencanaan kehamilan (Bryce et al., 2013).

10.2.2 Monitoring dan Evaluasi sebagai Siklus Perbaikan Berkelanjutan

Monitoring adalah proses pengumpulan data secara berkala untuk mengetahui kemajuan pelaksanaan program, sementara *evaluasi* bertujuan menilai dampak dan efektivitas program berdasarkan indikator yang telah ditetapkan. Kedua proses ini tidak bersifat terpisah, tetapi membentuk siklus perbaikan berkelanjutan (continuous quality improvement).

Pelaksanaan monev yang efektif memerlukan integrasi antara data layanan, survei lapangan, dan partisipasi pemangku kepentingan. Analisis data harus digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan, bukan sekadar sebagai laporan administratif. Selain itu, penting untuk mengembangkan alat ukur

yang adaptif terhadap dinamika sosial dan kebijakan lokal agar evaluasi tetap relevan dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat (Ameh et al., 2019).

10.2.3 Strategi Peningkatan Mutu Berbasis Data

Peningkatan mutu layanan memerlukan pendekatan sistematis yang mencakup audit internal, pelatihan berkelanjutan, dan mekanisme umpan balik dari pengguna layanan. Salah satu pendekatan yang banyak digunakan adalah *Plan-Do-Study-Act* (PDSA), yaitu siklus perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan penyesuaian yang berulang. Strategi ini terbukti efektif dalam meningkatkan kualitas layanan kesehatan primer, termasuk layanan pranikah dan prakonsepsi (Leis & Shojania, 2017).

Keterlibatan tenaga kesehatan secara aktif dalam proses peningkatan mutu juga menjadi kunci. Budaya organisasi yang mendukung pelaporan kesalahan tanpa sanksi, serta adanya insentif berbasis kinerja dapat memperkuat komitmen terhadap perbaikan layanan secara berkelanjutan. Pada tingkat sistem, koordinasi antarinstansi seperti dinas kesehatan, lembaga agama, dan organisasi masyarakat sipil sangat penting untuk memastikan bahwa layanan ini terimplementasi secara komprehensif.

10.3 Latihan Soal

1. Jelaskan perbedaan utama antara kelas calon pengantin dan klinik prakonsepsi dalam konteks tujuan, pendekatan, dan layanan yang diberikan.

2. Jika Anda diminta merancang program jejaring lintas sektor untuk mendukung layanan pranikah dan prakonsepsi di daerah dengan keterbatasan fasilitas kesehatan, sektor apa saja yang perlu dilibatkan dan bagaimana bentuk kolaborasinya?
3. Sebutkan dan jelaskan empat jenis indikator kinerja (input, proses, output, outcome) yang relevan untuk menilai efektivitas layanan pranikah dan prakonsepsi. Berikan masing-masing satu contoh konkret.
4. Bagaimana siklus Monitoring dan Evaluasi (Monev) dapat berperan dalam meningkatkan mutu layanan pranikah dan prakonsepsi secara berkelanjutan? Ilustrasikan dengan contoh penerapannya di puskesmas.
5. Salah satu tantangan dalam implementasi program pranikah dan prakonsepsi adalah tabu sosial dan rendahnya literasi kesehatan reproduksi. Menurut Anda, strategi apa yang paling efektif untuk mengatasi hambatan tersebut agar program dapat diterima masyarakat luas?

Profil Penulis



Ratih Sakti Prastiwi, S.ST., MPH. lahir di Yogyakarta pada 4 Februari 1990 dan merupakan seorang akademisi yang berdedikasi dalam bidang kesehatan masyarakat, khususnya kesehatan ibu dan anak. Ia memulai kariernya sebagai asisten bidan di praktik swasta di Kabupaten Kulon Progo pada tahun 2011, kemudian menjadi bidan pelaksana di Rumah Sakit Umum Amanah Mahmudah selama periode 2013–2014. Sejak tahun 2014, Ratih aktif sebagai dosen tetap di Program Studi Diploma III Kebidanan Politeknik Harapan Bersama, dan mulai tahun 2017 juga mengajar di Program Studi Diploma III Farmasi. Selain itu, sejak tahun 2015 ia dipercaya sebagai Kepala Divisi SPMI Pendidikan di institusi yang sama, menunjukkan kiprahnya yang luas dalam pengembangan mutu pendidikan tinggi.

Pendidikan formal Ratih dimulai dari Diploma III Kebidanan di STIKES ‘Aisyiyah Yogyakarta, dilanjutkan dengan Diploma IV Kebidanan Klinik di Poltekkes Kemenkes Yogyakarta. Ia kemudian menempuh pendidikan Magister Kesehatan Masyarakat (MPH) dengan peminatan kesehatan ibu dan anak di Universitas Sebelas Maret. Saat ini, ia tengah melanjutkan studi doctoral pada Program

Studi Penyuluhan Pembangunan/Pengembangan Masyarakat di universitas yang sama. Memiliki hobi membaca, Ratih meyakini bahwa kecintaan pada literasi adalah fondasi perubahan. Menurutnya, pengetahuan bukan hanya sarana untuk membentuk individu yang tangguh, tetapi juga alat transformasi sosial yang dapat membawa dampak luas bagi masyarakat.



Juhrotun Nisa, S.ST., MPH. lahir di Brebes pada 26 Agustus 1988, merupakan seorang akademisi yang memiliki komitmen kuat dalam bidang kebidanan. Saat ini, ia mengabdikan sebagai dosen pada Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan, membagikan ilmu dan pengalaman yang ia peroleh dari perjalanan akademiknya. Setelah menyelesaikan pendidikan menengah, ia melanjutkan studi ke jenjang Diploma III Kebidanan di Politeknik Harapan Bersama, kemudian menyelesaikan Diploma IV Bidan Pendidik di Poltekkes Kemenkes Semarang. Semangat belajarnya terus berlanjut hingga meraih gelar Magister Kesehatan Masyarakat dari Universitas Sebelas Maret.

Bagi Juhrotun, membaca adalah investasi jangka panjang dalam bentuk ilmu. Ia menyampaikan pesan inspiratif kepada pembaca bahwa jika seseorang belum mampu menabung secara finansial, maka mulailah menabung dalam bentuk pengetahuan melalui membaca. Ia menyarankan untuk memperlakukan buku seperti halnya pesan *WhatsApp* yang menarik—dibaca dengan penuh minat dan tanpa henti. Kuncinya adalah menemukan buku yang mampu membuat pembaca jatuh cinta. Melalui buku ini dan pengalamannya sebagai pendidik, ia berharap dapat menularkan semangat literasi dan pembelajaran sepanjang hayat.

Daftar Pustaka

Alexander, E. K., Pearce, E. N., Brent, G. A., Brown, R. S., Chen, H., Dosiou, C., ... & Sullivan, S. (2017). 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and the postpartum. *Thyroid*, 27(3), 315–389.

Al-Inany, H. G., Abou-Setta, A. M., Aboulghar, M., & Mansour, R. (2018). The role of ultrasound in the evaluation and treatment of infertility. *Middle East Fertility Society Journal*, 23(1), 1–6.

Amato, P. R. (2017). Marriage, divorce, and children's adjustment. *Perspectives on Psychological Science*, 12(3), 398–423.

Ameh, C. A., Banke-Thomas, A., & Balogun, M. (2019). Monitoring and evaluation of reproductive health programs: A stepwise approach. *African Journal of Reproductive Health*, 23(3), 9–18.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2021). Prepregnancy counseling. *ACOG Practice Bulletin*, 137, 1–11.

American Diabetes Association. (2021). Standards of medical care in diabetes—2021 abridged for primary care providers. *Clinical Diabetes*, 39(1), 14–43.

Anderson, K., Nisenblat, V., & Norman, R. (2021). Lifestyle factors in people seeking infertility treatment – A review. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 61(1), 10–17.

Azziz, R., Carmina, E., Chen, Z., Dunaif, A., Laven, J. S., Legro, R. S., & Lizneva, D. (2016). Polycystic ovary syndrome. *Nature Reviews Disease Primers*, 2, 16057.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). New York: Oxford University Press.

Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Owusu Ananeh-Firemping, I. I. (2016). Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*, 118(4), 293–302.

Bhutta, Z. A., Das, J. K., Rizvi, A., Gaffey, M. F., Walker, N., Horton, S., ... & Black, R. E. (2019). Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition. *The Lancet*, 382(9890), 452–477.

Black, R. E., Victora, C. G., Walker, S. P., Bhutta, Z. A., Christian, P., de Onis, M., ... & Uauy, R. (2013). Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 382(9890), 427–451.

Bornstein, M. H., Putnick, D. L., & Suwalsky, J. T. D. (2015). Parenting and child development in cross-cultural perspective: Implications for family policies. *Journal of Child and Family Studies*, 24(5), 1202–1210.

Bryce, J., Victora, C. G., Boerma, T., Peters, D. H., Black, R. E., & Boerma, J. T. (2013). Evaluating the scale-up for maternal and child survival: A common framework. *International Health*, 5(3), 185–193.

Burton, G. J., Fowden, A. L., & Thornburg, K. L. (2016). Placental origins of chronic disease. *Physiological Reviews*, 96(4), 1509–1565.

Cabrera, N. J., Volling, B. L., & Barr, R. (2018). Fathers are parents, too! Widening the lens on parenting for children's development. *Child Development Perspectives*, 12(3), 152–157.

Catalano, P. M., & Shankar, K. (2017). Obesity and pregnancy: Mechanisms of short term and long term adverse consequences for mother and child. *BMJ*, 356, j1.

Chandra-Mouli, V., Lane, C., & Wong, S. (2018). 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*, 6(3), 333–340.

Chang, M. H., Chen, T. H. H., Hsu, H. M., Wu, T. C., Kong, M. S., Liang, D. C., & Chen, C. J. (2016). Prevention of perinatal HBV transmission with maternal antiviral therapy. *Journal of Hepatology*, 64(4), 767–774.

Chavarro, J. E., Rich-Edwards, J. W., Rosner, B. A., & Willett, W. C. (2018). A prospective study of dietary fat intake and fertility in women. *American Journal of Clinical Nutrition*, 108(3), 503–512.

Choi, Y., Kim, K., & Min, J. (2016). Occupational exposure and its association with reproductive health. *Environmental Health Perspectives*, 124(5), 661–668.

Conde-Agudelo, A., Rosas-Bermudez, A., & Kafury-Goeta, A. C. (2012). Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: A meta-analysis. *JAMA*, 295(15), 1809–1823.

Condon, J. T., & Corkindale, C. J. (2019). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology*, 92(2), 179–192.

Dean, S. V., Lassi, Z. S., Imam, A. M., & Bhutta, Z. A. (2014). Preconception care: Nutritional risks and interventions. *Reproductive Health*, 11(3), S3.

Dean, S. V., Lassi, Z. S., Imam, A. M., & Bhutta, Z. A. (2014). Preconception care: Closing the gap in the continuum of care to accelerate improvements in maternal, newborn, and child health. *Reproductive Health*, 11(3), 1–13.

Dean, S. V., Lassi, Z. S., Imam, A. M., & Bhutta, Z. A. (2019). Preconception care: Closing the gap in the continuum of care to accelerate improvements in maternal, newborn, and child health. *Reproductive Health*, 11(3), 1–15.

De-Regil, L. M., Peña-Rosas, J. P., Fernández-Gaxiola, A. C., & Rayco-Solon, P. (2015). Effects and safety of periconceptional folate supplementation for preventing birth defects. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(12), CD007950.

Desai, M., ter Kuile, F. O., Nosten, F., McGready, R., Asamoah, K., Brabin, B., & Newman, R. D. (2007). Epidemiology

and burden of malaria in pregnancy. *The Lancet Infectious Diseases*, 7(2), 93–104.

Devries, K. M., Mak, J. Y., García-Moreno, C., Petzold, M., Child, J. C., Falder, G., ... & Watts, C. H. (2013). The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science*, 340(6140), 1527–1528.

Ecochard, R., Duterque, O., Leiva, R., Bouchard, T., Vigil, P., & Pouly, J. L. (2015). Self-identification of the clinical fertile window and the ovulation day: A review. *Fertility and Sterility*, 103(3), 509–518.

Esteves, S. C., Miyaoka, R., & Agarwal, A. (2015). An update on the clinical assessment of the infertile male. *Clinics*, 66(4), 691–700.

Feinberg, M. E., Jones, D. E., Kan, M. L., & Goslin, M. C. (2012). Effects of family foundations prevention program on coparenting and child adjustment: A randomized controlled trial. *Prevention Science*, 11(3), 193–204.

Feldman, R., Dunkel Schetter, C., Sapir-Lavid, Y., Singer, M., Abu-Sharkia, S., & Margalit, D. (2016). Stress reactivity in low-income mothers: Longitudinal associations with maternal behavior, health, and development in children. *Child Development*, 87(4), 1246–1262.

Fowers, B. J., & Olson, D. H. (2018). Enrich marital inventory: A discriminant validity and cross-validation assessment. *Journal of Marital and Family Therapy*, 44(2), 225–238.

Galhardo, A., Moura-Ramos, M., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2015). The Mindfulness-Based Program for Infertility (MBPI): Efficacy study. *Fertility and Sterility*, 104(1), 153–161.

Gaskins, A. J., & Chavarro, J. E. (2018). Diet and fertility: A review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 218(4), 379–389.

Gopichandran, V., & Indira Krishna, A. (2013). Confidentiality and privacy in healthcare settings: Ethical and legal implications. *Indian Journal of Medical Ethics*, 10(1), 28–31.

Gordts, S., Campo, R., & Brosens, I. (2015). Office hysteroscopy for the diagnosis and treatment of intrauterine pathology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 29(7), 908–919.

Greenhaus, J. H., & Powell, G. N. (2016). Making work and family work: From hard choices to smart choices. *Routledge*.

Habak, P. J., & Griggs, J. R. (2020). Urinary tract infections in pregnancy. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 47(3), 527–540.

Haider, B. A., Olofin, I., Wang, M., Spiegelman, D., Ezzati, M., & Black, R. E. (2017). Anaemia, prenatal iron use, and risk of adverse pregnancy outcomes: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 356, j381.

Handayani, D., & Prasetyo, R. (2017). Hubungan antara perencanaan kehidupan dan kesiapan pernikahan pada remaja. *Jurnal Psikologi Klinis dan Kesehatan Mental*, 6(2), 112–119.

Johnson, S., Marriott, L., Zinaman, M., Ellis, J., & Schulman, J. (2018). Evaluation of a new urinary hormone monitor to identify the fertile window. *Fertility and Sterility*, 109(3), 478–484.

Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (2020). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, methods, and research. *Psychological Bulletin*, 148(1), 1–32.

Kemenkes RI. (2020). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2020*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kirmayer, L. J. (2012). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 149–164.

Korenromp, E. L., Rowley, J., Alonso, M., Mello, M. B., Wijesooriya, N. S., Mahiané, S. G., ... & Newman, L. (2019). Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. *PLOS ONE*, 14(2), e0211720.

Korenromp, E. L., Rowley, J., Alonso, M., Mello, M. B., Wijesooriya, N. S., Mahiané, S. G., ... & Newman, L. M. (2019). Global burden of maternal and congenital syphilis. *PLoS ONE*, 14(2), e0211720.

Kumar, M., Huang, K. Y., Othieno, C., Wamalwa, D., Madeghe, B., Osok, J., ... & McKay, M. M. (2021). Integrating preconception and antenatal care: Lessons from low-resource settings. *Global Health Action*, 14(1), 1924226.

Lanzieri, T. M., Dollard, S. C., Bialek, S. R., & Cannon, M. J. (2015). Systematic review of the birth prevalence of congenital

cytomegalovirus infection in developing countries. *International Journal of Infectious Diseases*, 33, 70–76.

Larson, J. H., Taggart-Reedy, J. E., & Wilson, S. M. (2015). The effectiveness of premarital education programs: A meta-analytic study. *Journal of Family Psychology*, 29(5), 617–629.

Lee, J. K., Parisi, S. M., Akers, A. Y., Borrerro, S., & Schwarz, E. B. (2015). The impact of contraceptive counseling in clinical settings. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 213(5), 676–683.

Legro, R. S., Brzyski, R. G., Diamond, M. P., Coutifaris, C., Schlaff, W. D., Casson, P., & Zhang, H. (2013). Letrozole versus clomiphene for infertility in the polycystic ovary syndrome. *New England Journal of Medicine*, 369(2), 119–129.

Leis, J. A., & Shojania, K. G. (2017). A primer on PDSA: Executing plan–do–study–act cycles in practice, not just in name. *BMJ Quality & Safety*, 26(7), 572–577.

Lundberg, S., & Pollak, R. A. (2020). The economics of marriage and divorce. *Journal of Economic Perspectives*, 34(2), 129–152.

Mak, D. B., Regan, A. K., Joyce, S., Gibbs, R., & Effler, P. V. (2020). Antenatal maternal vaccination and infant infection-related hospitalisation: A population-based cohort study. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(7), 879–888.

Markman, H. J., Rhoades, G. K., Stanley, S. M., Ragan, E. P., & Whitton, S. W. (2010). The premarital communication roots of

marital distress and divorce: The first five years of marriage. *Journal of Family Psychology*, 24(3), 289–298.

Mascarenhas, M. N., Flaxman, S. R., Boerma, T., Vanderpoel, S., & Stevens, G. A. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: A systematic analysis of 277 health surveys. *PLOS Medicine*, 9(12), e1001356.

Mason, J. B., Shrimpton, R., Saldanha, L. S., Ramakrishnan, U., Victora, C. G., & Girard, A. W. (2014). The first 500 days of life: Policies to support maternal nutrition. *Global Health Action*, 7(1), 23623.

Mason, J. B., Shrimpton, R., Saldanha, L. S., Ramakrishnan, U., Victora, C. G., & Girard, A. W. (2020). The first 500 days of life: Policies to support maternal nutrition. *Global Health Action*, 13(1), 1775065.

Maswikwa, B., Richter, L., Kaufman, J., & Nandi, A. (2017). Minimum marriage age laws and the prevalence of child marriage and adolescent birth: Evidence from sub-Saharan Africa. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 43(2), 58–68.

Mathad, J. S., & Gupta, A. (2012). Tuberculosis in pregnant and postpartum women: epidemiology, management, and research gaps. *Clinical Infectious Diseases*, 55(11), 1532–1549.

Mwapasa, V., Joseph, J., Tchereni, T., Mwale, D., & Liabunya, M. (2017). Impact of counseling and testing on HIV prevention in couples. *BMC Public Health*, 17(1), 1–8.

Napier, A. D., Ancarno, C., Butler, B., Calabrese, J., Chater, A., Chatterjee, H., ... & Woolf, K. (2014). Culture and health. *The Lancet*, 384(9954), 1607–1639.

Nazarpour, S., Ramezani Tehrani, F., Simbar, M., & Azizi, F. (2017). Thyroid dysfunction and pregnancy outcomes. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 15(4), 231–240.

Nelson, N. P., Jamieson, D. J., & Murphy, T. V. (2016). Prevention of perinatal hepatitis B virus transmission. *Journal of Pediatric Infectious Diseases*, 5(2), 77–83.

Nurhayati, A. (2021). Penetapan tujuan hidup dalam perkembangan remaja awal. *Jurnal Psikologi*, 18(1), 55–64.

Nutbeam, D., Muscat, D. M., & Osborne, R. H. (2017). Health literacy: The missing link in improving the health of populations. *The Lancet Public Health*, 2(6), e249–e250.

Pang, J., Wu, N., Zhang, J., & Liu, S. (2019). Seroprevalence of rubella antibodies among women of childbearing age in China. *Vaccine*, 37(6), 813–819.

Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression. *JAMA*, 303(19), 1961–1969.

Peña-Rosas, J. P., De-Regil, L. M., Garcia-Casal, M. N., & Dowswell, T. (2015). Daily oral iron supplementation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(7), CD004736.

Pleck, J. H. (2010). Paternal involvement: Revised conceptualization and theoretical linkages with child outcomes. *The Role of the Father in Child Development*, 5, 58–93.

Poston, L., Caleyachetty, R., Cnattingius, S., Corvalan, C., Uauy, R., Herring, S., & Gillman, M. W. (2016). Preconceptional and maternal obesity: Epidemiology and health consequences. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 4(12), 1025–1036.

Pratiwi, D. Y., & Purwanti, D. M. (2019). Pengaruh pendidikan kesehatan reproduksi terhadap pengetahuan dan sikap remaja putri. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 22(2), 83–89.

Putri, A. W. (2019). Peran komunitas dalam pendidikan kesehatan reproduksi remaja. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 14(2), 89–96.

Renault, K. M., Carlsen, E. M., Haedersdal, S., Nilas, L., & Secher, N. J. (2020). Impact of lifestyle intervention for obese women before and during pregnancy on pregnancy and neonatal outcomes. *Obstetrics and Gynecology*, 135(4), 878–888.

Rooney, K. L., & Domar, A. D. (2018). The relationship between stress and infertility. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 41–47.

Rosen, M. A., & Kahan, B. (2020). Legal responsibilities in medical documentation and informed consent. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 48(4), 697–703.

Santelli, J. S., Grilo, S. A., Choo, T. H., Diaz, G., Walsh, K., Wall, M., & Mellins, C. A. (2017). Does sex education before

college protect students from sexual assault in college? *PLoS ONE*, 13(11), e0205951.

Setiawan, H., & Nurhidayati, A. (2020). Peran guru sebagai pendamping psikososial dalam pencegahan masalah kesehatan mental remaja. *Jurnal Pendidikan dan Konseling*, 2(1), 45–53.

Shorey, S., Chan, S. W. C., Chong, Y. S., He, H. G., & Kang, J. (2015). A randomized controlled trial of the effectiveness of a postnatal psychoeducation programme on self-efficacy, social support and postnatal depression among primiparas. *Journal of Advanced Nursing*, 71(6), 1257–1268.

Silvestris, E., Lovero, D., & Palmirotta, R. (2018). Nutrition and physical activity in women with polycystic ovary syndrome: An overview. *Clinical Therapeutics*, 40(3), 316–327.

Siregar, R. (2018). Perencanaan keluarga dan kesehatan reproduksi. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 9(1), 33–41.

Soares, S. R., Barbosa, C. P., & Arruda, R. M. (2019). Cigarette smoking and reproduction. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 17(1), 1–9.

Soma-Pillay, P., Nelson-Piercy, C., Tolppanen, H., & Mebazaa, A. (2016). Physiological changes in pregnancy. *Cardiovascular Journal of Africa*, 27(2), 89–94.

Stanford, J. B., Smith, K. R., & Dunson, D. B. (2018). Vulvar mucus observations and the probability of pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 131(5), 910–918.

Stanford, J. B., White, G. L., & Hatasaka, H. (2018). Timing intercourse to achieve pregnancy: current evidence. *Obstetrics and Gynecology*, 131(5), 925–933.

Stapleton, L. R. T., Schetter, C. D., Westling, E., Rini, C., Glynn, L. M., Hobel, C. J., & Sandman, C. A. (2012). Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress. *Journal of Family Psychology*, 26(3), 453–463.

Stephenson, J., Heslehurst, N., Hall, J., Schoenaker, D. A. J. M., Hutchinson, J., Cade, J. E., ... & Barker, M. (2018). Before the beginning: Nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health. *The Lancet*, 391(10132), 1830–1841..

Tan, T. Q., Gerbie, M. V., & deSilva, M. (2016). Immunization during pregnancy: Benefits for mother and child. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 43(3), 563–581.

Teede, H. J., Misso, M. L., Costello, M. F., Dokras, A., Laven, J., Moran, L., & Hoeger, K. M. (2018). Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. *Human Reproduction*, 33(9), 1602–1618.

Temel, S., van Voorst, S. F., Jack, B. W., Denktas, S., Steegers, E. A., & Steegers-Theunissen, R. P. (2015). Evidence-based preconceptional lifestyle interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(6), 737–748.

Thomson, R. L., Spedding, S., & Buckley, J. D. (2019). Vitamin D in the aetiology and management of polycystic ovary syndrome. *Clinical Endocrinology*, 90(5), 593–606.

Titaley, C. R., Dibley, M. J., & Roberts, C. L. (2020). Type, timing and frequency of health services during pregnancy and childbirth and their associations with maternal and neonatal outcomes. *BMC Health Services Research*, 20(1), 26.

Tucker, J. D., Bien, C. H., & Peeling, R. W. (2018). Point-of-care testing for sexually transmitted infections: Recent advances and implications for disease control. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 26(1), 73–79.

Utami, N. W., & Nurmala, I. (2021). Pemberdayaan remaja melalui pendidikan kesehatan berbasis partisipatif. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 9(3), 114–120.

Utomo, I. D., & McDonald, P. (2018). Adolescent reproductive health in Indonesia: A review. *Asian Population Studies*, 14(1), 1–17.

Van den Broek, N. R., Graham, W. J., & the WHO Technical Working Group on Quality of Care. (2018). Quality of care for maternal and newborn health: The neglected agenda. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 125(4), 436–438.

Van der Zee, M. L., de Weerd, S., Oei, S. G., & Steegers-Theunissen, R. P. (2020). Communication strategies to improve preconception care: A systematic review. *BMC Public Health*, 20(1), 1223.

Victora, C. G., Christian, P., Vidaletti, L. P., Gatica-Domínguez, G., Menon, P., & Black, R. E. (2021). Revisiting maternal and child undernutrition in low-income and middle-income countries: Variable progress towards an unfinished agenda. *The Lancet*, 397(10282), 1388–1399.

Vu, N. L., Jouriles, E. N., McDonald, R., & Rosenfield, D. (2016). Children's exposure to intimate partner violence: A meta-analysis of longitudinal associations with child adjustment problems. *Clinical Psychology Review*, 46, 25–33.

WHO. (2020). *Preventing mother-to-child transmission of HIV*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2021). Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring.

Widyaningrum, D. A., & Wibowo, A. (2019). Pemeriksaan kesehatan pranikah dalam perspektif kesehatan reproduksi. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 10(1), 45–52.

Willoughby, B. J., Olson, J. S., Carroll, J. S., Nelson, L. J., & Marshall, E. A. (2016). The role of premarital counseling in relationship quality during the first years of marriage. *Family Relations*, 65(4), 595–608.

Wilson, J. M. G., Jungner, G., & World Health Organization. (2019). *Principles and practice of screening for disease*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2015). *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies*. Geneva: WHO Press.

World Health Organization. (2021). *WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen* (6th ed.). Geneva: WHO Press.

Yelland, J., Sutherland, G., & Brown, S. J. (2016). Women's experiences of health care in the first postnatal year: Key findings from the 2014 Victorian Survey of Recent Mothers. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 251.

Yulianti, D. (2020). Strategi pemberdayaan remaja melalui pendidikan kesehatan reproduksi. *Jurnal Pendidikan Kesehatan*, 8(2), 134–142.

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Dyer, S., Racowsky, C., de Mouzon, J., Sokol, R., ... & Simpson, J. L. (2017). The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. *Fertility and Sterility*, 108(3), 393–406.

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Dyer, S., Racowsky, C., de Mouzon, J., Sokol, R., ... & Simpson, J. L. (2017). The International Glossary on Infertility and Fertility Care. *Fertility and Sterility*, 108(3), 393–406.

Zhang, Y., Li, Y., Ma, Y., & Zhang, J. (2020). The impact of sleep quality on female fertility: A review. *Gynecological Endocrinology*, 36(10), 875–879.

Zipursky, A., Israels, L. G., & Milner, R. (2018). Rh disease: A continuing global problem. *British Journal of Haematology*, 181(5), 615–624.

Catatan

Catatan

Buku Pranikah dan Prakonsepsi: Pendekatan Kebidanan dalam Perawatan Reproduksi mengangkat tema penting yang sering kali terabaikan dalam diskusi keluarga, yaitu pentingnya persiapan menyeluruh sebelum hamil. Dalam buku ini, pembaca diajak untuk memahami langkah-langkah menjaga kesehatan reproduksi sejak sebelum menikah, termasuk pemeriksaan kesehatan dasar, pemenuhan nutrisi, konseling psikologis, serta perencanaan kehamilan yang bertanggung jawab.

Dengan penjelasan yang mudah dipahami, buku ini menjadi panduan praktis bagi masyarakat umum, pasangan muda, pendamping keluarga, dan siapa pun yang ingin membangun keluarga secara sehat dan bijak. Buku ini juga menekankan peran tenaga kebidanan dalam proses edukasi dan pendampingan yang hangat dan bersahabat, bukan hanya secara klinis.

Sebagai sumber informasi yang dapat disebarluaskan secara luas, buku ini berkontribusi penting dalam memperkuat budaya pencegahan dan perencanaan dalam layanan kesehatan keluarga di Indonesia.