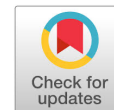


Pengalaman Perempuan terhadap Otonomi dalam Pengambilan Keputusan Kesehatan Reproduksi: Studi Fenomenologis



Megawati A^{1*}, Husnah Amri K²

¹Fakultas Kesehatan, Universitas Wallacea, Mamuju, Indonesia

Journal of Innovative Midwifery Practice

Volume 1(1), 01-08, ©The Authors (2025)

Article Info

Manuscript Received: 04 Jun, 2025

Revised: 04 Jul, 2025

Accepted: 15 Jul, 2025

Date of Publication: 25 Jul, 2025

Volume: 1

Issue: 1

Correspondence Author

Megawati A

Universitas Wallacea, Kalukku No.Km. 15,

Bambu, Kec. Mamuju, Kabupaten Mamuju,

Sulawesi Barat

Email : megawati@gmail.com

Abstract

Introduction: Women's autonomy in reproductive health is a critical aspect of their fundamental rights and wellbeing. **Methods:** This phenomenological study explored the lived experiences of seven women in making reproductive health decisions. In-depth interviews were conducted and analyzed using thematic analysis to capture meanings and patterns related to autonomy. **Results:** Three central themes emerged: (1) Negotiating autonomy within socio-cultural expectations, (2) Emotional and relational dimensions of reproductive choices, and (3) Institutional influences on autonomy in healthcare encounters. Participants described internal conflicts, the influence of partners and family, and perceptions of provider support or control.

Conclusion: Women's autonomy in reproductive health is shaped by intersecting personal, social, and systemic factors. These findings emphasize the need for policy and practice reforms to ensure reproductive rights are upheld across contexts

Pendahuluan: Otonomi perempuan dalam kesehatan reproduksi merupakan aspek krusial dari hak-hak mendasar dan kesejahteraan mereka. **Metode:** Studi fenomenologis ini mengeksplorasi pengalaman hidup tujuh perempuan dalam proses pengambilan keputusan terkait kesehatan reproduksi. Wawancara mendalam dilakukan dan dianalisis menggunakan analisis tematik untuk menangkap makna dan pola yang berkaitan dengan otonomi. **Hasil:** Tiga tema utama yang muncul adalah: (1) Negosiasi otonomi dalam kerangka ekspektasi sosial-budaya, (2) Dimensi emosional dan relasional dari pilihan reproduksi, dan (3) Pengaruh institusional terhadap otonomi dalam interaksi layanan kesehatan. Para partisipan menggambarkan konflik internal, pengaruh pasangan dan keluarga, serta persepsi terhadap dukungan atau kontrol dari tenaga kesehatan. **Kesimpulan:** Otonomi perempuan dalam kesehatan reproduksi dibentuk oleh interaksi antara faktor pribadi, sosial, dan sistemik. Temuan ini menekankan perlunya reformasi kebijakan dan praktik untuk menjamin pemenuhan hak-hak reproduksi di berbagai konteks

Kata Kunci: Otonomi Reproduksi, Pengalaman Perempuan, Kebidanan, Pengambilan Keputusan

LATAR BELAKANG

Otonomi reproduksi merupakan komponen fundamental dari hak-hak perempuan, mencakup kemampuan untuk membuat keputusan yang terinformasi dan sukarela mengenai kontrasepsi, kehamilan, dan kesehatan seksual. The World Health Organization (WHO) dan United Nations Population Fund (UNFPA) mengidentifikasi pengambilan keputusan dalam kesehatan reproduksi sebagai bagian penting dari kerangka kesetaraan gender dan hak asasi manusia (1,2). Namun demikian, meskipun terdapat advokasi internasional, keputusan kesehatan reproduksi masih sangat dipengaruhi oleh norma sosial-budaya, dinamika gender, dan hambatan institusional,

terutama di negara berpenghasilan rendah dan menengah (3).Berbagai studi terbaru menekankan pentingnya pemberdayaan perempuan dalam membuat pilihan terkait kesehatan reproduksi mereka, dengan kaitan langsung terhadap peningkatan hasil maternal dan kepuasan terhadap layanan kesehatan (4,5). Namun, di banyak komunitas, otonomi perempuan tetap terbatas oleh nilai-nilai tradisional, ekspektasi keluarga, serta keterbatasan akses terhadap informasi akurat atau tenaga kesehatan yang suportif. Tantangan ini sering kali berujung pada keputusan yang tidak optimal, kehamilan yang tidak diinginkan, atau keterlambatan dalam mencari perawatan maternal (6).

Permasalahan utama yang diangkat dalam studi ini adalah keterbatasan pemahaman tentang bagaimana perempuan mengalami otonomi atau ketidak otonomian dalam proses pengambilan keputusan kesehatan reproduksi. Meskipun studi kuantitatif telah mengukur indeks otonomi atau kapasitas pengambilan keputusan, pemahaman kualitatif tentang pengalaman hidup perempuan masih jarang dieksplorasi. Mengisi kesenjangan ini sangat penting untuk merancang intervensi yang kontekstual dan mengakui dimensi sosial dan emosional dari otonomi reproduktif.Solusi umum yang ditawarkan dalam literatur adalah integrasi pendekatan pelayanan berpusat pada perempuan dalam layanan kesehatan reproduksi. Ini mencakup jaminan terhadap informed consent, promosi pengambilan keputusan bersama, dan penguatan peran bidan sebagai advokat hak perempuan (7). Namun, pelaksanaannya sering kali tidak optimal karena adanya bias tenaga kesehatan, pelatihan yang kurang memadai, atau kendala pada tingkat sistem.

Beberapa studi fenomenologis dan etnografi di Afrika sub-Sahara dan Asia Tenggara telah menyoroti kompleksitas yang dihadapi perempuan dalam menavigasi keputusan reproduktif di lingkungan yang patriarkal atau paternalistik. Misalnya, sebuah studi di Nepal menunjukkan bahwa perempuan sering mengandalkan persetujuan suami atau orang tua untuk mengambil tindakan terkait kesehatan (8), sementara penelitian di Indonesia mengungkapkan bahwa bahkan perempuan terpelajar masih menghadapi tekanan halus yang membatasi otonomi mereka (9).Meskipun terdapat upaya tersebut, masih sedikit penelitian yang fokus pada narasi personal perempuan dan bagaimana mereka memaknai otonomi dalam interaksi dengan sistem pelayanan kesehatan, terutama dengan bidan. Literatur seringkali mengabaikan kerja emosional dan negosiasi internal yang dialami perempuan saat menghadapi pilihan reproduktif yang terbenam dalam konteks budaya dan relasional.Studi ini bertujuan untuk mengeksplorasi secara mendalam pengalaman hidup perempuan terkait otonomi dalam pengambilan keputusan kesehatan reproduksi. Dengan menggunakan pendekatan fenomenologi, penelitian ini menyelidiki bagaimana otonomi dipahami, diungkapkan, atau dikompromikan di berbagai tahap layanan kesehatan reproduksi. Kebaruan dari studi ini terletak pada fokusnya terhadap proses makna yang dibangun dan dinamika interpersonal antara perempuan dan tenaga kesehatan, khususnya bidan, dalam mendukung atau membatasi otonomi.

METODE

Penelitian ini menggunakan desain kualitatif berbasis pendekatan fenomenologi untuk mengeksplorasi pengalaman hidup perempuan dalam hal otonomi pengambilan keputusan kesehatan reproduksi. Pendekatan fenomenologi dipilih karena mampu mengungkap esensi pengalaman manusia melalui narasi langsung dari pelakunya. Tujuan utamanya adalah menggali bagaimana otonomi dipahami dan dijalani oleh perempuan dalam konteks sosial-budaya dan pelayanan kesehatan tempat mereka berada.

Lokasi Penelitian dan Partisipan

Penelitian dilakukan di sebuah pusat kesehatan masyarakat dengan layanan kebidanan di kawasan yang multikultural di Asia Tenggara. Lokasi dipilih karena aktif memberikan layanan kesehatan reproduksi seperti antenatal care, keluarga berencana, dan edukasi maternal. Persetujuan etik diperoleh dari komite etik lembaga akademik yang berwenang dan izin diberikan oleh otoritas kesehatan setempat.

Partisipan dipilih secara purposif dengan kriteria: (1) perempuan usia 18–45 tahun, (2) pernah membuat keputusan terkait kontrasepsi, kehamilan, atau persalinan bersama bidan dalam 12 bulan terakhir, dan (3) bersedia berbagi pengalaman secara verbal. Perempuan di bawah usia 18 tahun, kehamilan risiko tinggi, atau yang menolak memberikan informed consent dikeluarkan dari penelitian.Sebanyak tujuh partisipan diwawancarai. Jumlah ini

dianggap memadai dalam studi fenomenologi untuk menggali kedalaman makna dan pengalaman. Para partisipan memiliki latar belakang status pernikahan, jumlah anak, pendidikan, dan pekerjaan yang beragam, yang memungkinkan eksplorasi pengalaman yang bervariasi dengan tetap menjaga kohesivitas analisis.

Teknik Pengumpulan Data

Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam semi-terstruktur dengan pertanyaan terbuka. Setiap wawancara diawali dengan pertanyaan eksploratif seperti: "Bisakah Anda ceritakan saat Anda harus membuat keputusan terkait kesehatan reproduksi Anda?" Pertanyaan lanjutan menggali emosi, proses pengambilan keputusan, pengaruh pihak lain, dan interaksi dengan tenaga kesehatan. Wawancara berlangsung selama 45–75 menit dan dilakukan di lokasi privat yang dipilih partisipan. Wawancara dilakukan oleh peneliti utama, seorang peneliti kualitatif yang berpengalaman di bidang kebidanan dan kesehatan perempuan. Semua wawancara direkam dengan izin partisipan dan disertai catatan lapangan untuk menangkap konteks dan ekspresi non-verbal.

Manajemen Data dan Transkrip

Rekaman audio ditranskrip verbatim dalam bahasa asli dan diterjemahkan ke dalam Bahasa Inggris untuk analisis. Keakuratan terjemahan diverifikasi oleh peneliti bilingual yang memahami konteks lokal. Identitas partisipan disamarkan dengan nama samaran, dan data disimpan secara terenkripsi dan hanya diakses oleh tim peneliti. Analisis data dilakukan secara tematik mengikuti prosedur fenomenologis. Peneliti melakukan pembacaan berulang terhadap transkrip, mengidentifikasi unit makna, melakukan pengodean manual, dan mengembangkan tema-tema utama serta subtema. Analisis dilakukan dengan teknik bracketing untuk menahan bias peneliti dan menjaga kemurnian pengalaman partisipan. Kredibilitas diperkuat dengan pengecekan anggota (member checking), diskusi tim peneliti, dan pencatatan refleksi analitik. Dependabilitas dan konfirmabilitas dijaga melalui audit trail dan triangulasi data dari catatan lapangan dan narasi wawancara. Transferabilitas didukung dengan deskripsi kontekstual yang kaya agar pembaca dapat mempertimbangkan relevansi temuan dalam konteks lain.

HASIL

Analisis transkrip wawancara dari tujuh perempuan menghasilkan tiga tema utama yang mencerminkan pengalaman mereka terkait otonomi dalam pengambilan keputusan kesehatan reproduksi: (1) Negosiasi Otonomi dalam Ekspektasi Sosial Budaya, (2) Dimensi Emosional dan Relasional dalam Pilihan Reproduksi, dan (3) Pengaruh Institusi terhadap Otonomi. Masing-masing tema didukung oleh subtema yang menggambarkan bagaimana para partisipan menavigasi keinginan pribadi, harapan keluarga, dan dinamika institusional dalam membuat keputusan terkait kesehatan reproduksi.

Negosiasi Otonomi dalam Ekspektasi Sosial Budaya

Para partisipan menggambarkan bahwa otonomi tidak dipahami sebagai kebebasan mutlak, melainkan sebagai proses negosiasi yang dipengaruhi oleh norma budaya, tradisi keluarga, dan ekspektasi komunitas. Beberapa perempuan menyatakan bahwa mereka menyerahkan keputusan kepada suami atau ibu mertua sebagai bentuk rasa hormat atau kewajiban sosial.

"Saya ingin menggunakan metode kontrasepsi yang sesuai untuk saya, tapi ibu mertua saya bersikeras agar saya menggunakan suntik, karena semua perempuan di keluarga kami pakai itu" (Partisipan 3).

Tema ini menunjukkan bahwa otonomi reproduksi seringkali dibatasi oleh struktur keluarga yang hierarkis dan peran gender tradisional. Beberapa partisipan mengalami konflik internal antara keinginan pribadi dan konformitas sosial. Walaupun mereka memahami hak-hak mereka, melaksanakannya tanpa persetujuan keluarga terasa sulit.

“Saya tahu saya tidak ingin hamil lagi terlalu cepat, tapi mengatakan itu seolah-olah saya menentang otoritas suami saya” (**Partisipan 6**).

Namun, beberapa perempuan menyatakan bahwa melalui pendidikan dan keterpaparan terhadap program kesehatan masyarakat, mereka mulai merasa lebih mampu untuk mengungkapkan preferensi mereka.

“Saya belajar dari bidan bahwa ini tubuh saya dan saya punya hak untuk memilih. Itu memberi saya keberanian untuk bicara” (**Partisipan 1**).

Hal ini menunjukkan bahwa edukasi kesehatan yang sensitif secara budaya dapat memberdayakan perempuan dalam menegosiasikan keputusan mereka.

Dimensi Emosional dan Relasional dalam Pilihan Reproduksi

Proses pengambilan keputusan para perempuan sarat dengan emosi dan relasi interpersonal, termasuk rasa bersalah, cemas, dan tanggung jawab moral. Respons emosional ini erat kaitannya dengan hubungan mereka dengan pasangan dan anggota keluarga lainnya.

“Meskipun saya setuju dengan implan kontrasepsi, saya menangis setelahnya karena merasa seperti mengkhianati keinginan suami saya yang ingin banyak anak” (**Partisipan 4**).

Beberapa partisipan mengalami stres emosional karena menerima informasi yang saling bertentangan dari petugas kesehatan dan keluarga. Dalam situasi seperti ini, mereka merasa bingung dan terisolasi

“Bidan bilang satu hal, ibu saya bilang lain, dan suami saya punya pendapat berbeda. Akhirnya saya putuskan sendiri, tapi itu menyakitkan” (**Partisipan 7**).

Pengalaman ini menunjukkan betapa beratnya beban emosional yang ditanggung perempuan saat membuat keputusan reproduktif. Mereka seringkali merasa bertanggung jawab penuh atas dampak keputusan, terutama jika tidak sesuai dengan harapan keluarga. Sebaliknya, perempuan yang mendapat empati dan dukungan dari bidan merasakan proses pengambilan keputusan yang lebih positif, yang membantu meringankan beban emosional dan memperkuat rasa agensi.

Pengaruh Institusi terhadap Otonomi dalam Pelayanan Kesehatan

Partisipan menggambarkan bahwa institusi pelayanan kesehatan dan interaksi dengan bidan memiliki peran penting dalam membentuk pengalaman otonomi. Meskipun sebagian besar perempuan menghargai keahlian klinis bidan, beberapa menyebutkan bahwa komunikasi sering terburu-buru dan bersifat satu arah.

“Di klinik, mereka langsung bilang saya harus pakai IUD tanpa tanya keinginan saya. Saya merasa tidak dianggap” (**Partisipan 2**).

Sebaliknya, ada juga pengalaman positif ketika bidan memberi penjelasan yang jelas dan mendorong dialog dua arah.

“Bidan mendengarkan saya. Dia tidak memaksa. Saya merasa dihargai untuk pertama kalinya” (**Partisipan 5**).

Perbedaan ini menunjukkan bahwa gaya komunikasi dan sikap penyedia layanan sangat mempengaruhi persepsi perempuan terhadap otonomi mereka. Hambatan institusional lainnya yang disebutkan adalah kurangnya privasi dalam ruang konsultasi, khususnya di fasilitas kesehatan publik. Beberapa partisipan enggan menyampaikan preferensi secara terbuka karena suasana yang tidak mendukung. Dalam kondisi seperti itu, keputusan sering diambil secara cepat dan tanpa konseling yang memadai. Dengan demikian, lingkungan institusi bisa menjadi fasilitator atau penghambat tergantung pada kualitas interaksi dan struktur pendukung yang tersedia.

Ketegangan antara Pengetahuan dan Kekuasaan

Walaupun sebagian besar partisipan mengapresiasi informasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan, beberapa menyatakan frustrasi karena pengetahuan tersebut tidak selalu dapat diwujudkan dalam tindakan.

“Meskipun saya tahu kelebihan dan kekurangan tiap metode, saya tetap harus minta izin suami. Jadi, buat apa tahu kalau saya tidak bisa memutuskan sendiri?” (Partisipan 7).

Ketegangan ini menunjukkan bahwa informasi saja tidak cukup untuk menjamin otonomi jika tidak didukung oleh dukungan struktural dan relasional. Konsep pemberdayaan menjadi bergantung pada dinamika kekuasaan dalam rumah tangga dan sistem pelayanan. Diperlukan lebih dari sekadar penyuluhan; perempuan harus diberi ruang dan dukungan untuk bertindak berdasarkan pengetahuan mereka.

Otonomi yang Berkembang Seiring Waktu Reproduksi

Beberapa partisipan menyatakan bahwa rasa otonomi mereka berkembang seiring bertambahnya usia, pengalaman melahirkan, dan interaksi dengan sistem kesehatan. Perempuan yang lebih muda atau baru pertama kali melahirkan cenderung tunduk pada otoritas eksternal, sedangkan perempuan yang lebih tua atau sudah memiliki beberapa anak merasa lebih percaya diri dalam menyampaikan preferensinya.

“Waktu pertama, saya takut bicara. Tapi setelah punya tiga anak, saya tahu apa yang saya mau dan saya bilang” (Partisipan 1).

Hal ini menunjukkan bahwa otonomi reproduktif bersifat dinamis dan dapat tumbuh melalui pengalaman. Pemberdayaan dapat dipandang sebagai proses yang dipupuk melalui interaksi berulang dengan sistem kesehatan dan refleksi atas pengalaman sebelumnya.

DISCUSSION

Temuan dari studi ini menyoroti kompleksitas pengalaman perempuan dalam mengakses dan menegosiasikan otonomi dalam pengambilan keputusan kesehatan reproduksi. Berbeda dengan pendekatan normatif yang menekankan pada kebebasan individu, hasil ini mengungkap bahwa otonomi bersifat kontekstual, relasional, dan sangat dipengaruhi oleh norma sosial-budaya, dinamika kekuasaan, serta kualitas interaksi dengan tenaga kesehatan, khususnya bidan.

Negosiasi otonomi dalam kerangka budaya yang patriarkal sejalan dengan studi-studi sebelumnya yang menemukan bahwa perempuan di negara berkembang sering menghadapi tekanan sosial untuk menyesuaikan pilihan reproduktif mereka dengan harapan keluarga atau masyarakat (10,11). Dalam konteks Asia Tenggara, di mana nilai kolektivitas dan penghormatan terhadap otoritas keluarga masih dominan, pengambilan keputusan cenderung melibatkan konsensus keluarga, bukan individu. Hal ini menunjukkan perlunya pendekatan kesehatan yang mengintegrasikan pemahaman budaya lokal agar promosi otonomi tidak bertentangan dengan nilai yang berlaku.

Dimensi emosional yang menyertai keputusan reproduktif juga menjadi temuan penting dalam penelitian ini. Emosi seperti rasa bersalah, takut, dan cemas sering kali mempengaruhi keputusan perempuan, bahkan ketika mereka secara rasional memahami pilihan terbaik bagi diri mereka. Hal ini memperkuat temuan dari Chandra-Mouli

et al. (12) bahwa pengambilan keputusan dalam kesehatan reproduksi tidak terlepas dari dinamika psikososial yang kompleks. Oleh karena itu, bidan harus dibekali keterampilan komunikasi empatik dan konseling yang tidak hanya menyampaikan informasi, tetapi juga mampu menampung keraguan emosional perempuan.

Kualitas hubungan dengan bidan menjadi faktor kunci dalam membentuk persepsi otonomi perempuan. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa bidan yang menghargai pendapat perempuan dan mendorong partisipasi aktif dapat meningkatkan kepuasan, kepatuhan, dan rasa kontrol perempuan atas keputusan reproduktif mereka (13,14). Hal ini juga terbukti dalam studi ini, di mana perempuan yang merasa didengarkan oleh bidan menunjukkan peningkatan rasa percaya diri dan agensi. Intervensi berbasis pelatihan komunikasi dan penguatan nilai *woman-centered care* sangat dibutuhkan untuk meningkatkan kualitas interaksi tersebut.

Faktor institusional seperti keterbatasan privasi, waktu konsultasi yang terbatas, dan prosedur layanan yang terstandarisasi menjadi hambatan lain bagi perempuan untuk mengutarakan preferensinya. Studi dari Khosla et al. (15) menekankan pentingnya lingkungan pelayanan yang aman dan inklusif sebagai syarat dasar bagi pengambilan keputusan yang otonom. Maka dari itu, kebijakan sistem kesehatan harus menjamin desain ruang konsultasi yang privat, waktu interaksi yang cukup, dan sistem rujukan yang mendukung konsultasi berulang.

Ketegangan antara pengetahuan dan kekuasaan dalam keluarga yang digambarkan oleh partisipan menunjukkan bahwa akses informasi belum tentu menghasilkan otonomi jika tidak didukung oleh kekuatan struktural dan relasi yang setara. Hal ini menguatkan kritik terhadap pendekatan edukasi yang hanya berfokus pada transfer informasi tanpa mempertimbangkan konteks sosial di mana perempuan mengambil keputusan (16). Intervensi yang efektif harus memperkuat posisi tawar perempuan dalam rumah tangga dan menyediakan dukungan sosial yang memungkinkan mereka untuk bertindak berdasarkan informasi yang dimiliki.

Menariknya, studi ini juga menunjukkan bahwa otonomi bukanlah atribut tetap, melainkan kemampuan yang berkembang seiring pengalaman hidup dan interaksi perempuan dengan sistem pelayanan kesehatan. Ini sesuai dengan pandangan dinamika agensi dalam perspektif teori feminis, yang menekankan bahwa pemberdayaan adalah proses yang bertahap dan terbentuk dalam interaksi sosial (17,18). Oleh karena itu, pelayanan kesehatan reproduksi harus dilihat sebagai ruang transformatif yang memungkinkan perempuan mengalami proses belajar dan refleksi atas pengalaman mereka.

Studi ini memiliki beberapa implikasi penting. Pertama, perlunya integrasi prinsip *woman-centered care* dalam kurikulum pendidikan kebidanan dan pelatihan berkelanjutan. Kedua, pengembangan kebijakan pelayanan reproduksi harus mempertimbangkan mekanisme umpan balik perempuan sebagai pengguna layanan untuk meningkatkan sensitivitas budaya dan keberpihakan terhadap perempuan. Ketiga, penelitian selanjutnya dapat mengkaji pengalaman kelompok perempuan yang lebih beragam, termasuk dari komunitas marginal, untuk memahami dinamika otonomi dalam konteks yang lebih luas.

Secara keseluruhan, hasil studi ini mendukung argumen bahwa otonomi perempuan dalam kesehatan reproduksi tidak bisa dipahami secara individualistik, melainkan sebagai proses sosial yang kompleks dan membutuhkan intervensi yang menyeluruh, dari level individu hingga sistem pelayanan.

KESIMPULAN

Studi fenomenologis ini memberikan pemahaman yang lebih mendalam mengenai pengalaman otonomi perempuan dalam pengambilan keputusan kesehatan reproduksi. Temuan menunjukkan bahwa otonomi tidak dapat direduksi menjadi tindakan individu semata, melainkan merupakan hasil dari proses negosiasi sosial, emosional, dan institusional yang kompleks. Norma budaya, hubungan keluarga, dinamika kekuasaan dalam rumah tangga, serta kualitas interaksi dengan bidan dan sistem pelayanan kesehatan menjadi faktor penting yang membentuk tingkat otonomi yang dirasakan oleh perempuan.

Perempuan dalam studi ini menunjukkan kemampuan untuk mengartikulasikan preferensi mereka meskipun berada dalam kerangka budaya yang menantang. Namun, kemampuan tersebut sangat bergantung pada dukungan lingkungan baik dari tenaga kesehatan yang empatik, edukasi yang inklusif, maupun sistem pelayanan yang memungkinkan partisipasi aktif. Ketika interaksi dengan bidan dilakukan secara dialogis dan penuh

penghargaan, perempuan merasakan peningkatan rasa kontrol dan kepercayaan diri terhadap keputusan reproduktif mereka.

Implikasi dari studi ini menekankan pentingnya penerapan prinsip pelayanan berpusat pada perempuan dalam praktik kebidanan. Pelayanan tersebut harus memastikan adanya ruang konsultasi yang aman, waktu interaksi yang cukup, komunikasi yang sensitif secara budaya, dan keterlibatan perempuan sebagai aktor utama dalam proses pengambilan keputusan. Lebih jauh, sistem kesehatan perlu mengembangkan mekanisme struktural yang mendukung transformasi otonomi dari pengetahuan menjadi tindakan nyata.

Dengan menempatkan pengalaman perempuan sebagai sumber pengetahuan, studi ini memperkuat pendekatan keadilan reproduksi yang menjadikan suara perempuan sebagai pusat perbaikan layanan. Otonomi harus dipahami sebagai hasil dari pemberdayaan yang bersifat bertahap dan kontekstual, bukan sebagai atribut tetap. Oleh karena itu, intervensi kebijakan dan pelatihan tenaga kesehatan harus disusun secara holistik untuk mendukung proses ini.

Studi ini memberikan kontribusi penting dalam memperluas pemahaman tentang otonomi perempuan dalam ranah reproduksi, serta memberikan dasar bagi pengembangan praktik kebidanan yang lebih etis, sensitif, dan responsif terhadap kebutuhan dan nilai-nilai perempuan

UCAPAN TERIMAKASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada seluruh partisipan perempuan dalam penelitian ini yang telah dengan sukarela membagikan pengalaman pribadi mereka secara jujur dan mendalam. Kontribusi mereka sangat berarti dalam memperkaya pemahaman kita tentang otonomi dalam pengambilan keputusan kesehatan reproduksi.

Ucapan terima kasih juga disampaikan kepada institusi layanan kesehatan yang telah memberikan izin dan dukungan selama proses pengumpulan data. Tanpa akses dan kerja sama yang baik dari pihak penyedia layanan, penelitian ini tidak akan terlaksana dengan optimal.

Kami juga berterima kasih kepada tim asisten penelitian dan penerjemah yang telah membantu dalam proses transkripsi, verifikasi data, dan penerjemahan, serta kepada kolega-kolega akademik yang memberikan masukan konstruktif selama penyusunan naskah ini. Akhir kata, penghargaan khusus kami sampaikan kepada komite etik dari institusi pendidikan peneliti yang telah melakukan proses peninjauan dan pemberian persetujuan etik dengan penuh profesionalisme. Semoga hasil penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi peningkatan pelayanan kebidanan yang lebih berpihak pada perempuan dan hak-hak reproduktif mereka.

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. Sexual and reproductive health: Defining sexual health [Internet]. WHO; 2006 [cited 2025 Jul 26]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/sexual-health>
2. United Nations Population Fund. Reproductive rights are human rights: A handbook for national human rights institutions [Internet]. New York: UNFPA; 2014.
3. Jain AK, Hardee K. Revising the FP quality of care framework in the context of rights-based family planning. *Stud Fam Plann.* 2018;49(2):171–9.
4. Prata N, Fraser A, Huchko MJ, Gipson JD, Withers M, Lewis S, et al. Women's empowerment and family planning: A review of the literature. *J Biosoc Sci.* 2017;49(6):713–43.
5. Ahmed S, Creanga AA, Gillespie DG, Tsui AO. Economic status, education and empowerment: Implications for maternal health service utilization in developing countries. *PLoS One.* 2010;5(6):e11190.
6. Sedgh G, Singh S, Hussain R. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Stud Fam Plann.* 2014;45(3):301–14.
7. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: Findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet.* 2014;384(9948):1129–45.

8. Tamang A, Puri M, Shrestha P, Dulal B, Hulton L. Barriers to choice: A qualitative study of women's experiences in accessing contraception in rural Nepal. *Sex Reprod Health Matters*. 2021;29(1):1917037.
9. Diala C, Penn-Kekana L, Portela A, Martínez Álvarez M. The power dynamics of maternal and newborn health: An ethnographic exploration of women's health-seeking behavior in Indonesia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):589.
10. Bloom SS, Wypij D, Das Gupta M. Dimensions of women's autonomy and the influence on maternal health care utilization in a north Indian city. *Demography*. 2001;38(1):67–78.
11. Al Riyami A, Afifi M, Mabry RM. Women's autonomy, education and employment in Oman and their influence on contraceptive use. *Reprod Health Matters*. 2004;12(23):144–54.
12. Chandra-Mouli V, Lane C, Wong S. What does not work in adolescent sexual and reproductive health: A review of evidence on interventions commonly accepted as best practices. *Glob Health Sci Pract*. 2015;3(3):333–40.
13. Downe S, Finlayson K, Tunçalp Ö, Gülmezoglu AM. What matters to women: A systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. *BJOG*. 2016;123(4):529–39.
14. Fontein-Kuipers Y, van Beeck E, de Jong G, van Limbeek E. Woman-centeredness in maternity care: What do professionals think? A mixed-methods study. *Women Birth*. 2019;32(2):e186–95.
15. Khosla R, Zampas C, Vogel JP, Bohren MA, Roseman M, Erdman JN. International human rights and the mistreatment of women during childbirth. *Health Hum Rights*. 2016;18(2):131–43.
16. Hardon A, Idrus NI, Hymans TD. Chemical sexualities: The use of pharmaceutical and herbal products for sexual enhancement in urban Indonesia. *Reprod Health Matters*. 2013;21(41):214–24.
17. Cornwall A, Edwards J. Introduction: Negotiating empowerment. *IDS Bull*. 2010;41(2):1–9.
18. Yamin AE. Power, suffering, and the struggle for dignity: Human rights frameworks for health and why they matter. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 2016.
19. George A. Negotiating empowerment: Studies in health and development in India. New Delhi: Indian Institute of Advanced Study; 2007.
20. Freedman LP. Achieving the MDGs: Health systems as core social institutions. *Development*. 2005;48(1):19–24.
21. Ten Hoop-Bender P, de Bernis L, Campbell J, Downe S, Fauveau V, Fogstad H, et al. Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *Lancet*. 2014;384(9949):1226–35.
22. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLoS Med*. 2015;12(6):e1001847.
23. Raj A, Silverman JG. Violence against immigrant women: The roles of culture, context, and legal immigrant status on intimate partner violence. *Violence Against Women*. 2002;8(3):367–98.
24. Castro R, Erviti J. Violations of reproductive rights during hospital births in Mexico. *Health Hum Rights*. 2003;7(1):90–110.
25. Diniz SG, d'Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, et al. Implementation of the presence of companions during hospital admission for childbirth: Data from the Birth in Brazil national survey. *Cad Saude Publica*. 2014;30(Suppl 1):S140–53.
26. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: A pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet*. 2016;388(10056):2176–92.