

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### 1. Teori Pencapaian Peran Ibu (*Maternal Role Attainment*)

###### a. Pengertian Pencapaian Peran Ibu

Peran adalah bentuk dari perilaku yang diharapkan dari seseorang pada situasi sosial tertentu. Peran ibu adalah mendidik, merawat, dan memberikan kasih sayang kepada anaknya. Peran ibu memiliki dua komponen penting yaitu komponen perawatan bayi dan komponen kognitif-afektif. Komponen perawatan bayi antara lain meliputi pemenuhan kebutuhan akan makanan dan pakaian, memeluk dan menggendong bayi, serta menjaga bayi dari hal-hal atau penyakit yang membahayakan bayi. Komponen kognitif-afektif meliputi sikap keibuan, kelembutan, kesadaran, dan kepedulian terhadap kebutuhan dan keinginan bayi.<sup>2</sup> Komponen kognitif diekspresikan melalui bagaimana, kapan, apa, dan mengapa ibu mencari tahu tentang pengasuhan anaknya. Komponen afektif ditunjukkan dengan kasih sayang ibu untuk bayi dan untuk dirinya sendiri sebagai ibu dari bayinya.<sup>3</sup>

Mercer mengungkapkan bahwa pencapaian peran ibu adalah proses yang bersifat interaktif dan berkembang yang terjadi sepanjang waktu selama ibu melekat dengan bayinya, dan memperoleh kecakapan dalam

melakukan tugas-tugas yang diperlukan dalam peran itu, dan mengungkapkan rasa senang dan puas pada peran tersebut. Menjadi seorang ibu berarti menerima identitas baru. Identitas baru tersebut meliputi pemikiran dan pendefinisian kembali tentang diri secara menyeluruh.<sup>31</sup>

Identitas maternal merupakan titik akhir dari pencapaian peran ibu. Menurut Mercer, identitas maternal menunjukkan bahwa seorang wanita memandang dirinya sendiri sebagai seorang ibu berdasarkan tiga indikator yaitu terikatan pada bayi, kompetensi peran, dan kepuasan dalam peran. Keterikatan pada bayi melibatkan komitmen emosional, perasaan cinta, dan hubungan dengan bayi. Kompetensi peran adalah kemampuan dan kepercayaan diri untuk membesarkan anak. Kepuasan dalam peran melibatkan rasa puas ketika berinteraksi dengan bayi.<sup>32</sup> Menurut Walker, identitas maternal dapat digambarkan sebagai hubungan pribadi dan sangat spesifik antara ibu dan anaknya.<sup>3</sup>

Terdapat tiga aspek identitas peran ibu yaitu citra ideal (*ideal image*), citra diri (*self image*), dan citra tubuh (*body image*). Citra ideal (*ideal image*) menyangkut hal-hal dan kegiatan yang berkaitan dengan bagaimana seharusnya menjadi seorang ibu. Citra diri (*self image*) digunakan wanita untuk menggambarkan keadaan dirinya. Hal ini terjadi ketika ibu melihat dirinya terkait dengan peran ibu yang akan dilakukan. Citra diri (*self image*) wanita adalah bagaimana wanita tersebut memandang dirinya sebagai bagian dari pengalaman dirinya.

Citra diri menggabungkan aspirasi diri ideal sebagai panduan atau standar perilaku. Lingkup citra tubuh (*body image*) memainkan peran mendasar dalam struktur dan fungsi citra diri. Komponen citra tubuh adalah penampilan, batas tubuh, dan fungsi. Citra tubuh (*body image*) berhubungan dengan perubahan fisik dan perubahan-perubahan spesifik lainnya yang terjadi selama kehamilan dan masa setelah melahirkan.<sup>31</sup>

Menurut Rubin identitas maternal dicapai melalui proses *taking in*, *taking on*, dan *letting go*. Terdapat lima langkah yang melekat dalam pencapaian gambaran wanita terhadap dirinya yaitu *mimicry* (meniru), *role play* (bermain peran), *fantasy* (membayangkan peran), *introjection-projection-rejection* (wanita membedakan model-model yang sesuai pendapatnya), dan *grief work*. *Taking on* terdiri dari kegiatan *mimicry* (meniru) dan *role play* (bermain peran). *Taking in* meliputi kegiatan berfantasi sehingga pada fase ini, ibu tidak hanya meniru tetapi sudah mulai membayangkan peran pada tahap sebelumnya. *Introjection-projection-rejection* merupakan tahap membedakan model-model yang sesuai dengan pendapatnya. *Letting go* merupakan tahap mengingat kembali proses dan aktivitas yang sudah dilakukannya.<sup>31</sup>

Mercer menguraikan empat langkah dalam pelaksanaan peran ibu yaitu tahap *anticipatory*, tahap formal, tahap informal, dan tahan personal. Tahap *anticipatory* merupakan suatu masa sebelum wanita menjadi ibu ketika wanita memulai penyesuaian sosial dan psikologis terhadap peran barunya nanti dengan mempelajari apa yang dibutuhkan

dengan menjadi seorang ibu. Tahap formal dimulai dengan peran sesungguhnya seorang ibu. Bimbingan peran secara formal dan sesuai dengan apa yang diharapkan oleh sistem sosial. Tahap informal dimulai saat wanita telah mampu menemukan jalan yang unik dalam melaksanakan peran ibu yang tidak disampaikan oleh sistem sosial. Tahap personal merupakan tahap akhir pencapaian peran, karena wanita telah mahir melaksanakan perannya sebagai seorang ibu. Ia telah mampu menentukan caranya sendiri dalam melaksanakan peran barunya ini.<sup>20</sup>

Menurut Mercer, pada sebagian besar wanita, identitas ibu terbentuk empat bulan setelah melahirkan. Pada tahun pertama setelah kelahiran bayi, 4% ibu gagal dalam pembentukan identitas maternal. Identitas maternal memuncak pada empat bulan setelah kelahiran. Namun, ibu melaporkan merasa kurang kompeten dan kompetensi maternal yang diamati menurun secara signifikan pada delapan dan 12 bulan. Perasaan melekat untuk bayi mereka secara signifikan lebih tinggi pada empat bulan dibandingkan pada periode lainnya. Peningkatan kepuasan dalam pengasuhan terjadi pada 4 bulan, remaja melaporkan penurunan pada usia 8 dan 12 bulan tetapi ibu yang lebih tua melaporkan peningkatan kepuasan.<sup>15</sup>

b. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pencapaian Peran Ibu

Mercer mengidentifikasi 14 faktor yang mempengaruhi wanita dalam pencapaian peran ibu yang dikelompokkan ke dalam faktor ibu,

faktor bayi, dan faktor lain. Faktor ibu terdiri dari usia ibu pada waktu melahirkan, persepsi ibu pada waktu melahirkan anak pertama kali, memisahkan ibu dan anak secepatnya, stres sosial, dukungan sosial, konsep diri, sifat pribadi, dan sikap terhadap membesarkan anak. Faktor bayi terdiri dari temperamen dan kesehatan bayi. Faktor lain terdiri dari latar belakang etnik dan status perkawinan.<sup>20</sup>

Pengaruh variabel-variabel tersebut diselidiki Mercer dalam penelitian yang bertujuan mengidentifikasi apakah usia memiliki pengaruh pada pencapaian peran maternal. Tujuan lainnya yaitu untuk mengidentifikasi apakah ada faktor lain yang tampak mempengaruhi peran maternal dari data yang terkumpul. Satu simpulan utama yang dihasilkan adalah bahwa usia ibu bukan faktor penentu pencapaian peran maternal ketika ras, tingkat pendidikan, dan status perkawinan dikontrol. Akan tetapi ibu muda mengalami kesulitan dengan penghasilan yang rendah dan konsep diri yang buruk. Usia merupakan variabel penting dalam setiap model yang dibangun untuk memahami pencapaian peran maternal.<sup>31</sup>

Pada model pencapaian peran oleh Mercer, terdapat faktor mikrosistem, mesosistem dan makrosistem. Faktor mikrosistem ibu yang paling berpengaruh pada pencapaian peran ibu adalah diri ibu, bayinya, pasangannya, dan hubungan dalam keluarganya. Peran ibu dicapai dalam sistem interaksi antara ayah, ibu, dan bayi. Faktor mesosistem mencakup keluarga besar, sekolah, pekerjaan, tempat

ibadah, dan sistem lain dalam komunitasnya secara langsung memengaruhi ibu dan faktor mikrosistemnya. Contoh faktor mesosistem adalah interaksi antara lingkungan kerja dan peraturan atau hukum yang berlaku. Faktor makrosistem yang berpengaruh pada peran ibu meliputi pengaruh sosial, politik, dan budaya pada semua sistem (mikrosistem dan mesosistem).<sup>33</sup>

Sifat dan perilaku yang mempengaruhi identitas peran ibu meliputi rasa empati atau kepekaan terhadap isyarat dari bayi, konsep diri, pengasuhan yang diterima sebagai seorang anak, kedewasaan dan fleksibilitas, sikap, pengalaman hamil dan melahirkan, kesehatan, dan konflik peran. Karakteristik bayi yang memengaruhi peran ibu meliputi temperamen, kemampuan memberi isyarat, penampilan, daya tanggap, dan kesehatan. Identitas peran ibu meliputi kompetensi dan kepercayaan dalam peran, kepuasan dalam peran, dan keterikatan pada anak. Hasilnya terhadap anak adalah perkembangan mental dan kognitif, perilaku anak, keterikatan ibu dan bayi, kesehatan, dan kompetensi sosial.<sup>33</sup>

c. Pengukuran Pencapaian Identitas Maternal

*Maternal Role Attainment Scale* (MRAS) merupakan instrument penilaian pencapaian peran ibu yang sering digunakan di Thailand. Pada tahun 2019, Panthumas dan Kittipicha memodifikasi *Maternal Identity Scale* (MIS) dari MRAS Form B. Hal itu dilakukan karena MRAS Form B dikembangkan sesuai dengan teori Mercer, memiliki tiga dimensi

yaitu keterikatan ibu dan bayi, kompetensi peran, dan kepuasan peran, dan mudah digunakan serta diinterpretasikan. MIS terdiri dari 24 item dengan tiga bagian yaitu keterikatan ibu dan bayi (enam item), kompetensi peran (delapan item), dan kepuasan dalam peran (10 item). MIS menggunakan skala satu yang berarti sangat tidak setuju, hingga lima yang berarti sangat setuju. MIS dapat digunakan untuk menilai pencapaian identitas maternal pada ibu primipara antara 4-12 bulan.<sup>32</sup>

## 2. Pemberian ASI Eksklusif

Menurut Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012, ASI eksklusif adalah ASI yang diberikan kepada bayi sejak dilahirkan selama enam bulan, tanpa menambahkan dan atau mengganti dengan makanan atau minuman lain (kecuali obat, vitamin, dan mineral).<sup>34</sup> Pemberian ASI eksklusif didefinisikan sebagai praktik pemberian ASI kepada bayi selama enam bulan pertama kehidupan tanpa makanan atau cairan lain. WHO merekomendasikan pemberian ASI eksklusif selama enam bulan pertama kehidupan, diikuti dengan pemberian ASI berkelanjutan dengan makanan pendamping yang sesuai hingga dua tahun atau lebih.<sup>35</sup>

ASI merupakan sumber nutrisi bagi bayi. ASI merupakan sumber gizi yang sangat ideal dengan komposisi yang seimbang dan disesuaikan dengan kebutuhan pertumbuhan bayi. Dengan tatalaksana menyusui yang benar, ASI mampu memenuhi kebutuhan nutrisi bayi untuk dapat tumbuh normal sampai usia enam bulan. Setelah enam bulan, pemberian ASI dapat diteruskan hingga usia dua tahun dengan diberi makanan tambahan.<sup>36</sup>

ASI mampu meningkatkan daya tahan tubuh bayi. Bayi baru lahir secara alamiah mendapat imunoglobulin (zat kekebalan tubuh) dari ibunya. Namun imunoglobulin ini akan menurun segera setelah bayi lahir. Kekebalan pada bayi mencapai kadar protektif pada saat bayi berusia sembilan sampai 12 bulan. Kesenjangan zat kekebalan pada bayi dapat terjadi apabila bayi belum membentuk imunoglobulin dengan cukup sementara imunoglobulin yang didapatkan dari ibunya menurun.<sup>36</sup>

ASI eksklusif dapat meningkatkan kecerdasan. ASI mengandung nutrient khusus yang diperlukan otak agar dapat tumbuh optimal. Zat yang diperlukan untuk pertumbuhan otak bayi antara lain taurine, laktosa, dan asam lemak ikatan panjang (DHA, AA, omega-3, omega 6). Taurin merupakan suatu zat putih telur yang hanya terdapat pada ASI. Laktosa merupakan hidrat arang utama dari ASI yang hanya sedikit sekali terdapat pada susu sapi. Asam lemak ikatan panjang merupakan asam lemak utama dari ASI yang hanya terdapat sedikit pada susu sapi.<sup>36</sup>

Bayi yang sering berada dalam dekapan ibu karena menyusu akan merasakan kasih sayang ibunya. Bayi juga akan merasa aman dan tentram karena dapat mendengar detak jantung ibunya. Perasaan terlindungi dan disayangi ini akan menjadi dasar perkembangan emosi bayi dan membentuk kepribadian yang percaya diri dan dasar spiritual yang baik.<sup>36</sup>

Salah satu tugas yang harus diselesaikan ibu untuk mencapai identitas peran maternal yaitu menumbuhkan ikatan antara ibu dan bayi.<sup>31</sup> *Mother-infant bonding* (ikatan ibu-anak) merupakan pembentukan hubungan timbal



balik secara emosional antara ibu dan anak. John Bowlby dalam teori mengenai *attachment behavior* (tingkah laku karena kedekatan) mengatakan bahwa perilaku yang menyebabkan seseorang dekat dengan individu tertentu secara mencolok ditemui pada periode awal kehidupan, terutama pada sembilan bulan pertama hingga usia tiga tahun.<sup>37</sup>

Ibu yang menyusui secara langsung lebih sensitif terhadap isyarat bayinya dibandingkan dengan ibu yang menyusui dengan botol. Ibu yang menyusui secara langsung cenderung lebih sering menyentuh, membelai dan menatap bayinya lebih lama, sehingga secara signifikan mempengaruhi proses *bonding*. Semakin lama ibu menyusui, maka kontak kulit ke kulit akan semakin sering dilakukan. Hal ini menimbulkan efek positif pada masa perkembangan selanjutnya, yaitu mempercepat perkembangan lingual, sosial, motorik kasar dan halus pada usia satu tahun.<sup>37</sup>

### 3. Pemberian Imunisasi Rutin Dasar

Imunisasi adalah suatu upaya untuk meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga apabila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan. Imunisasi rutin dasar adalah pemberian imunisasi awal untuk mencapai kadar kekebalan di atas ambang perlindungan. Sedangkan imunisasi lanjutan adalah imunisasi ulangan untuk mempertahankan tingkat kekebalan di atas ambang perlindungan atau untuk memperpanjang masa perlindungan.<sup>38</sup>

Imunisasi bertujuan untuk mencegah terjadinya penyakit tertentu pada seseorang dan menghilangkan penyakit tertentu di dunia. Imunisasi melindungi dan mencegah penyakit-penyakit menular yang berbahaya bagi bayi dan anak. Imunisasi mampu menurunkan angka morbiditas dan mortalitas serta dapat mengurangi kecacatan akibat penyakit tertentu serta bila mungkin didapat eradikasi suatu penyakit dari suatu daerah atau negeri. Selain itu imunisasi dapat mengurangi angka penderita suatu penyakit yang sangat membahayakan kesehatan bahkan bisa menyebabkan kematian pada penderitanya. Penyakit yang dapat dihindari dengan imunisasi yaitu campak, polio, difteri, tetanus, batuk rejan, hepatitis B, tuberkulosis (TBC).<sup>38</sup>

Berdasarkan sifat penyelenggaraannya, imunisasi terdiri dari imunisasi wajib dan imunisasi pilihan. Imunisasi wajib adalah imunisasi yang diwajibkan oleh pemerintah untuk diberikan kepada seseorang sesuai kebutuhannya dalam rangka melindungi dari penyakit menular tertentu. Imunisasi pilihan merupakan imunisasi yang dapat diberikan kepada seseorang sesuai dengan kebutuhannya dalam rangka melindungi yang bersangkutan dari penyakit menular tertentu, yaitu vaksin Hepatitis A, Influenza, Pneumokokus, Rotavirus, HPV, dan *Japanese Encephalitis*.<sup>39</sup>

Imunisasi wajib terdiri dari imunisasi rutin, imunisasi tambahan, dan imunisasi khusus. Imunisasi rutin merupakan kegiatan imunisasi yang dilaksanakan secara terus menerus sesuai jadwal. Imunisasi rutin terdiri dari imunisasi rutin dasar dan imunisasi rutin lanjutan. Imunisasi rutin dasar

terdiri dari imunisasi hepatitis B, imunisasi *Bacillus Calmette–Guerin* (BCG), imunisasi difteri, pertussis, tetanus, hepatitis B, dan *Haemophilus influenza* tipe B (DPT-HB-Hib), imunisasi Polio dan imunisasi *Measles* dan *Rubella* (MR). Imunisasi rutin lanjutan merupakan imunisasi ulangan untuk mempertahankan tingkat kekebalan atau untuk memperpanjang masa perlindungan.<sup>39</sup>

Imunisasi rutin dasar perlu diberikan kepada bayi sesuai waktu yang tepat. Macam-macam imunisasi rutin dasar yaitu:

a. Hepatitis B

Imunisasi Hepatitis B merupakan imunisasi yang diberikan untuk melindungi dari penyakit Hepatitis B yang dapat menyebabkan kerusakan hati. Vaksin Hepatitis B merupakan vaksin virus rekombinan yang telah diinaktivasikan dan bersifat *non-infecious*. Vaksin Hepatitis B berasal dari HBsAG. Vaksin Hepatitis B diberikan secara intramuskuler dengan dosis 0,5 ml atau satu buah HB PID anterolateral paha. Kontra indikasi pemberian imunisasi Hepatitis B adalah penderita infeksi berat yang disertai kejang.<sup>39</sup>

Vaksin Hepatitis B (monovalen) paling baik diberikan segera setelah lahir (dalam waktu 12 jam) dan didahului pemberian suntikan vitamin K1 minimal 30 menit sebelumnya. Jadwal pemberian vaksin Hepatitis B monovalen adalah usia nol, satu, dan enam bulan. Bayi lahir dari ibu HBsAg positif, diberikan vaksin HB dan imunoglobulin hepatitis B (HBIG) pada ekstremitas yang berbeda. Apabila diberikan

HB kombinasi dengan DTPw, maka jadwal pemberian pada usia dua, tiga, dan empat bulan. Apabila vaksin HB kombinasi dengan DTPa, maka jadwal pemberian pada usia dua, empat, dan enam bulan.<sup>40</sup>

b. *Bacillus Calmette Guerin* (BCG)

Imunisasi BCG diberikan untuk melindungi dari penyakit Tuberculosis (TBC). Vaksin BCG merupakan vaksin beku kering yang mengandung *Mycobacterium bovis* hidup yang dilemahkan (*Baccillus Calmette Guerin*). Vaksin BCG diberikan satu kali secara intracutan di lengan kanan atas (*insertion musculus deltoideus*) dengan dosis 0,05 ml menggunakan ADS 0,05ml.<sup>39</sup> Menurut rekomendasi Ikatan Dokter Indonesia (IDAI) tahun 2017, pemberian vaksin BCG dianjurkan sebelum usia tiga bulan. Pemberian vaksin BCG optimal di usia dua bulan.<sup>40</sup> Namun, pemberian vaksin BCG sebaiknya diberikan sesegera mungkin karena di Indonesia penyakit TBC masih sangat tinggi. Jadwal tepat pemberian imunisasi BCG yaitu pada bayi usia nol atau satu bulan.<sup>41</sup> Apabila diberikan pada usia tiga bulan atau lebih, perlu dilakukan uji tuberkulin terlebih dahulu.<sup>40</sup>

c. DPT-Hb-HiB

Imunisasi DPT-HB-HiB diberikan untuk melindungi dari penyakit difteri, pertussis (batuk rejan), tetanus, hepatitis B, dan infeksi *Haemophilus influenza* tipe B (HiB) yang menyebabkan meningitis atau radang selaput otak. Vaksin DPT-HB-HiB diberikan secara intramuskular pada anterolateral paha atas dengan dosis 0,5 ml.<sup>39</sup> Jadwal

pemberian imunisasi DPT-HB-HiB yaitu saat anak berusia dua, tiga, dan empat bulan dengan jarak antara (interval) minimal empat minggu.<sup>41</sup>

d. Polio

Vaksin untuk imunisasi Polio terdiri dari dua jenis yaitu *Oral Polio Vaccine* (OPV) dan *Inactive Polio Vaccine* (IPV). Vaksin Polio Trivalent terdiri dari suspensi virus poliomyelitis tipe 1, 2, dan 3 (*strain Sabin*) yang sudah dilemahkan. OPV diberikan peroral (melalui mulut) dengan dosis dua tetes sebanyak empat kali pemberian. IPV diberikan secara intra muskular atau subkutan dalam dengan dosis 0,5 ml.<sup>39</sup> Apabila bayi lahir di rumah, OPV-0 segera diberikan. Apabila lahir di sarana kesehatan, OPV-0 diberikan saat bayi dipulangkan. Selanjutnya, untuk polio-1, polio-2, polio-3, dan polio booster diberikan OPV atau IPV. Paling sedikit harus mendapat satu dosis vaksin IPV bersamaan dengan pemberian OPV-3.<sup>40</sup> Jadwal pemberian vaksin polio yaitu saat usia bayi dua, tiga, dan empat bulan dengan jarak antara (interval) pemberian vaksin minimal empat minggu.<sup>41</sup>

e. Imunisasi *Measles Rubella* (MR)

Imunisasi MR diberikan untuk melindungi dari penyakit campak dan rubella. Waktu optimal pemberian vaksin ini yaitu pada usia sembilan bulan. Apabila sudah mendapatkan vaksin campak pada usia sembilan bulan, maka vaksin MMR/MR diberikan pada usia 15 bulan (minimal interval enam bulan). Apabila pada usia 12 bulan belum mendapatkan vaksin campak, maka dapat diberikan vaksin MMR/MR.<sup>40</sup>

Tabel 2. Jadwal Imunisasi Rutin Dasar

Imunisasi	Usia (Bulan)									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
HB0 (0-7) hari	■									
BCG	■	■								
Polio 1			■							
DPT-HB-Hib 1			■							
IPV 2				■						
DPT-HB-Hib 2				■						
IPV 3					■					
DPT-HB-Hib 3					■					
MR										■

Sumber : Buku Kesehatan Ibu Anak (2019)

Keterangan:

■ Jadwal optimal pemberian imunisasi rutin dasar

Imunisasi tambahan merupakan imunisasi yang diberikan kepada kelompok tertentu yang paling berisiko terkena penyakit sesuai kajian epidemiologis pada waktu tertentu. Kegiatan yang termasuk dalam imunisasi tambahan yaitu *Backlog fighting*, *Crash program*, PIN (Pekan Imunisasi Nasional), dan Sub-PIN. Imunisasi khusus merupakan imunisasi yang dilaksanakan untuk melindungi masyarakat terhadap penyakit tertentu pada situasi tertentu misalnya pada kegiatan keberangkatan calon jamaah haji dan umrah atau perjalanan menuju daerah endemis penyakit tertentu dan kondisi kejadian luar biasa. Contoh imunisasi khusus yaitu imunisasi Anti-Rabies dan imunisasi *Yellow Fever*.<sup>39</sup>

#### 4. Kehamilan Tidak Dikehendaki

##### a. Pengertian

Kehamilan tidak dikehendaki adalah suatu kehamilan yang oleh suatu sebab keberadaannya tidak dikehendaki atau diharapkan oleh satu atau kedua calon orang tua bayi. Kehamilan tidak dikehendaki terjadi ketika adanya penolakan atas kehamilan baik secara fisik maupun psikis.<sup>42</sup> Kehamilan tidak dikehendaki (*unintended pregnancy*) yaitu jika kehamilan terjadi karena alasan waktu yang tidak tepat (*mistimed pregnancy*) atau tidak diinginkan (*unwanted pregnancy*). *Mistimed pregnancy* terjadi ketika seorang wanita hamil sebenarnya menginginkan kehamilannya terjadi di masa yang akan datang. Sedangkan, kehamilan tidak diinginkan jika wanita tidak memiliki keinginan untuk hamil saat ini atau di masa depan dengan berbagai alasan.<sup>43</sup>

Kehamilan tidak dikehendaki dapat terjadi karena perilaku hubungan seks yang disengaja maupun tidak disengaja. Kehamilan tidak dikehendaki dapat terjadi pada siapa saja.<sup>42</sup> Kehamilan tidak dikehendaki dapat terjadi pada kondisi dimana seorang perempuan belum dalam ikatan pernikahan yang sah atau secara psikis belum siap menerima kehamilan yang dialaminya.<sup>43</sup>

## b. Faktor Penyebab

Faktor yang menyebabkan terjadinya kehamilan tidak dikehendaki yaitu:

- 1) Psikis perempuan yang belum siap untuk mengalami kehamilan.
- 2) Kegagalan alat kontrasepsi.
- 3) Kurangnya informasi dan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi.
- 4) Tidak diberikannya hak informasi dan pendidikan kesehatan seksual dan reproduksi kepada remaja sehingga mereka tidak memiliki ketrampilan dalam pengambilan keputusan yang tepat dan aman dari risiko seksual dan reproduksi.<sup>43</sup>
- 5) Hubungan seks coba-coba.<sup>42</sup>

## c. Dampak Kehamilan Tidak Dikehendaki

Kehamilan merupakan kondisi kritis yang dialami oleh wanita karena terutama karena gangguan psikologis dan perubahan perasaan serta identitas pada diri wanita. Pada wanita dewasa, perubahan ini tidak begitu berarti, sedangkan pada remaja dapat menimbulkan masalah yang cukup besar apalagi bila terjadi di luar pernikahan.<sup>42</sup>

Dampak kehamilan tidak dikehendaki yaitu:

- 1) Wanita memiliki beban berat ketika harus menghadapi kenyataan bahwa dirinya mengalami kehamilan sebelum waktunya atau kehamilannya tidak dikehendaki misalnya beban harus menyembunyikan kehamilannya dari orang lain.<sup>43</sup>



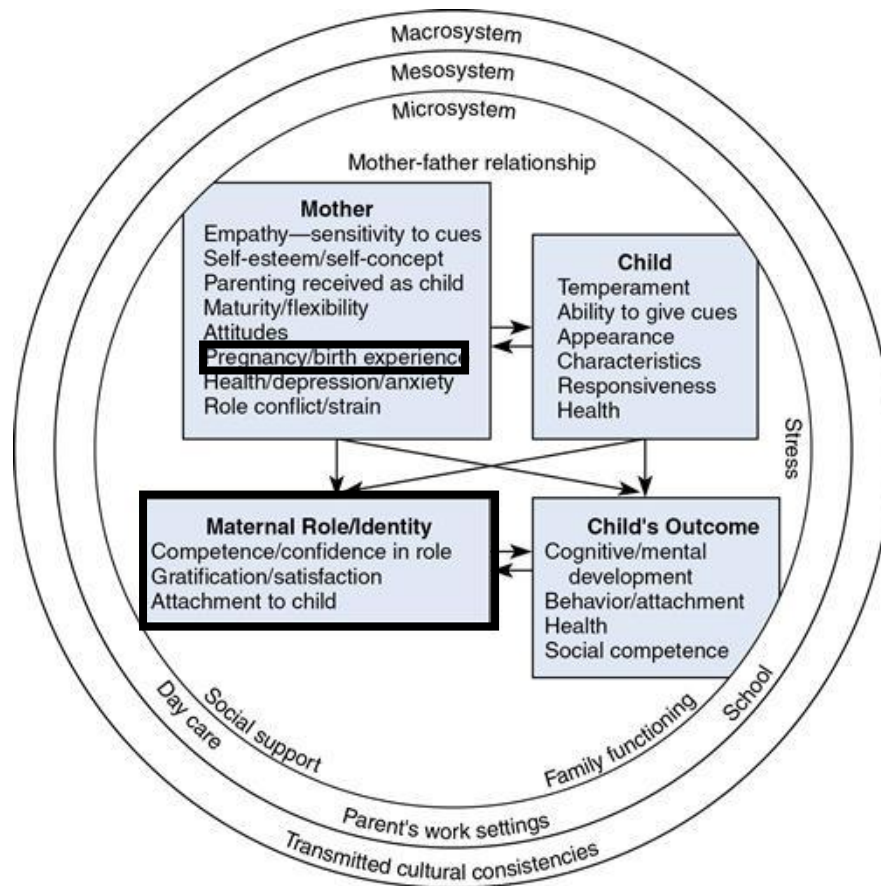
- 2) Terjadinya kehamilan tidak dikehendaki pada usia dini berisiko tinggi mengalami kelahiran bayi prematur, bayi berat lahir rendah, perdarahan.<sup>42</sup>
  - 3) Tidak adanya dukungan sosial membuat seorang wanita dengan kehamilan tidak dikehendaki mendapat sanksi sosial, perasaan malu, bersalah, takut hingga depresi.
  - 4) Menimbulkan masalah psikososial seperti perasaan takut, marah, dan putus asa saat mengetahui bahwa telah mengalami kehamilan, penolakan terhadap kehamilan, kurangnya perawatan kehamilan, dan butuh waktu untuk menerima bayi.<sup>44</sup>
- d. Pencapaian Peran Ibu pada Kehamilan Tidak Dikehendaki

Proses pencapaian peran ibu membutuhkan penerimaan terhadap kehamilan. Perencanaan kehamilan merupakan prediktor penting pencapaian peran ibu. Pada awal kehamilan, seorang wanita mungkin merasa kesulitan terhadap peran keibuannya di masa depan terutama jika kehamilannya terjadi pada waktu yang tidak diinginkan. Mercer berpendapat bahwa selama kehamilan ibu dapat mempraktikkan peran dan perilaku keibuan dan mendapatkan kepuasan dalam peran tersebut. Karena kurangnya pengalaman, wanita primipara tidak siap untuk mengambil peran keibuan.<sup>4</sup>

Kehamilan yang tidak disengaja atau tidak direncanakan memberikan pengaruh negatif pada kepercayaan diri wanita. Hal ini menyebabkan adanya kesulitan dalam membentuk ikatan antara ibu dan

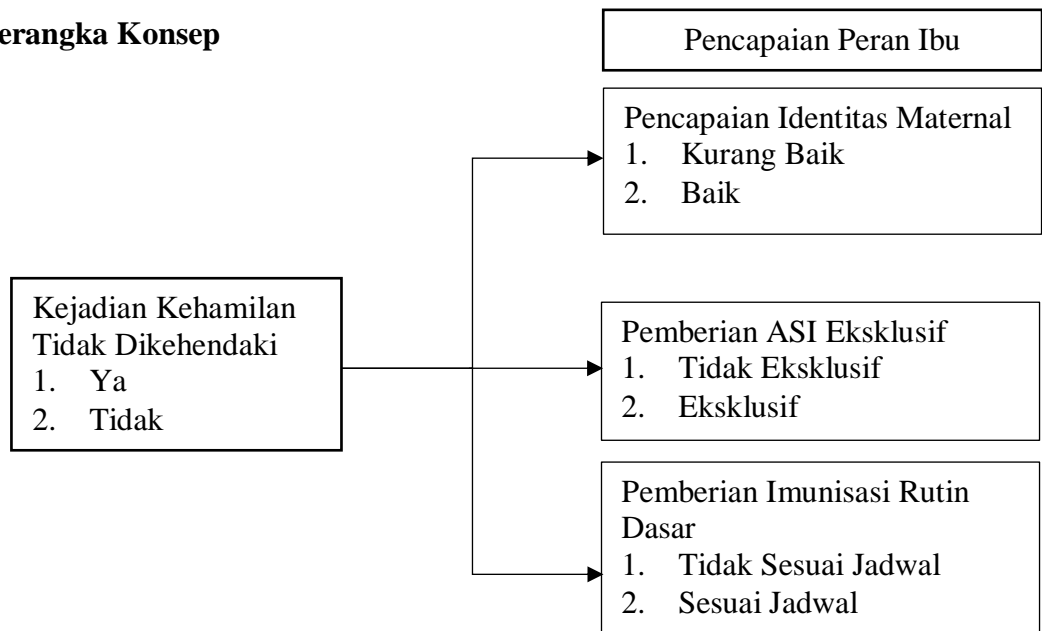
janin.<sup>13</sup> Wanita yang menghendaki kehamilannya akan merasa lebih bahagia dan puas dengan kehamilannya. Ia mempersiapkan dirinya untuk menjadi seorang ibu, membangun hubungan emosional dengan bayinya, memberikan perhatian khusus pada kehamilannya, dan mencoba untuk menerima perubahan dalam peran keluarga dan sosial. Saat kehamilan tidak dikehendaki, wanita akan terus-menerus merasa bahwa dia membawa janin yang terus melekat dengannya. Wanita tersebut akan kurang mencintai dan menjalani kehamilan dengan keterpaksaan. Hal ini menunjukkan bahwa kepuasan pada ibu dengan kehamilan tidak dikehendaki lebih rendah dibandingkan ibu dengan kehamilan dikehendaki.<sup>45</sup>

## B. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori Pencapaian Peran Ibu R. Mercer.<sup>31</sup>

### C. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian

### D. Hipotesis

1. Terdapat hubungan kejadian kehamilan tidak dikehendaki dengan pencapaian identitas maternal.
2. Terdapat hubungan kejadian kehamilan tidak dikehendaki dengan pemberian ASI Eksklusif.
3. Terdapat hubungan kejadian kehamilan tidak dikehendaki dengan pemberian imunisasi rutin dasar.