

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Kehamilan Tidak Diinginkan

a. Pengertian Kehamilan Tidak Diinginkan

Unwanted Pregnancy atau dikenal sebagai kehamilan yang tidak diinginkan merupakan suatu kondisi di mana pasangan tidak menghendaki adanya proses kelahiran dari suatu kehamilan. Kehamilan ini bisa merupakan akibat dari suatu perilaku seksual/hubungan seksual baik yang disengaja maupun yang tidak disengaja (Widyastuti, Rahmawati, & Purnamaningrum, 2010)

b. Pencegahan Kehamilan Tidak Diinginkan

Menurut Widyastuti (2010), kehamilan tidak diinginkan dapat dicegah dengan beberapa langkah, yaitu :

- 1) Tidak melakukan hubungan seksual sebelum menikah
- 2) Memanfaatkan waktu luang dengan melakukan kegiatan positif seperti berolahraga, seni dan keagamaan.
- 3) Hindari perbuatan-perbuatan yang akan menimbulkan dorongan seksual, seperti meraba-raba tubuh pasangannya dan menonton video porno.

c. Faktor-Faktor Penyebab Kehamilan Tidak Diinginkan

Beberapa faktor menurut Widyastuti (2010) yang menyebabkan kehamilan tidak diinginkan antara lain :

- 1) Penundaan dan peningkatan usia perkawinan, serta semakin dininya usia menstruasi pertama (*menarche*).
- 2) Ketidaktahuan atau minimnya pengetahuan tentang perilaku seksual yang dapat menyebabkan kehamilan.
- 3) Kehamilan yang diakibatkan oleh pemerkosaan.
- 4) Persoalan ekonomi (biaya untuk melahirkan dan membesarkan anak).
- 5) Alasan karir atau masih sekolah (karena kehamilan dan konsekuensi lainnya yang dianggap dapat menghambat karir atau kegiatan belajar)
- 6) Kehamilan karena *incest*.

d. Karakteristik Wanita dengan Kehamilan Tidak Diinginkan dalam Perilaku Pemeriksaan Kehamilan

Berdasarkan teori yang dikemukakan Anderson (1995), perilaku ditentukan oleh tiga faktor utama yaitu faktor predisposisi (*Predisposing factors*) yang berupa pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya. Faktor kedua yaitu faktor pemungkin (*Enabling Resources*) yang berupa lingkungan fisik, tersedia atau tidaknya fasilitas-fasilitas atau sarana kesehatan seperti

puskesmas, obat-obatan, alat kontrasepsi, dan sebagainya. Faktor ketiga yaitu faktor kebutuhan (*Need*).

Kehamilan tidak direncanakan dapat disebabkan dari perilaku yang tidak sehat atau kondisi sebelum dan saat hamil seperti korban pemerkosaan, kurangnya pengetahuan ibu tentang kontrasepsi, banyak anak, usia relative muda, pasangan tidak bertanggungjawab, hubungan pasangan belum mapan maupun ada kendala ekonomi (Saptarini & Suparmi, 2016). Beberapa faktor yang berhubungan dengan Kehamilan yang Tidak Diinginkan (KTD) adalah sebagai berikut (Anggraini dkk, 2018) :

1) Umur

Ibu hamil pertama pada umur < 20 tahun, rahim dan panggul belum tumbuh mencapai ukuran dewasa. Akibatnya diragukan keselamatan dan kesehatan janin dalam kandungan. Selain itu mental ibu belum cukup dewasa. Bahaya yang mungkin terjadi antara lain bayi lahir belum cukup umur dan perdarahan bisa terjadi sebelum atau sesudah bayi lahir.

Ibu hamil berumur > 35 tahun, di mana pada usia tersebut terjadi perubahan pada jaringan alat-alat kandungan dan jalan lahir tidak lentur lagi. Selain itu ada kecenderungan didapatkan penyakit lain dalam tubuh ibu. Bahaya yang dapat terjadi antara lain tekanan darah tinggi dan pre-eklamsi, ketuban pecah dini, persalinan tidak

lancer/macet, dan perdarahan setelah bayi lahir (Widatiningsih & Dewi, 2017).

Umur ibu yang paling aman untuk hamil adalah 20-35 tahun karena pada wanita mulai umur 20 tahun, rahim dan bagian tubuh lainnya sudah benar-benar siap untuk menerima kehamilan, juga pada umur tersebut biasanya wanita sudah merasa siap untuk menjadi ibu. Jadi, umur ibu waktu hamil antara 20-35 tahun memiliki resiko kehamilan dan persalinan yang paling minim. Ibu dengan usia produktif (20-35 tahun) memiliki motivasi lebih dalam memeriksakan kehamilannya (Rachmawati dkk, 2017). Menurut penelitian (Anggraini dkk, 2018) menunjukkan bahwa mayoritas kehamilan tidak diinginkan terjadi pada usia 40-49 tahun (36,9%).

2) Paritas

Paritas adalah jumlah persalinan yang dialami ibu, baik persalinan yang hidup maupun yang tidak, tetapi tidak termasuk aborsi. Kehamilan dan persalinan pertama meningkatkan risiko kesehatan yang timbul karena ibu belum pernah mengalami kehamilan sebelumnya, selain itu jalan lahir baru akan dilalui janin. Semakin tinggi paritas maka semakin tinggi risiko terjadinya kehamilan tidak diinginkan.

Ibu yang pernah melahirkan anak 4 kali atau lebih maka kemungkinan akan banyak ditemui keadaan seperti kesehatan terganggu, anemia, kurang gizi, kekendoran pada dinding perut dan

dinding rahim, tampak ibu dengan perut menggantung (Rochjati, 2011). Menurut penelitian (Anggraini dkk, 2018) menunjukkan bahwa kehamilan tidak diinginkan terbanyak terjadi pada paritas >4 (26,5%).

3) Jarak Kelahiran

Jarak antara dua kehamilan yang terlalu dekat dapat menimbulkan komplikasi serius pada kehamilan maupun proses kelahiran. World Health Organization (WHO) dan Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) menyatakan bahwa jarak antar kehamilan sebaiknya 2 hingga 3 tahun. Jika kurang dari dua tahun, maka bisa berdampak buruk bagi kesehatan ibu maupun janin.

Ibu hamil yang jarak kelahiran dengan anak terkecil kurang dari 2 tahun, kesehatan fisik dan rahim ibu masih membutuhkan istirahat sehingga dapat menyebabkan terjadinya penyulit seperti keguguran, anemia, gangguan kekuatan kontraksi, kelainan letak dan posisi janin. Ada kemungkinan ibu masih menyusui. Selain itu anak masih butuh asuhan dan perhatian orang tuanya (Widatiningsih & Dewi, 2017). Menurut penelitian (Anggraini dkk, 2018), kehamilan tidak diinginkan distribusi terbesar terdapat pada jarak lahir 13-24 bulan (13,3%) dibandingkan dengan jarak lahir 25-36 bulan (12,9%) dan jarak lahir 1-12 bulan (12,2%).

4) Status pernikahan

Menurut Badan Pusat Statistik (BPS,2012), kawin atau menikah adalah seseorang mempunyai istri (bagi laki-laki) atau suami (bagi perempuan) pada saat pencacahan, baik tinggal bersama maupun terpisah. Dalam hal ini yang dicakup tidak saja mereka yang kawin sah secara hukum (adat, agama, negara dan sebagainya), tetapi juga mereka yang hidup bersama dan oleh masyarakat sekelilingnya dianggap sebagai suami-istri.

Menurut penelitian (Anggraini dkk, 2018) menunjukkan bahwa sebagian besar responden pada penelitian memiliki status pernikahan sudah menikah (97,1%), hanya sebagian kecil responden yang belum menikah (2,9%). Penelitian menunjukkan bahwa ibu yang sudah menikah secara signifikan akan lebih banyak mengalami kehamilan tidak diinginkan (7,9%) dibandingkan ibu yang tidak menikah (1,1%). Kemungkinan ibu yang menikah yang mengalami kehamilan yang tidak diinginkan 4,5 kali dibandingkan ibu yang tidak menikah mengalami kehamilan tidak diinginkan.

2. Perilaku Masyarakat Sehubungan dengan Pelayanan Kesehatan

Anderson (1974) menggambarkan model sistem kesehatan (*health system model*) yang berupa model kepercayaan kesehatan. Di dalam model Anderson ini terdapat tiga kategori utama dalam pelayanan kesehatan, yakni karakteristik predisposisi, karakteristik pendukung, dan karakteristik kebutuhan (Notoatmodjo, 2012).

a. Karakteristik Predisposisi (*Predisposing Characteristic*)

Karakteristik ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa tiap individu mempunyai kecenderungan untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda. Hal ini disebabkan karena adanya ciri-ciri individu yaitu ciri-ciri demografi, struktur sosial, dan manfaat-manfaat kesehatan.

b. Karakteristik Pendukung (*Enabling Characteristic*)

Karakteristik ini mencerminkan bahwa meskipun mempunyai predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan, ia tidak akan bertindak untuk menggunakannya, kecuali bila ia mampu menggunakannya. Penggunaan pelayanan kesehatan yang ada tergantung pada kemampuan konsumen untuk membayar.

c. Karakteristik Kebutuhan (*Need Characteristic*)

Faktor predisposisi dan faktor yang memungkinkan untuk mencari pengobatan dapat terwujud di dalam tindakan apabila itu dirasakan sebagai kebutuhan. Dengan kata lain kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan, bilamana tingkat predisposisi dan enabling itu ada.

3. Kunjungan *Antenatal Care* (ANC)

a. Pengertian

Asuhan kebidanan pada kehamilan adalah pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil selama periode antepartum dengan

memperhatikan standar asuhan pada kehamilan. Dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil, yang perlu dipahami adalah konsep antenatal care. Antenatal Care adalah pengawasan sebelum persalinan terutama ditujukan pada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim (Manuaba, 2010).

b. Tujuan

Menurut (Manuaba, 2010) tujuan ANC diantaranya:

- a) Mengenal dan menangani sedini mungkin penyulit yang terdapat saat kehamilan, saat persalinan, dan kala nifas.
- b) Mengenal dan menangani penyakit yang menyertai kehamilan, persalinan, dan kala nifas.
- c) Memberikan nasihat dan petunjuk yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, kala nifas, laktasi, dan aspek keluarga berencana.
- d) Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal.

c. Kunjungan *Antenatal Care* (ANC)

Pemeriksaan *Antenatal Care* (ANC) dilakukan untuk mengetahui keadaan ibu ataupun janin yang dikandungnya, sehingga dapat melakukan deteksi dini apabila terjadi komplikasi ataupun masalah pada masa kehamilan, persalinan ataupun masa nifas. WHO menyarankan kunjungan *Antenatal Care* minimal 4x selama kehamilan yang dilakukan pada waktu tertentu karena terbukti efektif. Model asuhan dengan kunjungan ANC yang sedikit (4x sesuai standar) untuk ibu hamil resiko rendah sudah menjadi

kebijakan program ANC di Indonesia sebagaimana dijelaskan pada tabel berikut ini (Widatiningsih & Dewi, 2017).

Pemeriksaan kehamilan yang dilakukan oleh ibu dengan kriteria ANC K4 yaitu pemeriksaan kehamilan oleh tenaga kesehatan minimal 4x kunjungan selama kehamilan dengan ketentuan minimal 1 kali trimester 1, minimal 1 pada trimester 2, dan minimal 2 kali pada trimester 3 (Widatiningsih & Dewi, 2017).

Pengawasan antenatal memberikan manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan yang menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah - langkah pertolongan persalinannya. Diketahui bahwa janin dalam rahim dan ibunya merupakan satu kesatuan yang saling mempengaruhi, sehingga kesehatan ibu yang optimal akan meningkatkan kesehatan, pertumbuhan, dan perkembangan janin (Manuaba, 2010).

d. Indikator Kunjungan Ibu Hamil Menurut Kemenkes RI, 2010

1) Kunjungan pertama (K1)

K1 adalah kontak pertama ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi, untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar. Kontak pertama harus dilakukan sedini mungkin pada trimester pertama. Kunjungan K1 dibagi menjadi K1 murni dan K1 akses. K1 murni adalah kontak ibu hamil pertama kali dengan petugas

kesehatan untuk mendapatkan pelayanan antenatal sesuai dengan standart dan dilakukan pada trimester 1. K1 akses adalah kontak pertama ibu hamil dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standart dan dilakukan bukan trimester 1

2) Kunjungan ke-4 (K4)

K4 adalah ibu hamil dengan kontak 4 kali atau lebih dengan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi, untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar. Kontak 4 kali dilakukan sebagai berikut: sekali pada trimester I (kehamilan hingga 12 minggu) dan trimester ke-2 (>12 - 24 minggu), minimal 2 kali kontak pada trimester ke-3 dilakukan setelah minggu ke 24 sampai dengan minggu ke 36. Kunjungan antenatal bisa lebih dari 4 kali sesuai kebutuhan dan jika ada keluhan, penyakit atau gangguan kehamilan. Kunjungan ini termasuk dalam K4.

Tabel 2. Kunjungan *Antenatal Care* (ANC)

Kunjungan	Waktu	Alasan
Trimester I	Sebelum usia 14 minggu	<ul style="list-style-type: none"> - Mendeteksi masalah yang dapat ditangani sebelum membahayakan jiwa. - Mencegah masalah, misal : tetanus neonatal, anemia, kebiasaan tradisional yang berbahaya. - Membangun hubungan saling percaya

- Memulai persiapan kelahiran dan kesiapan menghadapi komplikasi.
- Mendorong perilaku sehat (nutrisi, kebersihan, olahraga, istirahat, seks, dan sebagainya).

Trimester II	14 – 28 minggu	Sama dengan Trimester I ditambah dengan kewaspadaan khusus terhadap hipertensi kehamilan (deteksi gejala preeklamsi, pantau tekanan darah, evaluasi edema, protein urin)
Trimester III	28 – 36 minggu	Sama dengan Trimester II ditambah dengan deteksi kehamilan ganda.
	Setelah 36 minggu	Sama, ditambah dengan deteksi kelainan letak atau kondisi yang memerlukan persalinan di rumah sakit.

Sumber : (Widatiningsih & Dewi, 2017)

Bukti terkini menunjukkan bahwa ANC 4x selama hamil yang diberikan dengan tujuan tertentu dan berkualitas terbukti efektif dan tidak mempengaruhi *outcome* (ibu dan bayi), hanya saja kepuasan klien berkurang karena sedikitnya kunjungan ANC ini. Ibu yang tidak ANC/tidak rutin cenderung melahirkan BBLR 1,5 kali lebih besar daripada yang rutin.

e. Tujuan Kunjungan Kehamilan/Antenatal Awal pada Trimester I

Menurut Widatiningsih (2017), tujuan kunjungan kehamilan/antenatal awal pada Trimester I sebagai berikut :

- 1) Mendeteksi masalah yang dapat ditangani sebelum membahayakan jiwa.
- 2) Mencegah masalah, misalnya : tetanus neonatal, anemia, kebiasaan tradisional yang berbahaya.
- 3) Membangun hubungan saling percaya
- 4) Memulai persiapan kelahiran dan kesiapan menghadapi komplikasi.
- 5) Mendorong perilaku sehat (nutrisi, kebersihan, olahraga, istirahat, seks, dan sebagainya).

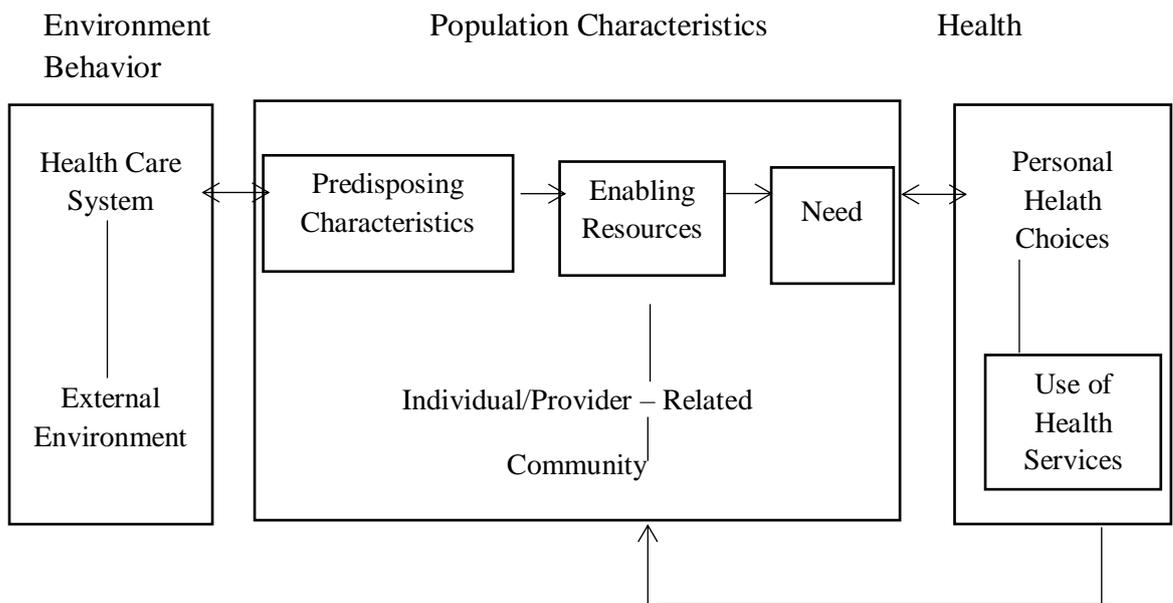
f. Keluhan dan kekhawatiran lainnya terkait dengan kehamilan

Pada kunjungan awal trimester I, petugas kesehatan akan menanyakan terkait dengan riwayat kehamilan yang sekarang. Salah satu yang ditanyakan yaitu keluhan dan kekhawatiran penting lainnya yang terkait dengan kehamilan, misalnya :

- 1) Mual dan muntah
- 2) Pusing/sakit kepala
- 3) Perdarahan
- 4) Sakit perut hebat
- 5) Demam
- 6) Batuk lama

- 7) Berdebar-debar
- 8) Cepat lelah
- 9) Sesak nafas atau sukar bernafas
- 10) Keputihan yang gatal dan berbau
- 11) Perilaku berubah
- 12) Riwayat kekerasan terhadap perempuan (KtP) selama kehamilan
- 13) Kehamilan yang tidak diinginkan/diharapkan

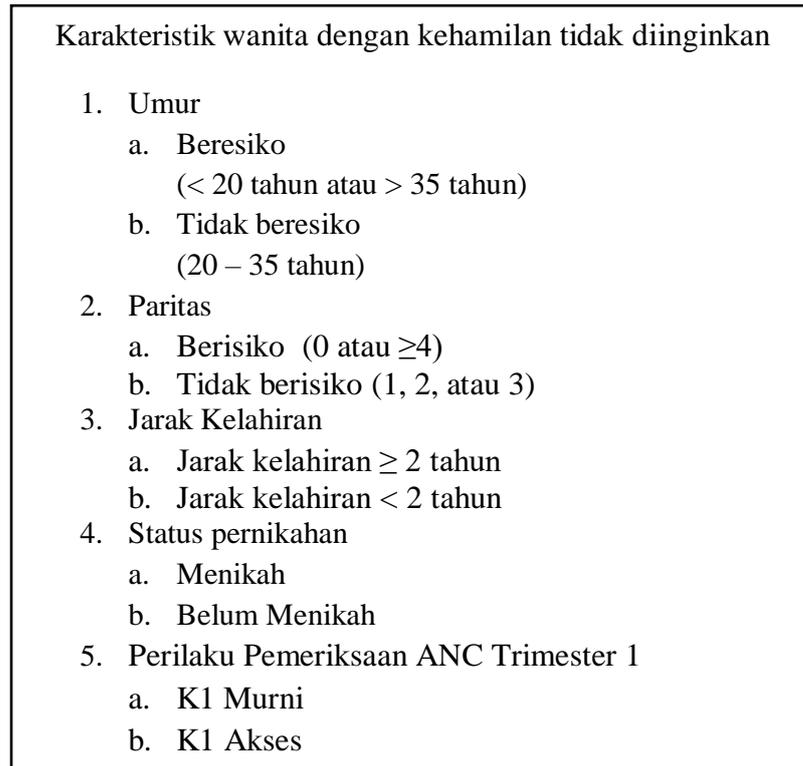
B. Kerangka Teori



Gambar 2. Kerangka Teori “The Anderson Model of health Care Utilization”
(Andersen, 1995)

C. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian ini menggambarkan bahwa yang diteliti adalah karakteristik wanita dengan kehamilan tidak diinginkan dalam perilaku pemeriksaan kehamilan.



Gambar 3. Kerangka Konsep

D. Pertanyaan Penelitian

Bagaimana karakteristik wanita dengan kehamilan tidak diinginkan dalam perilaku pemeriksaan kehamilan di wilayah kerja Puskesmas Bantul 1 Tahun 2020?