

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Perilaku**

##### **2.1.1 Definisi Perilaku**

Perilaku merupakan sebuah respon yang muncul dari seseorang ketika orang tersebut menerima sebuah stimulus/rangsangan dari luar (Notoatmodjo, 2012).

Menurut Benyamin Bloom (1908) dalam Notoatmodjo (2012), menyebutkan bahwa wujud perilaku terdiri dari berbagai macam bentuk, yang secara umum dibedakan menjadi 2 yakni bentuk pasif dan aktif. Perilaku bentuk pasif merupakan perilaku tanpa wujud konkrit atau tidak adanya sebuah tindakan yang dilakukan. Sedangkan perilaku bentuk aktif adalah perilaku dimana terdapat wujud konkrit atau adanya tindakan nyata yang dilakukan. Tidak hanya sikap dan tindakan, perilaku juga dapat berbentuk potensi, yaitu persepsi, pengetahuan, dan motivasi.

##### **2.1.2 Perilaku Kesehatan**

Gochman (1982, 1997) berpendapat bahwa perilaku kesehatan merupakan atribut pribadi yang meliputi kepercayaan, motivasi, nilai, persepsi, dan elemen kognitif lainnya; karakteristik pribadi, termasuk sifat afektif dan emosional; dan pola perilaku yang nampak, tindakan, dan kebiasaan yang berhubungan dengan pemeliharaan, pemulihan, dan peningkatan kesehatan. Perilaku kesehatan tidak hanya tindakan yang

dapat diamati, namun juga peristiwa mental dan perasaan yang dapat dilaporkan dan diukur (Glanz, Rimer and Viswanath, 2015).

Perilaku kesehatan dapat dilakukan secara sengaja maupun tidak disengaja, yang dapat meningkatkan atau bahkan mengurangi kesehatan seseorang, serta dapat dilakukan pada individu, kelompok bahkan populasi (Short and Mollborn, 2015). Tujuan akhir dari perubahan perilaku kesehatan adalah terwujudnya sebuah perubahan positif dalam perilaku kesehatan (Glanz, Rimer and Viswanath, 2015).

Kesimpulan yang dapat ditarik dari pengertian perilaku kesehatan di atas adalah sebuah tindakan seseorang, kelompok, atau populasi, baik berupa perilaku fisik atau mental. Perilaku yang dilakukan diharapkan dapat meningkatkan status kesehatan seseorang. Perilaku yang dilakukan tidak hanya dapat diamati, namun dapat dilaporkan dan diukur.

### 2.1.3 Bentuk Perilaku

Bentuk perilaku menurut Notoatmodjo (2012) terbagi menjadi 2, yaitu:

#### a. Bentuk Pasif (*covert behavior*)

Respon dari individu terhadap stimulus yang belum dapat diamati secara langsung. Respon yang dihasilkan berupa perhatian, persepsi, pengetahuan, dan sikap.

b. Bentuk Aktif (*overt behavior*)

Respon dari individu terhadap stimulus yang dapat terlihat dengan jelas. Respon yang dihasilkan berupa tindakan atau praktik yang dapat diamati oleh orang lain.

Menurut Kasl dan Cobb (1966) dalam Glanz, Rimer dan Viswanath (2015), perilaku kesehatan diklasifikasikan menjadi 3, yaitu:

a. Perilaku kesehatan preventif (*preventive health behavior*)

Suatu kesadaran yang dimiliki seseorang untuk membiasakan hidup sehat secara fisik maupun psikis, sebagai upaya preventif atau mendeteksi penyakit dengan/tanpa gejala.

b. Perilaku sakit (*illness behavior*)

Perilaku dapat berupa pengetahuan, yakni pemahaman suatu individu terhadap penyakit yang dialami sehingga individu tersebut mengerti tentang hal-hal yang harus dilakukan ataupun dihindari, serta mengetahui pengobatan apa yang sesuai.

c. Perilaku peran sakit (*sick role behavior*)

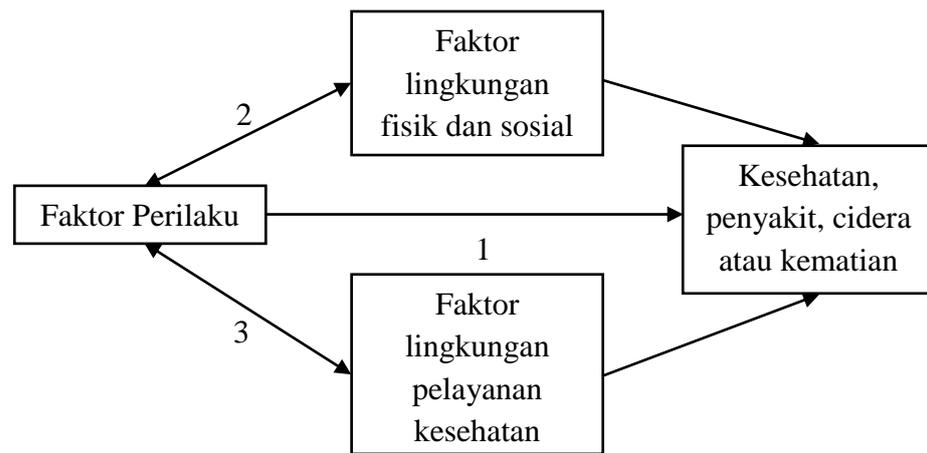
Usaha yang dilakukan seseorang agar sehat kembali termasuk mendapatkan perawatan medis oleh tenaga kesehatan.

#### 2.1.4 Determinan Perilaku

Perilaku dapat secara langsung memengaruhi kesehatan (dapat disebut sebagai pengaruh langsung yang ditunjukkan pada panah 1 tabel 2.1) dan tidak langsung (ditunjukkan pada panah 2 dan 3 gambar 2.1).

Pengaruh tidak langsung ditunjukkan dengan adanya perantara melalui lingkungan atau pelayanan kesehatan.

Berikut adalah skema pengaruh perilaku terhadap kesehatan (Green, Hiatt and Hoeft, 2015):



**Gambar 2.1 Skema Pengaruh Perilaku terhadap Kesehatan, Penyakit, Cidera atau Kematian**

Faktor-faktor yang memengaruhi perilaku kesehatan dapat digolongkan menjadi 3 kategori menurut Green dan Kreuter (2005) dengan adaptasi dari Anderson (1969) dalam Green et al., (2015), yakni *predisposing*, *enabling*, dan *reinforcing*.

a. *Predsiposing Factors* (Faktor Predisposisi)

Faktor predisposisi (faktor yang memberikan alasan, motivasi dan dorongan pada individu atau kelompok) mengacu pada aspek individual yang meliputi sikap, nilai, kepercayaan, dan persepsi. Sebagian besar faktor ini termasuk dalam domain psikologis yaitu dimensi kognitif dan afektif.

b. *Enabling Factors* (Faktor Pemungkin)

Faktor pemungkin merupakan kondisi lingkungan yang memfasilitasi (atau menghambat) kinerja suatu predisposisi (tindakan/motivasi) oleh individu atau kelompok. Fasilitas yang dimaksud adalah ketersediaan, aksesibilitas, dan keterjangkauan pelayanan kesehatan serta sumber daya komunitas.

c. *Reinforcing Factors* (Faktor Penguat)

Faktor penguat terdiri dari ekstrinsik (berbentuk insentif yang kuat dan berulang) dan penguat intrinsik (berbentuk nilai dan komitmen pribadi). Faktor ini meliputi dukungan sosial, pengaruh teman sebaya, nasihat dan umpan balik dari penyedia layanan kesehatan, serta manfaat yang didapatkan dari tindakan lebih besar daripada biaya yang dikeluarkan.

#### 2.1.5 Domain Perilaku

Bloom menyatakan bahwa perilaku dibagi menjadi 3 domain, yaitu pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*), dan praktik (*practice*) (Notoatmodjo, 2012).

a. Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan merupakan sesuatu yang diperoleh seseorang melalui proses pembelajaran. Tingkat domain kognitif berdasarkan revisi Taksonomi Bloom oleh Anderson dan Krathwohl (2001) adalah meliputi mengingat, memahami, mengaplikasi, menganalisis, mengevaluasi, dan menciptakan.

b. Sikap (*affective*)

Sikap merupakan kemampuan seseorang untuk bereaksi terhadap stimulus. Tujuan dari sikap yaitu kesadaran dan pengembangan sikap, emosi, dan perasaan. Sikap belum merupakan tindakan nyata dan masih berupa persepsi atau kesiapan individu untuk memberikan reaksi terhadap stimulus yang ada. Terdapat 5 tingkat dalam domain sikap menurut Bloom yaitu menerima, merespon, menghargai, mengorganisasi, mengarakterisasi.

c. Psikomotor (*psychomotor*)

Perilaku psikomotor/praktik meliputi gerakan fisik, koordinasi, dan penggunaan keterampilan motorik. Pengembangan keterampilan ini membutuhkan latihan dan diukur dari segi kecepatan, ketepatan, jarak, prosedur, atau teknik pelaksanaan. Adapun tingkat domain psikomotor menurut Taksonomi Bloom adalah sebagai berikut (Anderson, 2000):

- 1) Persepsi/kesadaran (*perception/awareness*): kemampuan untuk menggunakan isyarat sensorik untuk memandu aktivitas motorik.
- 2) Rangkaian (*set*): kesiapan bertindak meliputi fisik, mental, dan emosional yang menentukan respon atau pola pikir seseorang dalam situasi tertentu.
- 3) Respon terpimpin (*guided response*): tahapan awal dalam mempelajari keterampilan yang mencakup imitasi dan percobaan.

- 4) Mekanisme (*mechanism*): tahap menengah dalam mempelajari keterampilan dan menjadikannya sebagai kebiasaan.
- 5) Respon kompleks yang terbuka (*kompleks overt response*): keterampilan motorik melibatkan pola gerakan yang kompleks.
- 6) Adaptasi (*adaptation*): keterampilan akan berkembang ketika suatu individu mampu menyesuaikan dan memodifikasi pola gerakan sesuai dengan situasi yang ada.
- 7) Permulaan (*origination*): menciptakan pola tindakan baru untuk menyesuaikan diri dengan situasi atau masalah tertentu.

#### 2.1.6 Pengukuran Perilaku

Pengukuran perilaku menurut Azwar (2008) yaitu pernyataan-pernyataan yang terpilih dan telah diuji validitas dan reliabilitas dapat digunakan untuk mengungkapkan perilaku kelompok responden. Adapun kriteria pengukuran perilaku yaitu:

- a. Perilaku positif jika nilai T skor yang diperoleh responden dari kuesioner  $> T$  mean
- b. Perilaku negatif jika nilai T skor yang diperoleh responden dari kuesioner  $\leq T$  mean
- c. Subjek memberi respon dengan empat kategori yaitu selalu, sering, kadang-kadang, tidak pernah.

Skor jawaban adalah sebagai berikut:

- a. Jawaban dari pernyataan perilaku positif
  - 1) Selalu (SL) dengan jawaban kuesioner skor 4

- 2) Sering (SR) dengan jawaban kuesioner skor 3
  - 3) Kadang-kadang (KK) dengan jawaban kuesioner skor 2
  - 4) Tidak pernah (TP) dengan jawaban kuesioner skor 1
- b. Jawaban dari pernyataan perilaku negatif
- 1) Selalu (SL) dengan jawaban kuesioner skor 1
  - 2) Sering (SR) dengan jawaban kuesioner skor 2
  - 3) Kadang-kadang (KK) dengan jawaban kuesioner skor 3
  - 4) Tidak pernah (TP) dengan jawaban kuesioner skor 4

## **2.2 Konsep Dasar Wanita Usia Subur (WUS) Risiko Tinggi**

### **2.2.1 Definisi WUS**

WUS diartikan sebagai wanita berusia 15 - 49 tahun. Tingkat kesuburan wanita nampak pada rentang usia ini, yang mengartikan bahwa wanita dapat mengalami kehamilan apabila sel telur bertemu dengan sperma (WHO, 2006). Menurut Kemenkes RI (2019), WUS merupakan wanita dengan rentang usia 15 - 49 tahun. Perempuan dalam rentang usia ini termasuk ke dalam kategori usia reproduktif, baik belum menikah maupun sudah menikah. Organ reproduksi perempuan dalam masa ini sudah berfungsi dengan baik dan siap untuk kehamilan.

### **2.2.2 WUS Risiko Tinggi**

WUS risiko tinggi merupakan WUS yang sedang menderita suatu penyakit baik menular, tidak menular, maupun bawaan, berusia terlalu muda (< 20 tahun), terlalu tua (> 35 tahun), serta memiliki riwayat

kehamilan dengan jarak terlalu dekat (< 2 tahun) atau memiliki anak terlalu banyak (> 4), atau pernah memiliki riwayat kehamilan berisiko tinggi sebelumnya, yang dapat membahayakan proses kehamilan dan persalinan di kemudian hari, serta keadaan bayi yang akan dilahirkan (DPPKB, 2015).

Beberapa kondisi risiko tinggi pada WUS yang telah menikah, tidak dalam keadaan hamil, dan akan berisiko tinggi apabila hamil menurut DPPKB (2015) adalah sebagai berikut:

- 1) Perdarahan pervaginam
- 2) Endometritis
- 3) Tumor ovarium jinak
- 4) Disminorea berat
- 5) Penyakit trofoblas
- 6) Kanker mammae
- 7) Kanker endometrium
- 8) Kanker ovarium
- 9) Fibroma uteri
- 10) Kelainan anatomis
- 11) Penyakit radang panggul
- 12) Infeksi Menular Seksual
- 13) Risiko tinggi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV)
- 14) Terinfeksi HIV
- 15) *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS)

- 16) Tuberkulosis
- 17) Penyakit tiroid
- 18) Hepatitis virus
- 19) Sirosis hepatis
- 20) Tumor hati
- 21) Talasemia
- 22) Anemia bulan sabit
- 23) Anemia defisiensi Fe
- 24) Pasca persalinan (laktasi/non-laktasi) termasuk pasca *sectio caesarea*  
(SC)
- 25) Pasca keguguran
- 26) Riwayat operasi pelvis
- 27) Hipertensi
- 28) Riwayat hipertensi pada kehamilan
- 29) Trombosis vena permukaan (dengan infeksi)
- 30) Riwayat penyakit jantung iskemik
- 31) Stroke
- 32) Penyakit katup jantung
- 33) Dekompensasi kardis
- 34) Miokard infark akut
- 35) Epilepsi
- 36) Kurang Energi Kalori
- 37) Asma bronkial

38) Diabetes Melitus

39) Toxoplasmosis, *Others*, Rubella, Cytomegalovirus, Herpes simpleks  
(TORCH)

40) Penggunaan obat-obatan yang memengaruhi enzim-enzim hati

41) Penggunaan rifampisin

42) Penggunaan antikonvulsan tertentu

Adapun 5 penyakit kasus tertinggi pada WUS risiko tinggi yaitu hipertensi, penyakit lainnya, terlalu tua, pascapersalinan dan terlalu muda (DPPKB, 2010). Riwayat hipertensi dibagi menjadi 4 klasifikasi menurut *American Committee and Maternal Welfare* yaitu hipertensi yang hanya terjadi dalam kehamilan; hipertensi kronis (apapun penyebabnya) yang terjadi baik sebelum kehamilan, atau hipertensi yang terjadi sebelum minggu ke-20 kehamilan dan akan tetap menetap meski kehamilan berakhir; preeklamsi dan eklamsi yang terjadi karena hipertensi kronis (hipertensi kronis akan cenderung memberat selama kehamilan, dengan gejala hipertensi meningkat, proteinuri, oedem, dan kelainan retina); dan transien hipertensi (Burden and Jones, 2011). Preeklamsi meningkatkan risiko terjadinya kelahiran prematur yang pada akhirnya menyebabkan peningkatan morbiditas neonatal (Mendola *et al.*, 2018).

Secara umum penyakit diklasifikasikan menjadi beberapa golongan, yang pertama yaitu ginekologi. Penyakit ginekologi adalah penyakit yang ada pada alat reproduksi wanita. Penyakit yang sering terjadi yaitu

endometriosis, fibroma uteri, kanker ginekologis, HIV/AIDS, interstisial kistis, sindrom ovarium polikistik, dan IMS (CDC, 2018).

Sedangkan kematian maternal dibagi menjadi 2, yaitu kematian maternal langsung dan tidak langsung. Kematian maternal langsung terjadi akibat komplikasi kehamilan, persalinan atau nifas (obstetrik) dan segala intervensi atau penanganan tidak tepat dari komplikasi tersebut. Sementara kematian maternal tidak langsung terjadi akibat penyakit yang sudah ada atau penyakit yang timbul saat kehamilan dan berpengaruh terhadap kehamilan (non-obstetrik). Penyakit yang dapat terjadi misalnya adalah penyakit jantung, hipertensi, hepatitis, malaria, anemia, tuberkulosis, HIV/AIDS, diabetes dan lain-lain (Saifuddin, 2014).

## **2.3 Konsep Dasar Perawatan Prakonsepsi**

### **2.3.1 Pengertian Prakonsepsi**

Prakonsepsi terdiri dari 2 kata, yaitu pra yang berarti sebelum, dan konsepsi yang berarti pertemuan antara sel ovum dan sel sperma (fertilisasi) (Shiel, 2018). Sehingga definisi dari prakonsepsi adalah sebelum terjadinya pembuahan antara sel ovum dengan sel sperma, atau berarti periode sebelum kehamilan.

### **2.3.2 Pengertian Perawatan Prakonsepsi**

Perawatan prakonsepsi adalah penyediaan intervensi biomedis, perilaku dan risiko sosial pada kesehatan perempuan atau luaran kehamilan melalui pencegahan dan pengelolaan sebelum konsepsi atau

awal kehamilan. Tujuan dari perawatan prakonsepsi adalah meningkatkan status kesehatan baik jangka pendek maupun panjang, mengurangi faktor-faktor perilaku individu dan lingkungan yang berkontribusi terhadap penurunan kualitas kesehatan ibu dan anak (WHO, 2013a; Posner *et al.*, 2006; Voorst, 2017).

Terdapat tumpang tindih dalam penggunaan istilah prakonsepsi dan interkonsepsi. Interkonsepsi merupakan periode antara dua kehamilan, dan perawatan interkonsepsi merupakan pelayanan intervensi yang dilakukan dalam periode antara dua kehamilan tersebut. Sedangkan perawatan prakonsepsi merupakan istilah yang mencakup periode sebelum konsepsi dan interkonsepsi (WHO, 2013a).

### 2.3.3 Tujuan Perawatan Prakonsepsi

Perawatan prakonsepsi dilakukan pada WUS yang bertujuan untuk menyediakan promosi kesehatan, skrining, dan intervensi pada WUS untuk mengurangi faktor risiko yang dapat memengaruhi kehamilan di masa mendatang (CDC, 2006).

Tujuan perawatan prakonsepsi menurut Burden dan Jones (2011) secara spesifik dijabarkan sebagai berikut:

- a. Memaksimalkan kesehatan calon orangtua dan bayi, membangun lingkungan yang mendukung selama masa konsepsi dan perkembangan janin terjadi
- b. Menurunkan angka mortalitas dan morbiditas maternal dan perinatal

- c. Memberikan informasi dan edukasi kepada calon orangtua, memberikan kesempatan untuk memilih perawatan yang akan didapatkan, dan kesiapan menjadi orangtua
- d. Mengevaluasi potensi genetik calon ibu dan pasangan serta memberikan konseling terkait genetik
- e. Memberi nasihat terkait penghentian kontrasepsi, perencanaan kontrasepsi, serta pengurangan kehamilan yang tidak direncanakan
- f. Menginformasikan kepada calon orangtua mengenai pelayanan maternitas, *informed choice* terkait perawatan yang dibutuhkan dan dimana tempat perawatan tersebut dilaksanakan

#### 2.3.4 Komponen Perawatan Prakonsepsi

Perawatan prakonsepsi berfokus pada identifikasi kondisi yang berkaitan dengan risiko, menilai risiko calon orang tua dan intervensi untuk mengurangi komplikasi tersebut. Perawatan harus mencakup riwayat medis, psikologis dan sosial, pemeriksaan fisik, dan penciptaan lingkungan sehat melalui nasihat dan bimbingan (Burden and Jones, 2011). Adapun komponen perawatan prakonsepsi menurut WHO (2013) dan DPPKB (2015) adalah:

##### a. Informasi Persiapan Kesehatan Prakonsepsi

Informasi, edukasi dan promosi kesehatan penting untuk disampaikan dalam mengidentifikasi dan menangani risiko yang mungkin terjadi sebelum kehamilan. Setiap risiko yang ada harus dinilai serta individu dianjurkan untuk mendapatkan edukasi terkait

hubungan risiko dengan luaran perinatal yang buruk (Fowler, Mahdy dan Jack, 2020).

Beberapa informasi yang penting untuk disampaikan adalah (Kemenkes RI, 2018):

1) Pemeriksaan fisik

Prosedur pemeriksaan fisik meliputi:

- a) Pemeriksaan tanda-tanda vital: suhu, nadi, tekanan darah, frekuensi nafas
- b) Pemeriksaan status gizi: berat badan (BB), tinggi badan (TB), Lingkar Lengan Atas (LiLA), tanda-tanda anemia
- c) Pemeriksaan darah rutin: Hb, golongan darah dan rhesus
- d) Pemeriksaan urin apabila terdapat keluhan terkait saluran perkemihan
- e) Pemeriksaan lain atas indikasi: gula darah, infeksi menular seksual (IMS), HIV, malaria, thalassemia, hepatitis B, TORCH. Promosi kesehatan tentang pencegahan penularan IMS dengan menggunakan kondom perlu untuk disampaikan kepada individu.

2) Persiapan Gizi

Penilaian status gizi pada WUS perlu dilakukan sebelum kehamilan yang dilakukan melalui pengukuran Indeks Massa Tubuh (IMT) dan LiLA. IMT adalah proporsi standar BB dengan TB. Seseorang dengan  $IMT < 17,0$  tergolong kategori KEK

tingkat berat. IMT 17,0 – 18,5 menunjukkan orang tersebut termasuk KEK tingkat ringan. Pengukuran LiLA dilakukan untuk mengetahui risiko seseorang memiliki risiko KEK. Ambang batas LiLA pada WUS di Indonesia yaitu 23,5 cm, sehingga jika LiLA < 23,5 cm maka WUS tersebut tergolong KEK. Peluang terhadainya KEK dan IMT rendah dapat disebabkan karena seseorang memiliki pendidikan yang rendah (Kemenkes RI, 2018; Tejayanti, 2020)

IMT rentang > 25,0 – 27,0 digolongkan ke dalam kategori gemuk, sedangkan IMT > 27,0 tergolong kategori obesitas dengan. Status gizi normal berada pada rentang IMT 18,5 – 25,0 (Kemenkes RI, 2018).

Ibu dengan malnutrisi berisiko mengalami kelahiran prematur dan berat badan lahir rendah. Sedangkan ibu dengan berat badan berlebih memiliki risiko perinatal seperti diabetes gestasional, hipertensi, penyakit jantung bawaan pada janin, risiko persalinan yang macet, bayi makrosomia, SC, dan komplikasi persalinan lainnya (Fowler, Mahdy dan Jack, 2020).

### 3) Imunisasi Tetanus

Status imunisasi harus dinilai sebelum kehamilan. WUS diharapkan sudah mendapatkan 5 kali imunisasi tetanus lengkap (T5). Imunisasi tetanus diberikan dengan tujuan agar ketika hamil

dan melahirkan, ibu dan bayi terlindung dari penyakit tetanus.  
(Kemenkes RI, 2018).

4) Menjaga kesehatan organ reproduksi

Fungsi organ reproduksi akan menjadi baik ketika organ reproduksi dijaga kesehatannya. Hal-hal yang perlu diperhatikan yaitu (Kemenkes RI, 2018):

- a) Mengganti pakaian dalam minimal 2 kali sehari
- b) Menggunakan pakaian dalam berbahan katun yang mudah menyerap keringat dan tidak ketat
- c) Membersihkan organ reproduksi luar dari depan ke belakang dengan air bersih kemudian dikeringkan dengan handuk atau tisu
- d) Menggunakan handuk yang bersih, kering, tidak berbau atau lembab
- e) Bagi perempuan tidak terlalu sering menggunakan cairan pembersih vagina, tidak memakai pembalut tipis dalam waktu lama, mengganti pembalut ketika menstruasi tiap 4 jam sekali atau setelah buang air, pergi ke fasilitas kesehatan ketika sering mengalami keputihan yang berbau dan berwarna

5) Menjaga Kesehatan Jiwa

Kesehatan jiwa penting untuk dijaga sehingga individu mampu mencapai kondisi dimana sehat secara fisik, mental,

spiritual, dan sosial. Seseorang yang sehat jiwa memiliki ciri-ciri sebagai berikut (Kemenkes RI, 2018):

- a) Merasa sehat dan bahagia
- b) Sadar akan kemampuan diri
- c) Merasa nyaman terhadap diri sendiri
- d) Menerima orang lain apa adanya
- e) Nyaman berinteraksi dengan orang lain
- f) Dapat memenuhi kebutuhan hidup
- g) Dapat menghadapi tantangan hidup
- h) Bersikap positif pada diri sendiri dan orang lain

Informasi lain yang penting untuk disampaikan menurut Fowler, Mahdy dan Jack (2020) adalah:

- 1) Jarak kehamilan terlalu dekat
- 2) Penghentian merokok
- 3) Penghentian konsumsi alkohol
- 4) Paparan obat-obatan terlarang
- 5) Paparan zat beracun
- 6) Manajemen penyakit kronis

Proses penyampaian informasi kepada masyarakat bergantung pada beberapa hal yang dapat menjadi hambatan. Hambatan tersebut adalah kurangnya kesadaran masyarakat (dalam hal ini WUS) bahkan tenaga kesehatan terhadap pentingnya kesehatan prakonsepsi, juga promosi yang buruk di masyarakat umum. Akibat hambatan tersebut

penyampaian informasi tidak dapat dilakukan secara optimal (Bortolus *et al.*, 2017).

b. Pencegahan dan Penanggulangan Anemia

Penyebab utama terjadinya anemia adalah *intake* nutrisi yang tidak dapat memenuhi kebutuhan zat besi tubuh. Penyerapan zat besi yang buruk atau bahkan asupan zat besi yang tidak sesuai dengan kebutuhan akan menjadi potensi terjadinya anemia. Kurangnya asupan asam folat, vitamin A, B<sub>12</sub>, dan C juga merupakan kontributor dalam masalah ini (WHO, 2001; Shetty, 2015).

Strategi preventif yang dianjurkan oleh WHO (2001) dalam meningkatkan zat besi adalah sebagai berikut:

1) Pendekatan Berbasis Pangan

a) Perbaiki Pola Makan

Pendekatan berbasis pangan merupakan metode pencegahan malnutrisi zat mikronutrien yang dilakukan dengan cara meningkatkan *intake* zat tersebut melalui diet. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pendekatan ini yaitu:

- (1) Peningkatan ketersediaan pangan yang kaya zat mikronutrien
- (2) Keterjangkauan terhadap makanan tersebut terutama pada individu yang berisiko
- (3) Perubahan pola makan

Fokus yang harus diutamakan bermula dari perubahan komponen makanan dan waktu konsumsinya, proses atau persiapan makanan, kemudian perubahan pola makan dengan memperhatikan bioavailabilitas zat besi yang dapat ditingkatkan melalui penambahan *enhancers* (peningkat), atau mengurangi *inhibitors* (inhibitor), atau keduanya.

b) Fortifikasi Pangan

Fortifikasi pangan (memperkaya pangan) merupakan pendekatan jangka panjang yang efektif untuk meningkatkan status zat besi populasi.

c) Suplementasi Fe

Suplementasi Fe atau zat besi merupakan metode yang paling sering digunakan untuk menangani anemia defisiensi zat besi. Metode ini termasuk sebagai tindakan preventif dan pengendalian defisiensi zat besi terhadap populasi yang berisiko tinggi terhadap defisiensi zat besi dan anemia.

Meski berbagai strategi telah diupayakan, terdapat hal-hal yang dapat memengaruhi implementasi pencegahan anemia. Beberapa diantaranya adalah indeks standar hidup seseorang yang akan memengaruhi status ekonomi, tempat tinggal di pedesaan, juga kemampuan individu dalam membaca (Ali, Khan and Feroz, 2020).

Anemia dapat menyebabkan berbagai konsekuensi negatif pada WUS yang pada akhirnya mengganggu aktivitas produktif dan

reproduksi, serta berkurangnya kemampuan dalam bekerja sehingga memengaruhi ketahanan pangan rumah tangga. Anemia yang berkelanjutan hingga memasuki masa kehamilan dapat mengakibatkan IUGR, BBLR, hingga kematian neonatal (Ali, Khan and Feroz, 2020).

c. Ketepatan Pengaturan Jarak Kehamilan

*Inter-pregnancy Interval* (IPI) mengacu pada jarak antara suatu kelahiran dengan awal kehamilan berikutnya (Thagard, Napolitano dan Bryant, 2018). WHO dan *American College of Obstetrics and Gynaecology* menyarankan setidaknya 2 – 3 tahun untuk pengaturan jarak kehamilan dan minimal 18 bulan setelah kelahiran hidup (Gebremedhin *et al.*, 2018). *United States Agency for International Development* (USAID) menyarankan bahwa jarak kehamilan yang lebih lama, yakni 3 – 5 tahun akan memberi manfaat yang lebih menguntungkan (WHO, 2005).

Pelaksanaan perencanaan keluarga dapat mencegah kematian maternal dengan memberi kesempatan bagi ibu untuk menunda waktu kehamilan, menghindari kehamilan yang tidak direncanakan dan aborsi, serta menghentikan kehamilan ketika telah mencapai jumlah keluarga yang diinginkan (Gonie *et al.*, 2018). Terdapat hubungan yang kuat antara perilaku kesehatan prakonsepsi dengan status perencanaan kehamilan, namun dalam hal ini karakteristik sosiodemografik juga berkontribusi. Sehingga dapat diindikasikan

bahwa perawatan prakonsepsi seharusnya segera menjadi bagian dari pelayanan kesehatan rutin di masyarakat (Nelson *et al.*, 2016).

Para ahli beserta tinjauan bukti-bukti yang ada mengungkapkan 2 rekomendasi untuk pengaturan jarak kehamilan, yakni (USAID, 2009):

- 1) Interval minimal sebelum kehamilan berikutnya setelah kelahiran hidup adalah 24 bulan dengan tujuan untuk mengurangi risiko merugikan pada luaran maternal, perinatal dan bayi.
- 2) Interval minimal sebelum kehamilan berikutnya setelah keguguran atau aborsi yang terinduksi adalah 6 bulan dengan tujuan untuk mengurangi risiko merugikan pada luaran maternal dan perinatal.

USAID (2009) menyebutkan beberapa risiko tinggi yang dapat ditimbulkan pada wanita yang hamil segera setelah kehamilan sebelumnya, keguguran, atau aborsi, ditunjukkan dalam tabel berikut:

**Tabel 2.1 Risiko Merugikan Luaran Kehamilan Jarak Terlalu Dekat dibandingkan dengan Kelompok Referensi dalam Studi Tertentu**

Peningkatan Risiko yang Terjadi pada Kehamilan 6 Bulan Setelah Kelahiran Hidup		
Luaran yang Merugikan		Peningkatan Risiko
Aborsi yang terinduksi		650%
Keguguran		230%
Kematian bayi baru lahir (< 9 bulan)		170%
Kematian ibu		150%
Kelahiran prematur		70%
Lahir mati		60%
Berat badan lahir rendah (BBLR)		60%
Peningkatan Risiko yang Terjadi pada Kehamilan <6 Bulan Setelah Aborsi atau Keguguran		
Peningkatan Risiko dalam Interval 1 - 2 Bulan		Peningkatan Risiko dalam Interval 3 - 5 Bulan
BBLR	170%	140%
Ibu anemia	160%	120%
Kelahiran prematur	80%	40%

(USAID, 2009)

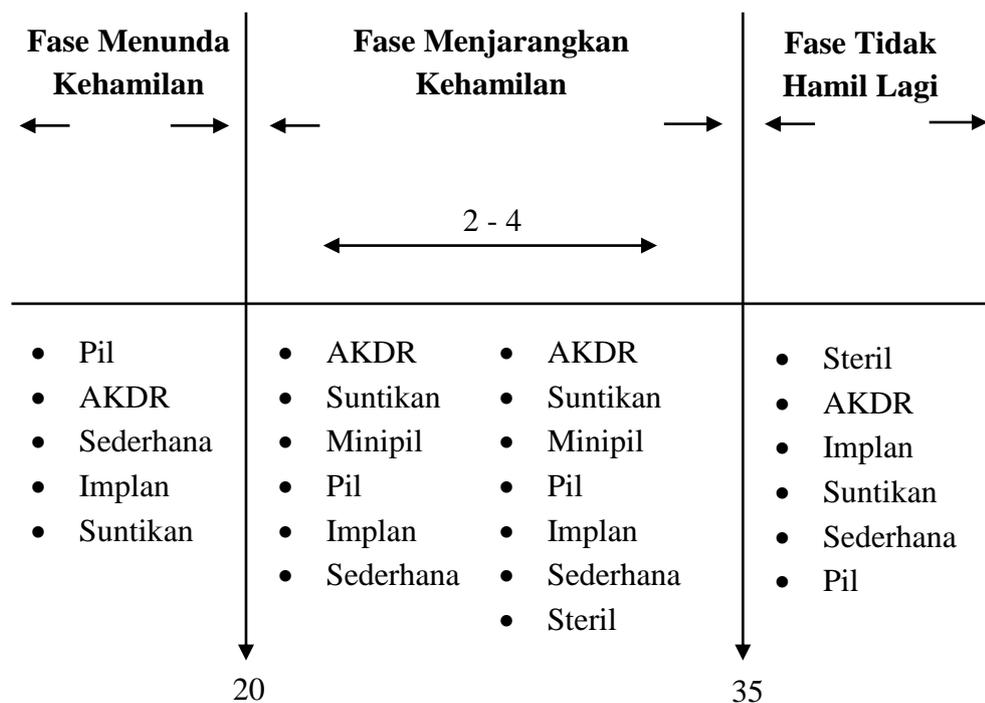
Pengaturan jarak kehamilan baik terlalu dekat maupun terlalu jauh (> 5 tahun) berkontribusi terhadap peningkatan risiko luaran perinatal yang buruk. Literatur lain mengatakan bahwa terdapat hubungan antara jarak kehamilan terlalu dekat dengan risiko ketuban pecah dini (KPD), solusio plasenta, plasenta previa, ruptur uteri pada wanita yang sebelumnya melahirkan secara SC, dan diabetes gestasional. Tidak jauh berbeda, jarak kehamilan terlalu jauh berhubungan dengan terjadinya peningkatan risiko preeklamsia dan persalinan macet (Gebremedhin *et al.*, 2018).

d. Ketepatan Penggunaan Kontrasepsi Rasional

Penggunaan kontrasepsi erat kaitannya dengan perencanaan keluarga, yaitu kemampuan individu atau pasangan dalam

menentukan jumlah anak yang diinginkan, jarak kehamilan, dan waktu kehamilan. Pencegahan kehamilan yang tak diinginkan berkontribusi dalam menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu, mengurangi kejadian aborsi yang tidak aman, serta mengurangi transmisi HIV dari ibu ke bayi (WHO, 2020a).

Pemilihan kontrasepsi hendaknya disesuaikan dengan tahap masa reproduksi. Adapun pemilihan kontrasepsi yang rasional digambarkan dalam bagan berikut (BKKBN, 2014):



**Gambar 2.2 Pemilihan Kontrasepsi yang Rasional**

1) Fase Menunda Kehamilan

Sebelum usia 20 tahun, wanita sebaiknya menunda kehamilan pertama terlebih dahulu. Jenis kontrasepsi yang diperlukan yaitu yang memiliki tingkat kembalinya kesuburan

yang tinggi dan dapat terjamin 100%. Hal ini dilakukan karena pasangan masih ingin memiliki anak. Kontrasepsi yang paling disarankan adalah pil dan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) (Priyatni and Rahayu, 2016).

Menunda kehamilan hingga wanita minimal berusia 18 bertujuan agar organ reproduksi wanita menjadi matang dan siap untuk hamil. Kondisi kesehatan ibu dan calon bayi akan menjadi lebih baik ketika penundaan kehamilan dilakukan hingga usia 20 tahun (Yacobson, Christopherson and Michaelides, 2013).

Bayi yang lahir dari ibu yang berusia kurang dari 18 tahun memiliki kemungkinan lebih besar untuk lahir sebelum cukup bulan, BBLR, dan masalah kesehatan disepanjang hidupnya. Hal terpenting lain yang menjadi tujuan penundaan kehamilan adalah untuk mematangkan psikologis sehingga ibu menjadi lebih siap untuk merawat bayinya.

## 2) Fase Menjarangkan Kehamilan

Rentang usia wanita 20 - 30 tahun merupakan waktu yang paling baik untuk melahirkan, berjumlah 2 anak, dengan jarak kelahiran 2 - 4 tahun. Jenis kontrasepsi yang diperlukan yaitu yang memiliki efektivitas dan reversibilitas yang tinggi karena pasangan masih ingin memiliki anak lagi (Priyatni and Rahayu, 2016).

Segera setelah melahirkan, kehamilan dapat tidak terjadi ketika ibu memberikan ASI eksklusif (ASI-E) kepada bayinya selama 6 bulan penuh (Metode Amenorea Laktasi) dan belum menstruasi. Apabila periode ASI-E sudah berakhir atau ibu sudah menstruasi kembali, maka ibu dan pasangan dianjurkan untuk menggunakan metode kontrasepsi lain untuk menjarangkan kehamilan. Pemilihan kontrasepsi harus didahului dengan pemberian konseling kontrasepsi (Yacobson, Christopherson and Michaelides, 2013).

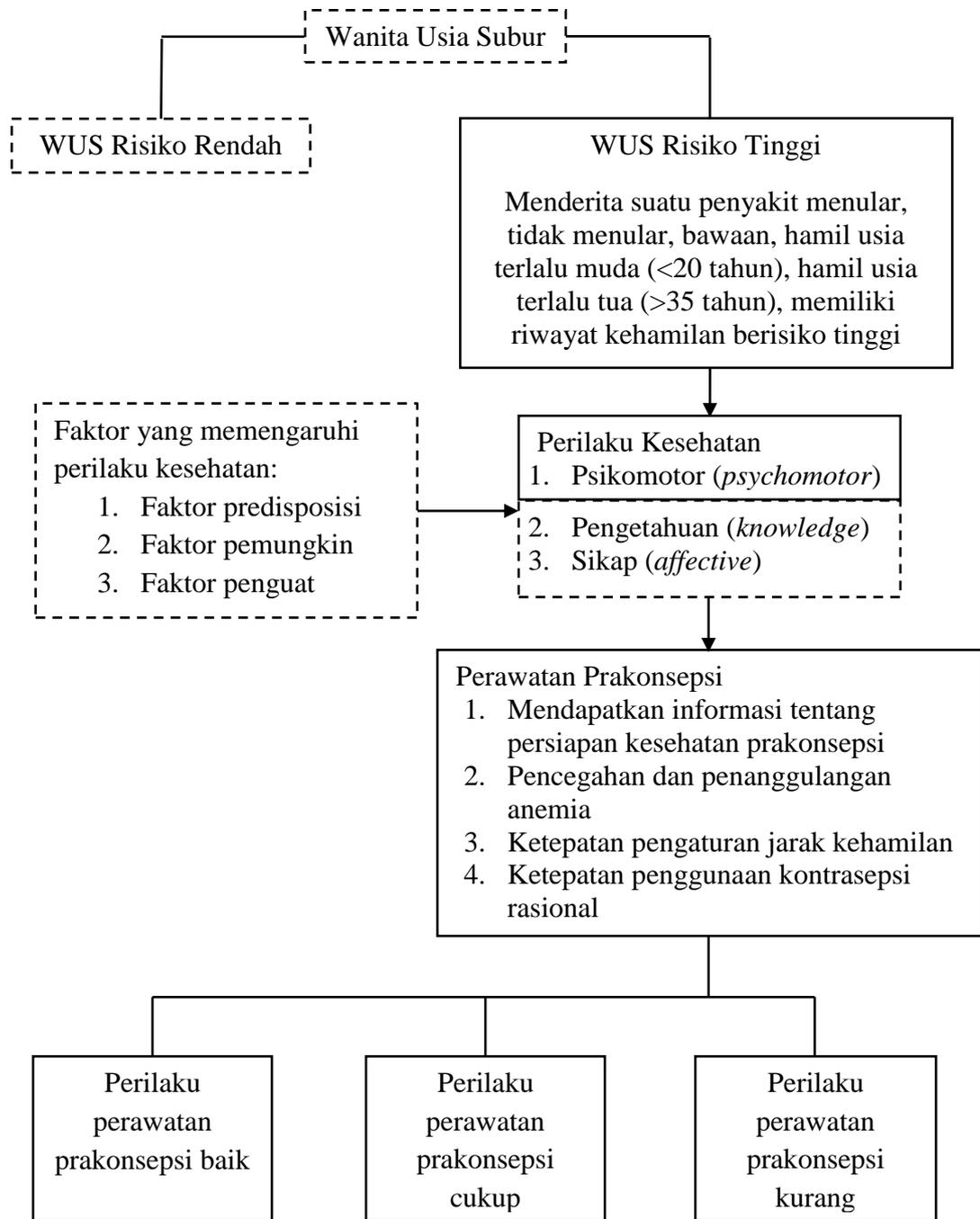
### 3) Fase Tidak Hamil Lagi

Jenis kontrasepsi yang diperlukan yaitu yang memiliki efektivitas tinggi, karena apabila terjadi kegagalan dapat menyebabkan kehamilan dengan risiko tinggi pada ibu dan anak. Bagi pasangan akseptor yang tidak mengharapkan memiliki anak lagi, kontrasepsi yang disarankan yaitu kontrasepsi mantap (kontap), AKDR, implan, suntik, dan pil (Pinem, 2009 dalam Prijatni and Rahayu, 2016). Wanita yang tidak ingin menggunakan kontrasepsi mantap namun tidak ingin hamil lagi dianjurkan untuk tetap menggunakan kontrasepsi hingga mencapai menopause dan tidak mengalami menstruasi selama 12 bulan berturut-turut.

Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya bahwa penggunaan kontrasepsi tentu diawali dengan pengambilan keputusan untuk

metode kontrasepsi yang akan digunakan, dengan pertimbangan keuntungan dan kerugian dari masing-masing metode yang kemudian disesuaikan dengan keadaan, persepsi, dan interpretasi individu tersebut. Faktor-faktor yang memengaruhi diantaranya meliputi karakteristik calon klien, risiko penyakit yang dimiliki, profil efek samping dari berbagai produk, biaya, serta ketersediaan dan preferensi pasien (Kemenkes RI, 2016).

## 2.4 Kerangka Konseptual



### Keterangan:

- : Diteliti  
 : Tidak diteliti

**Gambar 2.3** Bagan Kerangka Konseptual Gambaran Perilaku WUS Risiko Tinggi dalam Perawatan Prakonsepsi