

**TESIS**

**PERILAKU KOPING PADA IBU USIA 35 TAHUN KE ATAS YANG  
MENGALAMI KEHAMILAN TIDAK DIINGINKAN DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS KASSI-KASSI KOTA MAKASSAR**

*COPING BEHAVIOR AMONG MOTHERS AGE 35 YEARS AND OVER  
WITH UNWANTED PREGNANCY IN THE WORKING AREA OF KASSI-  
KASSI HEALTH CENTER MAKASSAR CITY*

**ALFIYATUSSAIDAH**

**K012181133**



**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2020**

**PERILAKU KOPING PADA IBU USIA 35 TAHUN KE ATAS YANG  
MENGALAMI KEHAMILAN TIDAK DIINGINKAN DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS KASSI-KASSI KOTA MAKASSAR**

TESIS

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi

Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

**ALFIYATUSSAIDAH**

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA**

**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**MAKASSAR**

**2020**

**TESIS**

**PERILAKU KOPING PADA IBU USIA 35 TAHUN KE ATAS YANG  
MENGALAMI KEHAMILAN TIDAK DIINGINKAN DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS KASSI-KASSI KOTA MAKASSAR**

Disusun dan diajukan oleh

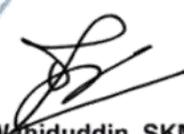
**ALFIYATUSSAIDAH**  
Nomor Pokok : K012181133

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis  
pada tanggal 26 November 2020  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui  
Komisi Penasihat



Sudirman Nasir, S.Ked.,MWH.,Ph.D  
Ketua



Dr. Wahiduddin, SKM.,M.Kes  
Anggota

Ketua Program Studi  
Kesehatan Masyarakat



Dr. Masni, Apt., MSPH

**PERNYATAAN KEASLIAN TESIS**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Alfiyatussaidah

Nomor Mahasiswa : K012181133

Program Studi : Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Promosi  
Kesehatan

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan dari tesis ini adalah hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, November 2020

Yang menyatakan,



Alfiyatussaidah

## PRAKATA

*Bismillahirrahmanirrahim*

*Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh*

*Alhamdulillahil rabbil alamin*, puji dan syukur penulis selalu haturkan kepada Allah SWT yang memberikan rahmat kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan tesis ini yang berjudul **Perilaku Koping Pada Ibu Usia 35 Tahun Ke Atas Yang Mengalami Kehamilan Tidak Diinginkan Di Wilayah Kerja Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar.**

Langkah demi langkah penulis telah lewati, telah banyak kritikan serta saran yang penulis dapatkan selama proses penyelesaian tesis ini. Ikhtiar dan do'a juga telah penulis lakukan untuk mencapai garis *finish* pencapaian gelar impian, magister kesehatan masyarakat (M.KM) pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Promosi Kesehatan Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.

Dalam penulisan tesis ini terdapat berbagai macam hambatan dan tantangan. Bukan perkara mudah, tetapi semuanya dapat teratasi dengan penuh kesabaran dan keikhlasan. Penulis menyadari bahwa tesis ini jauh dari kata sempurna dan masih banyak kekurangan di dalamnya baik dari segi isi maupun penulisannya. Namun berkat bantuan dari berbagai pihak, baik materi maupun dorongan moril hingga akhirnya penulis dapat menyelesaikan tesis ini dengan baik.

Oleh karena itu, penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada berbagai pihak yang turut membantu dalam penyelesaian penelitian ini.

Terima kasih kepada kedua orangtua penulis **H. Laupe** dan **Hj. Akifah** atas cinta, kasih sayang, dukungan, motivasi dan doanya yang menghantarkan penulis hingga sampai ke tahap ini. Terima kasih juga kepada suami tercinta **Bintang Hadi Putra** yang selalu setia menemani dalam suka dan duka, membimbing dengan penuh cinta kasih, dan mendukung penulis dalam kondisi apapun. Terima kasih kepada adik-adik tersayang yang telah mendukung serta mendoakan penulis.

Ucapan terima kasih setulus hati penulis haturkan kepada Bapak **Sudirman Nasir, S.Ked., MWH., Ph.D** sebagai Ketua Komisi Penasihat dan Bapak **Dr. Wahiduddin, SKM., M.Kes** sebagai Anggota Komisi Penasihat yang senantiasa memberikan arahan, dorongan, dan bimbingan selama proses penyusunan tesis ini.

Terima kasih yang sebesar-besarnya kepada dewan penguji yang terhormat atas masukan, saran, dan koreksinya dalam pembuatan tesis ini yakni, Ibu **Dr. Suriah, SKM, M.Kes**, bapak **Prof. Dr. H. Amran Razak, SE., M.Sc** dan bapak **Dr. Agus Bintara Birawida, S.Kel. M.Kes**. Semoga apa yang diberikan akan dibalas oleh yang Maha Kuasa dengan limpahan rahmat dan karuniaNya.

Ucapan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya penulis sampaikan pula pada:

1. Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA selaku Rektor Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk dapat mengikuti pendidikan di Universitas Hasanuddin.

2. Dr. Aminuddin Syam, SKM, M.Kes., M.Med.Ed selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
3. Dr. Masni, Apt., MSPH selaku Ketua Program Studi Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. Bapak dan Ibu Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat, terkhusus kepada seluruh dosen Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang sangat berharga selama penulis mengikuti pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
5. Seluruh staf pegawai FKM Unhas atas segala arahan dan bantuan yang diberikan selama penulis mengikuti pendidikan terkhusus kepada staf Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Bu Venni dan Bu Ati atas segala bantuannya dalam pengurusan administrasi penulis.
6. Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Makassar, Dinas Kesehatan Kota Makassar, Puskesmas Kassi-kassi, Kader Posbunda dan Majelis Taklim Kelurahan Kassi-kassi yang telah bekerja sama dan membantu dalam proses pengumpulan data selama penelitian.
7. Teman-teman seperjuangan Magister Kesehatan Masyarakat Kelas A dan teman-teman Promkes Angkatan 2018 atas segala kebersamaan, dukungan, dan bantuannya selama ini.

8. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, terima kasih telah banyak membantu.

Semoga Allah SWT membalasnya dengan keberkahan dan pahala yang berlipat, Amin. Sebagai manusia biasa yang tak luput dari kesalahan, penulis memohon maaf jika terdapat kekurangan dan dengan kerendahan hati menerima kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan tulisan ini. Demikian, semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang membacanya.

*Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh*

Makassar, November 2020

Penulis

## ABSTRAK

**ALFIYATUSSAIDAH.** *Perilaku Koping Pada Ibu Usia 35 Tahun Ke Atas yang Mengalami Kehamilan Tidak Diinginkan di Wilayah Kerja Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar.* (Dibimbing oleh **Sudirman Nasir** dan **Wahiduddin**)

Kehamilan tidak diinginkan merupakan kehamilan yang berisiko tinggi. Ibu dengan kehamilan tidak diinginkan pada usia 35 tahun ke atas berada dalam tekanan psikologis yang memicu munculnya masalah kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis perilaku koping ibu usia 35 tahun ke atas yang mengalami kehamilan tidak diinginkan di wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar.

Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Data diperoleh melalui wawancara, *focus group discussion* dan observasi partisipatif pada 21 informan. Analisis isi digunakan untuk mengidentifikasi topik atau kategori dalam data.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketidaksiapan ibu menjalani kehamilan di usia tua rentan menimbulkan stres yang berdampak pada perilaku tidak sehat dan masalah kesehatan seperti malas, tidak nafsu makan, kram perut, gangguan penyakit, dan beberapa keluhan lainnya. Berusaha mengontrol diri, berdoa, menjaga jarak, menghindari, koping konfrontatif, mencari dukungan sosial, dan merencanakan pemecahan masalah merupakan perilaku koping yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan. Adaptasi dan maladaptasi merupakan konsekuensi dari perilaku koping yang dilakukan oleh ibu dengan kehamilan tidak diinginkan. Disarankan kepada Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar mengadakan program konseling dengan intensif dan pendidikan kesehatan mengenai ketepatan penggunaan alat dan metode kontrasepsi untuk mencegah terjadinya kehamilan tidak diinginkan.

**Kata kunci:** Koping, Kehamilan Tidak Diinginkan, Masalah Kesehatan, Perilaku, Puskesmas



## ABSTRACT

**ALFIYATUSSAIDAH.** *Coping Behavior Among Mothers Age 35 Years and Over with Unwanted Pregnancy in The Working Area of Kassi-Kassi Health Center Makassar City.* (Supervised by **Sudirman Nasir** and **Wahiduddin**)

An unwanted pregnancy is a pregnancy that is high risk. Mothers with unwanted pregnancies at the age of 35 years and over are under psychological stress that triggers health problems. This study aims to analyze the coping behavior of mothers aged 35 years and over who experience unwanted pregnancies in the working area of Kassi-Kassi Health Center, Makassar City.

This study is a qualitative research with phenomenological approach. Data were obtained by interviews, focus group discussions and participatory observations on 21 informants. Content analysis was used to identify topics or categories in the data.

The results showed that the unpreparedness of the mother to undergo pregnancy at an old age was prone to causing stress which resulted in unhealthy behavior and health problems such as laziness, lack of appetite, stomach cramps, disease disorders, and several other complaints. Self controlling, pray, keep a distance, avoid, confrontative coping, seek social support, and planfull problem solving are coping behaviors that are done to overcome health problems. Adaptation and maladaptation are the consequences of coping behavior by mothers with unwanted pregnancies. It is recommended that the Kassi-Kassi Health Center in Makassar City conduct intensive counseling programs and health education regarding the appropriateness of using contraceptive tools and methods to prevent unwanted pregnancies.

**Keywords:** Coping, Unwanted Pregnancy, Health Problem, Behavior, Health Center



## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL .....	i
HALAMAN PENGAJUAN .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS .....	iv
PRAKATA .....	v
ABSTRAK .....	ix
ABSTRACT .....	x
DAFTAR ISI .....	xi
DAFTAR GAMBAR .....	xiv
DAFTAR MATRIKS .....	xv
DAFTAR SINGKATAN.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN .....	xvii
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	8
C. Tujuan Penelitian .....	9
D. Manfaat Penelitian .....	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	12
A. Tinjauan Umum tentang Perilaku Koping .....	12
1. Definisi Perilaku Koping .....	12
2. Bentuk-bentuk Perilaku Koping.....	13
3. Aspek-aspek Perilaku Koping .....	14
4. Faktor-faktor Yang Memengaruhi Perilaku Koping .....	16
B. Tinjauan Umum tentang Kehamilan Tidak Diinginkan.....	19
1. Pengertian Kehamilan.....	19
2. Tanda-tanda Kehamilan .....	20
3. Perubahan Psikologis Selama Kehamilan .....	22
4. Kehamilan Usia 35 Tahun Ke Atas .....	24
5. Kehamilan Tidak Diinginkan .....	25

6. Alasan Kehamilan Tidak Diinginkan .....	27
7. Faktor-faktor Penyebab Kehamilan Tidak Diinginkan .....	30
C. Tinjauan Umum tentang Puskesmas.....	30
1. Konsep Puskesmas .....	30
2. Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas .....	31
3. Tugas, Fungsi, dan Kewenangan Puskesmas .....	32
D. Tabel Sintesa Hasil Penelitian.....	36
E. Landasan Teori Penelitian .....	42
F. Kerangka Teori Penelitian .....	48
G. Kerangka Konsep Penelitian .....	49
H. Definisi Konseptual .....	50
BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....	53
A. Pendekatan dan Jenis Penelitian .....	53
B. Pengelolaan Peran Peneliti .....	54
C. Waktu dan Lokasi Penelitian .....	54
D. Informan Penelitian .....	55
E. Teknik Pengumpulan Data .....	56
F. Teknik Pengolahan dan Analisis Data .....	59
G. Uji Keabsahan Data .....	61
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....	62
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	62
B. Karakteristik Informan .....	63
C. Hasil Penelitian .....	70
1. Persepsi yang dimiliki ibu usia 35 tahun ke atas yang mengalami kehamilan tidak diinginkan .....	70
2. Pengalaman yang dirasakan ibu usia 35 tahun ke atas yang mengalami kehamilan tidak diinginkan .....	76
3. Kerentanan dan keparahan yang dirasakan ibu usia 35 tahun ke atas yang mengalami kehamilan tidak diinginkan .....	93
4. Dukungan sosial ibu usia 35 tahun ke atas yang mengalami kehamilan tidak diinginkan .....	98

5. Mekanisme koping perilaku ibu usia 35 tahun ke atas yang mengalami kehamilan tidak diinginkan .....	106
D. Pembahasan .....	122
1. Persepsi yang dimiliki ibu usia 35 tahun ke atas yang mengalami kehamilan tidak diinginkan .....	123
2. Pengalaman yang dirasakan ibu usia 35 tahun ke atas yang mengalami kehamilan tidak diinginkan .....	129
3. Kerentanan dan keparahan yang dirasakan ibu usia 35 tahun ke atas yang mengalami kehamilan tidak diinginkan .	141
4. Dukungan sosial ibu usia 35 tahun ke atas yang mengalami kehamilan tidak diinginkan .....	145
5. Mekanisme koping perilaku ibu usia 35 tahun ke atas yang mengalami kehamilan tidak diinginkan .....	151
E. Matriks Hasil Temuan yang Mendekati Hasil Penelitian .....	161
F. Keterbatasan Penelitian .....	163
BAB V PENUTUP .....	164
A. Kesimpulan .....	164
B. Saran .....	167
DAFTAR PUSTAKA .....	169
LAMPIRAN-LAMPIRAN .....	181

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Komplikasi Kehamilan pada Ibu Hamil Berdasarkan Wilayah Kerja Puskesmas Kota Makassar.....	7
Gambar 2.1	Kerangka Teori Stres dan Adaptasi Stuart.....	41
Gambar 2.2	Kerangka Teori Protection Motivation Theory .....	42
Gambar 2.3	Kerangka Konsep Penelitian .....	42
Gambar 4.1	Skema Hasil Analisa Tema 1 .....	76
Gambar 4.2	Pengecekan Buku KIA .....	85
Gambar 4.3	Skema Hasil Analisa Tema 2 .....	92
Gambar 4.4	Skema Hasil Analisa Tema 3 .....	97
Gambar 4.5	Skema Hasil Analisa Tema 4 .....	106
Gambar 4.6	Lingkungan Tempat Tinggal Informan .....	108
Gambar 4.7	Skema Hasil Analisa Tema 5 .....	121

## DAFTAR MATRIKS

Matriks 2.1	Sintesa Hasil Penelitian Sebelumnya .....	36
Matriks 3.1	Kriteria Informan Penelitian .....	55
Matriks 3.2	Matriks Pengumpulan Data .....	59
Matriks 4.1	Karakteristik Informan Ibu Hamil .....	64
Matriks 4.2	Karakteristik Informan Pendukung .....	68
Matriks 4.3	Kategorisasi Informan Berdasarkan Masalah Kesehatan .....	84
Matriks 4.4	Kategorisasi Informan Berdasarkan Perilaku Koping Terhadap Kehamilan Tidak Diinginkan .....	114
Matriks 4.5	Kategorisasi Perilaku Koping Informan Berdasarkan Dampak Perilaku Koping .....	119
Matriks 4.6	Matriks Hasil Temuan yang Mendekati Hasil Penelitian .....	161

## DAFTAR SINGKATAN

<b>AKI</b>	Angka Kematian Ibu
<b>ANC</b>	Antenatal Care
<b>BPS</b>	Badan Pusat Statistik
<b>DINKES</b>	Dinas Kesehatan
<b>ET.al</b>	Et all (dan kawan-kawan)
<b>FGD</b>	Focus Group Discussion
<b>KIA</b>	Kesehatan Ibu dan Anak
<b>KB</b>	Keluarga Berencana
<b>KTD</b>	Kehamilan Tidak Diinginkan
<b>MKJP</b>	Metode Kontrasepsi Jangka Panjang
<b>PMT</b>	<i>Protection Motivation Theory</i>
<b>PUSKESMAS</b>	Pusat Kesehatan Masyarakat
<b>POSBUNDA</b>	Posyandu Bunda
<b>POSYANDU</b>	Pos Pelayanan Terpadu
<b>SDKI</b>	Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
<b>SSI</b>	<i>Semi-structured Interviewing</i>
<b>USG</b>	<i>Ultrasonography</i>
<b>WHO</b>	World Health Organization

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Lembar Informasi Penelitian
- Lampiran 2. Permintaan Menjadi Informan
- Lampiran 3. Informed Consent
- Lampiran 4. Pedoman Wawancara
- Lampiran 5. Panduan *Focus Group Discussion*
- Lampiran 6. Lembar Observasi
- Lampiran 7. Matriks Hasil Wawancara Mendalam dan FGD
- Lampiran 8. Dokumentasi Penelitian
- Lampiran 9. Rekomendasi Persetujuan Etik
- Lampiran 10. Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 11. Biodata Penulis

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Setiap kehamilan seharusnya merupakan kehamilan yang diinginkan oleh setiap ibu, termasuk kapan kehamilan dikehendaki dan berapa jumlah anak yang diinginkan (Dini dkk, 2016). Namun, pada kenyataannya masih banyak terjadi kehamilan yang tidak diinginkan. Kehamilan yang tidak diinginkan merupakan salah satu masalah utama dalam kesehatan masyarakat di seluruh dunia (Sedgh, et. al, 2014). Kehamilan yang tidak diinginkan dianggap sebagai kehamilan berisiko tinggi dan dikaitkan dengan serangkaian konsekuensi negatif bagi ibu dan anak (Akbarzadeh, et. al, 2016). Ibu dengan kehamilan yang tidak diinginkan cenderung lebih sedikit untuk melakukan pemeriksaan kehamilan, melahirkan anak dengan berat bayi lahir rendah dan prematur, tidak menyusui bayinya, dan berisiko mengalami komplikasi selama kehamilan maupun persalinan (Erol, 2010; Nurcahyani, 2013; Goossens, 2016; Dini dkk, 2016).

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2019, terdapat 74 juta wanita yang tinggal di negara berpenghasilan rendah dan menengah mengalami kehamilan yang tidak diinginkan. Hal ini secara langsung maupun tidak langsung berhubungan dengan 25 juta kasus aborsi yang

tidak aman dan 47.000 kematian ibu setiap tahun. Secara global, kejadian kehamilan tidak diinginkan didunia, tertinggi terjadi di Asia (54%), diikuti Afrika (22,5%), Amerika Latin (11,8%) dan Eropa (7,5%) (Sedgh, et. al, 2014). Di Indonesia, prevalensi kehamilan tidak diinginkan (8%) lebih rendah dibandingkan prevalensi kehamilan tidak diinginkan di Asia Tenggara. Akibatnya, negara-negara yang memiliki tingkat kehamilan tidak diinginkan yang tinggi akan memiliki masalah dalam ketersediaan dan distribusi sumber daya nasional dibandingkan negara dengan tingkat kehamilan tidak diinginkan yang rendah (Yazdkhasti, et. al, 2015).

Salah satu ukuran yang dipakai untuk menilai baik buruknya keadaan pelayanan kesehatan dalam suatu negara adalah dengan angka kematian ibu. Secara global, AKI digunakan sebagai indikator untuk mengukur keberhasilan upaya kesehatan ibu di suatu negara atau wilayah (Kemenkes RI, 2015). Di Indonesia, terdapat hampir 20.000 kejadian kematian ibu akibat komplikasi pada saat hamil maupun melahirkan setiap tahunnya (Lisbet, 2016). Berdasarkan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2015 oleh Badan Pelaksana Survei (BPS), AKI di Indonesia adalah 305 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini cukup tinggi karena melebihi target yang telah ditentukan, yaitu 102 kematian per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2015). Sekitar 38 % wanita usia subur tidak menggunakan KB pada tahun 2013, sehingga berpeluang hamil dan meninggal ketika melahirkan (Infodatin Kemenkes, 2014).

Salah satu tujuan program Keluarga Berencana (KB) yang diterapkan di Indonesia adalah untuk menekan laju pertumbuhan penduduk. Program KB memiliki upaya yaitu mengatur kelahiran anak, jarak, dan usia ideal untuk melahirkan serta mengatur kehamilan. Undang-Undang No.52 Tahun 2009 mendukung Program KB sebagai salah satu upaya untuk mewujudkan keluarga yang sehat dan berkualitas (Infodatin Kemenkes, 2014). Hal ini dimaksudkan, dengan memiliki anggota keluarga yang terbatas maka kesejahteraan hidup keluarga akan lebih baik. Untuk mewujudkan program KB ini, alat kontrasepsi merupakan metode yang digunakan sebagai upaya pengaturan kehamilan (Infodatin Kemenkes, 2014). Selain itu, penggunaan yang tidak tepat dan tidak konsisten juga berpengaruh terhadap gagalnya metode kontrasepsi. Imbas utama dari kegagalan KB adalah terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan (KTD), yaitu sekitar 50% dari KTD (Winner, et. al, 2012).

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 menunjukkan bahwa kehamilan tidak diinginkan paling banyak terjadi pada kelompok wanita yang memiliki anak lebih dari 3 orang, berusia lebih dari 35 tahun, berada pada wilayah perkotaan, dan memiliki akses ke pelayanan kesehatan. Kehamilan tidak diinginkan dapat terjadi karena kegagalan kontrasepsi, pernikahan dini, tidak menggunakan layanan kontrasepsi, dan yang lebih jarang, pemerkosaan. Konsekuensi kehamilan yang tidak diinginkan termasuk aborsi dengan efek kesehatan negatif jangka panjang termasuk infertilitas dan kematian ibu (Mutiara dkk, 2018).

Menurut *National Health and Nutrition Examination Survey* yang dilakukan pada tahun 2011–2012, diketahui bahwa wanita usia 35-39 tahun berisiko mengalami kehamilan tidak diinginkan yaitu sekitar 85,4%. Hal ini sejalan dengan penelitian Kaimudin (2018) bahwa kehamilan pada usia  $\geq 35$  tahun dapat berisiko pada kesehatan ibu dikarenakan kondisi ibu yang sudah menurun di usia tua. Ibu hamil pada usia tua mempunyai kemungkinan lebih besar untuk mempunyai anak cacat, persalinan lama, dan perdarahan. Selain itu, kehamilan yang tidak diinginkan dapat menimbulkan perasaan syok pada ibu yang berdampak pada perilaku perawatan kehamilan yang tidak sehat pada ibu. Akbarzadeh, et. al (2016) dalam penelitiannya menunjukkan bahwa ibu dengan kehamilan tidak diinginkan berada dalam tekanan psikologis karena memikirkan faktor usianya, beban ekonominya hingga bagaimana menjalani pengasuhan anak kedepannya. Hal ini memicu rasa cemas dan stres pada ibu.

Beberapa tanda dan gejala tekanan psikologis yang dialami ibu hamil diantaranya yaitu panik, bingung, takut, cemas, sedih, marah, menangis, menyesali, kurang konsentrasi, gangguan tidur, beban pikiran meningkat, menolak kehamilannya, keinginan menggugurkan kehamilannya, melakukan upaya menggugurkan kehamilan, serta keinginan untuk menyerahkan anaknya kepada keluarga atau orang lain (Kusuma, 2018). Adanya strategi koping menjadi sangat penting dan

dibutuhkan dalam penyesuaian psikologis ibu hamil terhadap kecemasan dan stres yang dialami selama masa kehamilan (Khavari, et. al, 2018).

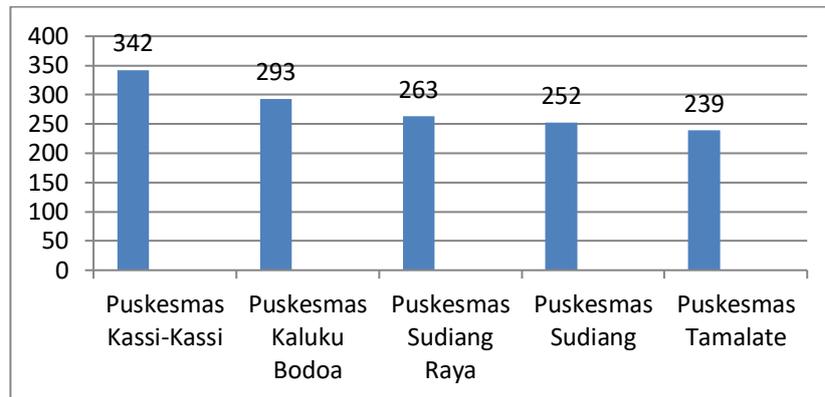
Koping merupakan upaya individu untuk mengatasi berbagai tuntutan atau menghadapi berbagai kondisi yang berubah baik secara internal maupun eksternal dengan cara mengelola kognisi dan perilaku (Hendriani, 2018). Ada dua strategi koping yang biasanya digunakan oleh individu dalam menghadapi stres, yaitu: *problem solving focused coping* yaitu individu bertindak aktif melakukan alternatif penyelesaian masalah yaitu dengan menghilangkan kondisi atau situasi yang menimbulkan stres dan *emotion focused coping* yaitu individu berupaya untuk mengatur emosinya untuk menyesuaikan diri dengan dampak yang akan ditimbulkan oleh kondisi atau situasi yang penuh tekanan (Agustiningsih, 2019). Wanita hamil dapat menggunakan strategi ini sebagai pencegahan terhadap tingkat kecemasan yang lebih parah (Rabia, et. al, 2014) dan untuk mengurangi stres karena mengalami kehamilan tidak diinginkan.

Penelitian yang dilakukan oleh Anggraini (2018) menunjukkan bahwa kehamilan tidak diinginkan banyak terjadi di wilayah perkotaan (8,9%). Kota Makassar merupakan salah satu kota yang berada di Provinsi Sulawesi Selatan yang masih termasuk dalam 14 provinsi dengan kejadian kehamilan tidak diinginkan cukup tinggi di Indonesia yaitu sebesar 10,5% (SDKI, 2012). Selain itu, data dari Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2016-2017 menunjukkan bahwa Kota Makassar termasuk dalam 11 kabupaten di Sulawesi Selatan yang

memiliki angka kematian ibu dan bayi yang cukup tinggi. Angka kematian ibu khususnya, diketahui terdapat 5 kasus kematian ibu di atas usia 35 tahun, angka ini tertinggi dibandingkan usia di bawah 35 tahun.

Berdasarkan studi pendahuluan, didapatkan data bahwa kehamilan tidak diinginkan terjadi karena ibu tidak ingin lagi memiliki anak. Hal ini dikarenakan ibu dengan kehamilan tidak diinginkan sudah memiliki anak lebih dari tiga, adanya riwayat penyakit seperti hipertensi, dan takut akan risiko komplikasi saat hamil di usia tua (Interview Bidan, 24/12/2019, 15:00 WITA). Kehamilan tidak diinginkan umumnya diakibatkan oleh komplikasi saat kehamilan. Komplikasi kehamilan berhubungan dengan kejadian kehamilan tidak diinginkan. Ibu yang mengalami kehamilan tidak diinginkan berdampak pada komplikasi kehamilan ibu meliputi mual muntah berlebih (*hyperemesis gravidarum*), *preeclampsia*, perdarahan serta penyakit yang dapat diinduksi oleh kehamilan antara lain gangguan kejiwaan. Pada kehamilan dengan komplikasi, hal ini akan membuat ibu lebih merasa depresi (Najafian et. al, 2011 dan Lee & Saha, 2011).

Menurut data dari Dinas Kesehatan Kota Makassar tahun 2017, Puskesmas Kassi-Kassi merupakan Puskesmas yang memiliki laporan penanganan kasus tertinggi terkait komplikasi kehamilan yang terjadi pada ibu hamil. Terdapat 5 Puskesmas dari 46 Puskesmas yang ada di Kota Makassar dengan kasus komplikasi pada ibu hamil tertinggi, yaitu:



**Gambar 1.1 Komplikasi Kehamilan berdasarkan Wilayah Kerja Puskesmas Kota Makassar**

Sumber : Profil Dinas Kesehatan Kota Makassar (2017)

Berdasarkan data tersebut, diketahui bahwa Puskesmas Kassi-Kassi memiliki angka tertinggi kasus komplikasi kehamilan pada ibu yaitu sebanyak 342 kasus. Lebih lanjut, dari total keseluruhan ibu hamil yang berjumlah 1.710 di Puskesmas Kassi-Kassi, perkiraan kasus komplikasi lebih sering terjadi pada ibu hamil dengan usia diatas 35 tahun dengan kejadian kehamilan tidak diinginkan (Profil Puskesmas Kassi-Kassi, 2017).

Kehamilan tidak diinginkan memiliki implikasi perilaku yang berbeda pada setiap ibu hamil tergantung pada pemilihan strategi koping dan dukungan sosial yang diterima. Erozkan (2013) dalam penelitiannya menunjukkan bahwa pengetahuan, pengalaman, dan kecerdasan emosional dapat memengaruhi strategi koping seseorang. Individu yang memiliki kompetensi kecerdasan emosional diyakini dapat kompeten dalam melakukan koping.

Efektifitas koping ibu hamil juga dipengaruhi oleh keluarga terutama dari suami. Dukungan yang diberikan dapat berkontribusi dalam membantu mengatasi stres ibu selama kehamilan (Guardino, et. al, 2015).

Adanya koping pada ibu dengan kehamilan tidak diinginkan akan membantu dalam menyesuaikan diri dengan tekanan yang muncul melalui perilaku tertentu. Perilaku yang muncul bisa saja bertahan pada wilayah negatif atau bergerak menuju wilayah positif, tergantung pada kemampuan yang dimiliki oleh individu. Oleh karena itu, penting untuk dapat menganalisis alasan dibalik perilaku ibu selama menjalani kehamilannya yang tidak diinginkan.

Berdasarkan permasalahan tersebut, peneliti tertarik melakukan penelitian mengenai perilaku koping pada ibu usia 35 tahun ke atas yang mengalami kehamilan tidak diinginkan di wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar. Dengan adanya penelitian ini, diharapkan dapat diketahui proses muncul dan berkembangnya proses koping ibu, pengalaman dan dukungan sosial serta perilaku yang dilakukan ibu sebagai hasil dari koping.

## **B. Rumusah Masalah**

Berdasarkan uraian pada latar belakang, diperoleh informasi bahwa kehamilan tidak diinginkan terjadi karena kegagalan kontrasepsi atau tidak menggunakan layanan kontrasepsi. Kehamilan tidak diinginkan pada usia 35 tahun ke atas berisiko terhadap kesehatan ibu dan memungkinkan terjadinya komplikasi kehamilan. Komplikasi kehamilan berhubungan erat dengan kehamilan tidak diinginkan, yang menimbulkan perasaan syok, stres, dan berbagai tekanan psikologis lainnya yang berdampak pada perilaku yang tidak sehat pada ibu hamil. Selain itu, terdapat fakta bahwa

di Wilayah Kerja Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar memiliki kasus komplikasi kehamilan tertinggi dibandingkan Puskesmas lain yang ada di Kota Makassar (Dinkes Kota Makassar, 2017).

Untuk mengatasi dan menyesuaikan diri dengan tekanan psikologis serta emosional yang ada maka ibu dengan kehamilan tidak diinginkan membutuhkan coping. Coping merupakan upaya untuk mengatasi berbagai tuntutan dan kondisi dengan cara mengelola kognisi dan perilaku. Coping akan melahirkan perilaku yang berbeda-beda pada setiap individu, tergantung dari pengetahuan, pengalaman, dukungan sosial, dan masih banyak lagi. Oleh karena itu, peneliti ingin menganalisis bagaimana perilaku coping pada ibu usia 35 tahun ke atas yang mengalami kehamilan tidak diinginkan.

### **C. Tujuan Penelitian**

#### **1. Tujuan umum**

Untuk menganalisis perilaku coping pada ibu usia 35 tahun ke atas yang mengalami kehamilan tidak diinginkan.

#### **2. Tujuan khusus**

Adapun tujuan khusus dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Menganalisis persepsi yang dimiliki ibu usia 35 tahun ke atas yang mengalami kehamilan tidak diinginkan di wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar.

2. Menganalisis pengalaman ibu usia 35 tahun ke atas yang mengalami kehamilan tidak diinginkan di wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar.
3. Menganalisis kerentanan dan keparahan yang dirasakan ibu usia 35 tahun ke atas yang mengalami kehamilan tidak diinginkan di wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar.
4. Menganalisis dukungan sosial yang diterima dan belum diterima pada ibu usia 35 tahun ke atas yang mengalami kehamilan tidak diinginkan di wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar.
5. Menganalisis mekanisme koping perilaku ibu usia 35 tahun ke atas yang mengalami kehamilan tidak diinginkan di wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Manfaat praktis**

Sebagai bahan pertimbangan bagi instansi terkait dalam hal ini Puskesmas Kassi-Kassi dan Dinas Kesehatan Kota Makassar untuk membuat program-program yang mendukung kesehatan ibu yang mengalami kehamilan tidak diinginkan. Selain itu, dapat memberikan informasi kepada pemerintah Kota Makassar dalam hal pengambilan kebijakan dan bantuan

kepada masyarakat, khususnya ibu hamil usia 35 tahun ke atas yang berada dalam kondisi ekonomi yang sulit.

## **2. Manfaat ilmu pengetahuan**

Sebagai bahan masukan bagi ilmu pengetahuan, mendukung teori stres adaptasi dan Protection Motivation Theory (PMT) yang digunakan dalam penelitian ini, dan menjadi acuan untuk penelitian selanjutnya khususnya yang berkaitan dengan topik kehamilan tidak diinginkan.

## **3. Manfaat bagi peneliti**

Sebagai pengalaman berharga bagi peneliti agar dapat mengasah kemampuan dalam menganalisis permasalahan kesehatan. Selain itu, diharapkan penelitian ini juga dapat memperluas pengetahuan peneliti mengenai coping perilaku dan kehamilan tidak diinginkan.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Umum tentang Perilaku Koping

##### 1. Definisi Perilaku Koping

Koping berasal dari kata  *coping*  yang bermakna harafiah pengatasan/penanggulangan ( *to cope with*  = mengatasi, menanggulangi) (Siswanto, 2007). Menurut Lazarus (1984),  *coping*  merupakan strategi untuk manajemen tingkah laku kepada pemecahan masalah yang paling sederhana dan realistis, berfungsi untuk membebaskan diri dari masalah yang nyata maupun tidak nyata, dan  *coping*  merupakan semua usaha secara kognitif dan perilaku untuk mengatasi, mengurangi, dan tahan terhadap tuntutan-tuntutan ( *distress demands* ).

Perilaku koping merupakan terjemahan dari  *coping behaviour*  yang secara bebas diartikan sebagai suatu perilaku untuk menghadapi masalah, tekanan, atau tantangan, perilaku koping juga diartikan sebagai respon yang bersifat perilaku psikologis untuk mengurangi tekanan dan sifatnya dinamis. Jika individu dapat menggunakan perilaku kopingnya dengan baik maka ia dapat melakukan penyesuaian sosial dengan baik pula (Pramadi, 2003). Robert White (1974) memberikan tiga komponen

dalam mendefinisikan perilaku mengatasi masalah (*coping behavior*), yaitu :

- 1) Kemampuan untuk mendapatkan dan memperoleh informasi baru.
- 2) Kemampuan untuk menjaga keadaan atau kontrol terhadap emosi.
- 3) Kemampuan untuk bergerak bebas dalam lingkungan.

Berdasarkan definisi-definisi diatas, maka dapat disimpulkan bahwa perilaku koping adalah usaha atau cara yang dilakukan oleh seseorang untuk mengatasi permasalahan-permasalahan yang dihadapinya (Khasan & Sujoko, 2018)

## **2. Bentuk-bentuk perilaku koping**

Pada dasarnya individu tidak menyukai situasi atau kejadian yang dapat menimbulkan ketegangan atau stres. Hal ini cenderung akan mendorong individu untuk selalu berupaya dan berusaha mengurangi atau menjauhi situasi tersebut. Lazarus dan Folkman (1984) mengemukakan ada delapan skala koping yang kemudian diklasifikasikan menjadi dua perilaku mengatasi masalah (*coping behavior*), yaitu sebagai berikut :

- 1) *Problem-focused coping*, yaitu pola kognitif yang digunakan individu dalam mengatasi stres dengan menghadapi permasalahan dan mencoba memecahkannya. Pada *problem-focused* ini, individu mengevaluasi situasi yang

menimbulkan stres dan melakukan sesuatu untuk mengubah atau menghindarinya. Strategi *Problem-focused coping* cenderung dipilih jika individu menilai keadaan dapat diubah atau merasa mampu memiliki sumber daya memadai untuk mengubahnya.

- 2) *Emotion-focused coping*, yaitu dalam mengatasi stres individu merespon dengan menggunakan cara-cara yang emosional. Individu mencoba untuk mengurangi stres tanpa berhadapan langsung dengan situasi yang menimbulkan stres. Strategi *Emotion-focused coping* cenderung digunakan jika individu menilai dirinya tidak mampu atau tidak memiliki sumber daya memadai untuk mengubah keadaan.

Hasil coping memengaruhi proses penilaian individu terhadap situasi selanjutnya. Proses dinamis ini mengindikasikan bahwa strategi coping yang dilakukan tidak selalu berhasil menyelesaikan masalah, bahkan dapat menimbulkan masalah baru atau meningkatkan ketegangan individu (Sarafino, 1994).

### **3. Aspek-aspek perilaku coping**

Folkman dan Lazarus mengidentifikasi beberapa aspek-aspek coping yang didapat dari penelitian-penelitiannya. Aspek-aspek tersebut (Safaria, 2012) adalah:

- a. *Seeking social emotional support*, yaitu mencoba untuk memperoleh dukungan secara emosional maupun sosial dari orang lain.
- b. *Distancing*, yaitu mengeluarkan upaya kognitif untuk melepaskan diri dari masalah atau membuat sebuah harapan positif.
- c. *Escape avoidance*, yaitu mengkhayal mengenai situasi atau melakukan tindakan atau menghindar dari situasi yang tidak menyenangkan.
- d. *Self control*, yaitu mencoba untuk mengatur perasaan diri sendiri atau tindakan dalam hubungannya untuk menyelesaikan masalah.
- e. *Accepting responsibility*, yaitu menerima untuk menjalankan masalah yang dihadapinya sementara mencoba untuk memikirkan jalan keluarnya.
- f. *Positive reappraisal*, yaitu mencoba untuk membuat suatu arti positif dari situasi dalam masa perkembangan kepribadian, kadang-kadang dengan sifat yang religious.
- g. *Seeking informational support*, yaitu mencoba untuk memperoleh informasi dari orang lain, seperti dokter, psikolog, atau guru.
- h. *Confrontive coping*, melakukan penyelesaian masalah secara konkret.

- i. *Planful problem-solving*, menganalisis setiap situasi yang menimbulkan masalah serta berusaha mencari solusi secara langsung terhadap masalah yang dihadapi.

#### **4. Faktor-faktor yang Memengaruhi Perilaku Koping**

Perilaku koping tergantung pada bagaimana penilaian individu terhadap situasi tersebut. Santrock (2003) berpendapat bahwa penilaian individu terhadap suatu kejadian memengaruhi perilaku koping yang digunakan.

Beberapa ahli berpendapat bahwa koping seseorang terhadap stres dipengaruhi oleh beberapa faktor :

##### **a. Faktor Kepribadian**

Berbagai faktor kepribadian memengaruhi koping yang digunakan individu dalam cara yang positif maupun dalam cara yang negatif. Kobasa, et. al (1982) mengatakan bahwa individu yang teguh (*hardiness*) yang dikarakteristikan dengan komitmen dan kontrol diri yang tinggi serta suka akan tantangan, akan melihat kehidupan yang menimbulkan stres sebagai suatu kesempatan untuk berkembang daripada sebagai suatu ancaman, sehingga mereka cenderung menggunakan perilaku koping yang efektif.

Berdasarkan pada pendekatan kepribadian ini, dapat dikatakan bahwa masing-masing individu akan menghadapi

kejadian yang menimbulkan stres dalam cara yang unik dan tidak dapat dimodifikasi. Seseorang yang mengalami stres atau ketegangan psikologik dalam menghadapi masalah kehidupan sehari-hari memerlukan kemampuan pribadi maupun dukungan dari lingkungan, agar dapat mengurangi stres yang dihadapinya. Respon individu yang muncul digunakan untuk menghadapi situasi yang mengancam dirinya baik fisik maupun psikologik. (Rasmun, 2004)

b. Jenis kelamin

Menurut Lazarus & Folkman (1984) ditemukan bahwa perempuan maupun pria kedua-duanya menggunakan *emotion focused coping* dan *problem focused coping* secara bersama-sama.

Sedangkan Billing & Moos (1984) mengadakan penelitian lebih berorientasi pada tugas dalam mengatasi masalah, sehingga diprediksi bahwa perempuan lebih sering menggunakan *emotion focused coping*, sebaliknya yang pria lebih sering menggunakan *problem focused coping*.

c. Perkembangan usia

Menurut Lazarus & Folkman (1984) sejumlah struktur psikologis seseorang dan sumber untuk melakukan koping akan berubah sejalan dengan perkembangan usia dan akan membedakan seseorang dalam merespon tekanan.

Pendapat tersebut didukung pula oleh McCrae (1984) yang mengatakan bahwa individu yang lebih tua, bentuk koping yang dipakai akan lebih kaku, pasif, dan kurang fleksibel.

a. Tingkat pendidikan

McCrae (1984) mengatakan bahwa seseorang yang tingkat pendidikannya semakin tinggi, akan semakin tinggi pula kompleksitas kognitifnya, begitu pula sebaliknya. Sebab itu, seseorang yang berpendidikan tinggi akan lebih realistis dan aktif dalam memecahkan suatu masalah.

b. Situasi sosial ekonomi

Bila dibandingkan dengan seseorang yang situasi sosial ekonominya lebih tinggi, maka seseorang dengan status ekonomi rendah akan menampilkan koping yang kurang aktif, kurang realistis, bahkan lebih fatal lagi menampilkan respon menolak (Billing & Moos, 1984). Adapun faktor yang memengaruhi koping yang dikemukakan oleh Taylor (1997), yaitu ada dua faktor yang memengaruhi koping, yakni :

1) Faktor Internal, meliputi :

- a. Kecenderungan gaya koping tertentu, misalnya *avoidance* (penghindaran), konfrontasi atau reaksi agresif.

- b. Aspek kepribadian lain, misalnya optimisme disposisional, keyakinan dasar bahwa segalanya akan berjalan baik), *hardiness* (sekumpulan sikap yang memperkuat ketegaran seseorang), neuroticism (kecenderungan untuk merasakan efek negatif).
- 2) Faktor Eksternal, meliputi :
- a. Ketersediaan sumber daya berupa waktu, uang atau materi.
  - b. Ketersediaan dukungan sosial.
  - c. Stressor tambahan dari peristiwa-peristiwa lain.

## **B. Tinjauan Umum tentang Kehamilan Tidak Diinginkan**

### **1. Pengertian Kehamilan**

Kehamilan merupakan peristiwa yang terjadi pada seorang wanita, dimulai dari proses fertilisasi (konsepsi) sampai kelahiran bayi (Hardinsyah & Supriasa, 2016). Wiknjosastro (2009) mendefinisikan kehamilan sebagai suatu proses yang terjadi antara perpaduan sel sperma dan ovum sehingga terjadi konsepsi sampai lahirnya janin, lamanya hamil normal adalah 280 hari atau 40 minggu dihitung dari haid pertama haid terakhir (HPHT).

Kehamilan normal berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan. Kehamilan terbagi menjadi 3 trimester, dimana trimester satu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu

(minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Walyani, 2015).

## 2. Tanda-tanda Kehamilan

Menurut Siswosudarmo (2009), secara klinis tanda-tanda kehamilan dapat dibagi menjadi dua kategori besar, yaitu sebagai berikut:

- 1) Tanda kehamilan yang tidak pasti (probable signs)
  - a) Amenorea, yaitu wanita yang terlambat mengalami haid dalam masa wanita tersebut masih mampu hamil.
  - b) Mual dan Muntah (*morning sickness*), sering muncul pada pagi hari dan diperberat oleh makanan yang baunya menusuk.
  - c) Mastodinia, yaitu rasa kencang dan sakit pada payudara yang disebabkan payudara membesar. Vaskularisasi bertambah, asinus dan duktus berproliferasi karena pengaruh progesteron dan estrogen.
  - d) *Quickening*, yaitu persepsi gerakan janin pertama yang biasanya disadari oleh wanita pada kehamilan 18-20 minggu.
  - e) Keluhan kencing (BAK), frekuensi kencing bertambah dan sering kencing malam disebabkan karena desakan uterus yang membesar dan tarikan oleh uterus ke kranial.

- f) Konstipasi, terjadi karena reflek relaksasi progesterone atau dapat juga karena perubahan pola makan.
  - g) Perubahan berat badan, yang terjadi pada kehamilan 2-3 bulan sering terjadi penurunan berat badan karena nafsu makan menurun dan muntah-muntah.
  - h) Perubahan temperatur, kenaikan temperatur basal lebih dari 3 minggu biasanya merupakan tanda-tanda terjadinya kehamilan.
  - i) Perubahan warna kulit, yaitu warna kulit kehitam-hitaman pada dahi, punggung hidung, dan kulit daerah tulang pipi.
  - j) Perubahan payudara, akibat stimulasi prolaktin, payudara mensekresi kolostrum biasanya setelah kehamilan enam minggu.
  - k) Pembesaran perut, menjadi nyata setelah minggu ke-16 karena pada saat ini uterus telah keluar dari rongga pelvis dan menjadi organ rongga perut.
  - l) Kontraksi uterus, tanda ini muncul belakangan dan pasien mengeluh perutnya kencang, tetapi tidak disertai rasa sakit.
  - m) Balotemen, yaitu tanda adanya benda terapung melayang dalam cairan.
- 2) Tanda Pasti Kehamilan. Siswosudarmo (2009) menyebutkan tanda pasti kehamilan adalah sebagai berikut:

- a) Denyut jantung janin (DJJ), dapat didengarkan dengan stetoskop laenec atau dengan stetoskop ultrasonic (doppler).
- b) Palpasi, terlihat dan teraba gerakan janin, teraba bagian-bagian janin.
- c) Rontgenografi, sehingga dapat terlihat gambaran tulang-tulang janin.
- d) Ultrasonografi (USG).
- e) Test laboratorium, yaitu test inhibisi koagulasi yang bertujuan untuk mendeteksi adanya HCG dalam urin.

Manuaba (2010) menyebutkan bahwa tanda-tanda kehamilan dibagi menjadi tiga, yaitu tanda dugaan hamil, tanda kemungkinan hamil, dan tanda pasti kehamilan. Terjadinya pembesaran rahim dan perut, terdapat kontraksi rahim saat diraba, ada tanda hegar, chadwick, dan reaksi kehamilan positif merupakan tanda kemungkinan hamil.

### **3. Perubahan Psikologis Selama Kehamilan**

Perubahan psikologis selama masa kehamilan, yaitu:

#### **a. Perubahan Psikologi Trimester Pertama**

Pada trimester pertama (13 minggu pertama kehamilan) sering timbul rasa cemas bercampur rasa bahagia, rasa sedih, rasa kecewa, sikap penolakan, ketidakyakinan atau ketidakpastian, sikap ambivalen (bertentangan), perubahan seksual, fokus pada diri sendiri, stres dan guncangan

psikologis sehingga menimbulkan rasa tidak nyaman dan pertengkaran (Janiwarty & Pieter, 2013).

b. Perubahan Psikologi Trimester Kedua

Bentuk perubahan psikologi ibu hamil pada trimester kedua seperti rasa khawatir, perubahan emosional dan terjadi peningkatan libido. Trimester kedua kehamilan dibagi menjadi dua fase, yaitu pre-quickening (sebelum gerakan janin dirasakan oleh ibu) dan post-quickening (setelah gerakan janin dirasakan oleh ibu). Fase prequickening merupakan fase untuk mengetahui hubungan interpersonal dan dasar pengembangan interaksi sosial ibu dengan janin, perasaan menolak dari ibu yang tampak dari sikap negatif seperti tidak mempedulikan dan mengabaikan, serta ibu yang sedang mengembangkan identitas keibuannya. Sedangkan, fase postquickening merupakan fase dimana identitas keibuan semakin jelas. Ibu akan fokus pada kehamilannya dan lebih mempersiapkan diri untuk menghadapi peran baru sebagai seorang ibu. Kehidupan psikologis ibu hamil tampak lebih tenang, tetapi perhatian mulai beralih pada perubahan bentuk tubuh, keluarga, dan hubungan psikologis dengan janin. Pada fase ini, sifat ketergantungan ibu hamil terhadap pasangannya semakin

meningkat seiring dengan pertumbuhan janin (Janiwarty & Pieter, 2013).

c. Perubahan Psikologi Trimester Ketiga

Pada trimester ketiga kehamilan, perubahan psikologis ibu hamil semakin kompleks dan meningkat dibandingkan trimester sebelumnya akibat kondisi kehamilan yang semakin membesar. Beberapa kondisi psikologis yang terjadi, seperti perubahan emosional dan rasa tidak nyaman, sehingga ibu hamil membutuhkan dukungan dari suami, keluarga dan tenaga medis. Perubahan emosi ibu semakin berubah-ubah dan terkadang menjadi tidak terkontrol. Perubahan emosi tersebut akibat dari adanya perasaan khawatir, rasa takut, bimbang dan ragu dengan kondisi kehamilannya (Janiwarty & Pieter, 2013).

**4. Kehamilan Usia 35 tahun Ke Atas**

Usia seorang wanita pada saat hamil sebaiknya tidak terlalu muda dan tidak terlalu tua. Umur yang kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, berisiko tinggi melahirkan.

Menurut BKKBN (2012) usia ideal wanita untuk hamil adalah pada rentang umur 20-35 tahun. Pada usia tersebut merupakan usia yang aman untuk melahirkan dan masa kesuburan sedang dalam kondisi puncak. Wanita yang usianya kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun sering

mengalami komplikasi kehamilan sehingga dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin.

Menurut Sarwono (2008) usia ibu lebih dari 35 tahun berisiko mengalami keguguran spontan. Dengan bertambahnya usia terutama setelah usia 30 tahun, baik kromosom janin itu normal atau tidak, wanita dengan usia lebih tua lebih besar kemungkinan keguguran baik janinnya normal ataupun abnormal. Semakin lanjut usia wanita, semakin tipis cadangan telur yang ada, indung telur juga semakin kurang peka terhadap rangsangan gonadotropin. Makin lanjut usia wanita, maka risiko terjadi abortus makin meningkat karena menurunnya kualitas sel telur atau ovum dan meningkatnya risiko kejadian kelainan kromosom. Kelainan yang paling banyak muncul berupa kelainan *down syndrome*, yaitu sebuah kelainan kombinasi dari retardasi mental dan abnormalitas bentuk fisik yang disebabkan oleh kelainan kromosom.

## **5. Kehamilan Tidak Diinginkan**

Definisi kehamilan tidak diinginkan adalah kehamilan yang tidak diinginkan sama sekali dan atau kehamilan yang tidak diinginkan pada saat itu namun dikehendaki kemudian.

Kehamilan tidak diinginkan berhubungan dengan meningkatnya risiko kematian ibu dan anak (BKKBN, 2016). Kehamilan yang tidak diinginkan merupakan suatu kondisi

dimana 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, 2011).

Istilah kehamilan yang tidak diinginkan merupakan kehamilan yang tidak menginginkan anak sama sekali atau kehamilan yang diinginkan tetapi tidak pada saat itu/ *mistimed pregnancy* (kehamilan terjadi lebih cepat dari yang telah direncanakan), sedangkan kehamilan yang diinginkan adalah kehamilan yang terjadi pada waktu yang tepat. Sementara itu, konsep kehamilan yang diinginkan merupakan kehamilan yang terjadinya direncanakan saat si ibu menggunakan metode kontrasepsi atau tidak ingin hamil namun tidak menggunakan kontrasepsi apapun. Kehamilan yang berakhir dengan aborsi dapat diasumsikan sebagai kehamilan yang tidak diinginkan. Semua definisi ini menunjukkan bahwa kehamilan merupakan keputusan yang disadari (Santelli, 2003).

Menurut WHO (2005) kehamilan yang tidak diinginkan membawa sejumlah risiko terhadap kesehatan ibu. Kehamilan yang tidak diinginkan membawa risiko lebih besar daripada kehamilan yang diinginkan. Wanita yang menginginkan kehamilan lebih memperhatikan kehamilan mereka daripada yang tidak menginginkan kehamilannya, mereka lebih

cenderung menerima perawatan antenatal di awal kehamilan, melahirkan di bawah pengawasan medis, dan memberikan vaksinasi penuh pada anak ketika telah lahir.

Berdasarkan SDKI 2007 menunjukkan bahwa di Indonesia kehamilan tidak diinginkan paling banyak terjadi pada kelompok wanita yang memiliki anak lebih dari 3 orang, berusia dari 35 tahun, berada pada kelompok sosial ekonomi menengah ke bawah, memiliki pengetahuan yang baik mengenai alat kontrasepsi, memiliki akses ke pelayanan kesehatan dan menikah pertama kali pada usia kurang dari 20 tahun (Syafitri, 2012).

## **6. Alasan Kehamilan Tidak Diinginkan**

Terdapat banyak alasan bagi seorang wanita tidak menginginkan kehadiran seorang anak pada saat tertentu dalam hidupnya. Menurut Mohamad (1998), ada beberapa alasan yang membuat kehamilan itu tidak diinginkan, yaitu

- a. Kehamilan yang terjadi akibat perkosaan
- b. Kehamilan datang pada saat yang belum diharapkan
- c. Bayi dalam kandungan ternyata menderita cacat majemuk yang berat
- d. Kehamilan yang terjadi akibat hubungan seksual diluar nikah

Pada penelitian kualitatif studi kasus *unsafe abortion* yang bertujuan untuk menelusuri alasan-alasan mengapa perempuan Indonesia banyak yang melakukan aborsi tidak aman beserta akibatnya, diperoleh jawaban atas terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan pada informan dewasa yang sudah menikah, yaitu (Habsjah, 2005):

- a. Anak sudah banyak, suami jarang kerja, dan sering mabuk.
- b. Informan masih dalam kontrak kerja.
- c. Ketika informan dalam masa subur, suami selalu tidak mau tahu dan tidak pernah mau pakai kondom.
- d. Umur informan sudah tua dan anak sudah cukup
- e. Tidak boleh hamil anak keempat karena sudah tiga kali operasi Caesar
- f. Suami tidak bersedia menerima kehamilan lagi walaupun anak baru satu
- g. Jarak antara anak terlalu dekat
- h. Suami baru PHK, dan sering sakit sedangkan gaji isteri kecil
- i. Tidak sanggup menanggung anak tambahan

Sedangkan menurut PKBI (1998), banyak alasan yang dikemukakan mengapa kehamilan tidak diinginkan adalah sebagai berikut:

- a. Penundaan dan peningkatan jarak usia perkawinan, dan semakin dininya usia menstruasi pertama (menarche). Usia menstruasi yang semakin dini dan usia kawin yang semakin tinggi menyebabkan “masa-masa rawan” semakin panjang. Hal ini terbukti dengan banyaknya kasus hamil diluar nikah.
- b. Ketidaktahuan atau minimnya pengetahuan tentang perilaku seksual yang dapat mengakibatkan kehamilan.
- c. Tidak menggunakan alat kontrasepsi, terutama untuk perempuan yang sudah menikah.
- d. Kegagalan alat kontrasepsi.
- e. Kehamilan yang diakibatkan oleh pemerkosaan.
- f. Kondisi kesehatan ibu yang tidak mengizinkan kehamilan.
- g. Persoalan ekonomi (biaya untuk melahirkan dan membesarkan anak).
- h. Alasan karir atau masih sekolah (karena kehamilan dan konsekuensi lainnya yang dianggap dapat menghambat karir atau kegiatan belajar).
- i. Kehamilan karena incest (hubungan seksual antara yang masih sedarah)

- j. Kondisi janin yang dianggap cacat berat atau berjenis kelamin yang tidak diharapkan.

## **7. Faktor-faktor penyebab kehamilan tidak diinginkan**

Menurut Widyastuti (2011), banyak faktor yang menyebabkan kehamilan tidak diinginkan, antara lain:

- a. Penundaan dan peningkatan usia perkawinan, serta semakin dininya usia menstruasi pertama (*menarche*);
- b. Ketidaktahuan atau minimnya pengetahuan tentang perilaku seksual yang dapat menyebabkan kehamilan;
- c. Kehamilan yang diakibatkan oleh pemerkosaan;
- d. Persoalan ekonomi (biaya untuk melahirkan dan membesarkan anak);
- e. Alasan karir atau masih sekolah (karena kehamilan dan konsekuensi lainnya yang dianggap dapat menghambat karir atau kegiatan belajar);
- f. Kehamilan karena incest.

### **C. Tinjauan Umum tentang Puskesmas**

#### **1. Konsep Puskesmas**

Pusat kesehatan masyarakat disebut Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Sebagai unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (UPTD), Puskesmas berperan

menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis operasional Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan merupakan unit pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia (Depkes, 2004). Fungsi Puskesmas:

- a. Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan;
- b. Pusat pemberdayaan masyarakat;
- c. Pusat pelayanan kesehatan strata pertama.

Pengertian Puskesmas yang lain adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat (Kemenkes, 2014).

## **2. Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas**

Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas (Kemenkes, 2014) adalah:

- a. Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi resiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat;

- b. Puskesmas menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya;
- c. Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat;
- d. Puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya, dan kepercayaan;
- e. Puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan memanfaatkan teknologi tepat guna yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan;
- f. Puskesmas mengintegrasikan dan mengoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan sistem rujukan yang didukung dengan manajemen Puskesmas.

### **3. Tugas, Fungsi, dan Kewenangan Puskesmas**

Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat (Kemenkes, 2014).

- a. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat Tingkat Pertama di Wilayah Kerjanya

Dalam menyelenggarakan fungsi upaya kesehatan masyarakat, Puskesmas berwenang untuk:

- 1) Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan;
- 2) Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan;
- 3) Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan;
- 4) Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait;
- 5) Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat;
- 6) Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas;
- 7) Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan;
- 8) Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan pelayanan kesehatan; dan

- 9) Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit.
- b. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perorangan Tingkat Pertama di Wilayah Kerjanya

Dalam menyelenggarakan fungsi upaya kesehatan perorangan, Puskesmas berwenang untuk:

- 1) Menyenggarakan pelayanan kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu;
- 2) Menyenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif;
- 3) Menyenggarakan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat;
- 4) Menyenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas, dan pengunjung;
- 5) Menyenggarakan pelayanan kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi;
- 6) Melaksanakan rekam medis;
- 7) Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses pelayanan kesehatan;

- 8) Melaksanakan peningkatan kompetensi tenaga kesehatan;
- 9) Mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya;
- 10) Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan sistem rujukan.

### D. Sintesa Hasil Penelitian Sebelumnya

Matriks 2.1 Sintesa Penelitian tentang Kehamilan Tidak Diinginkan Pada Ibu

No	Nama peneliti (tahun)	Judul	Jenis penelitian	Hasil penelitian
1	Shiadeh, et. al, (2016)	Unwanted Pregnancy and Its Risk Factors Among Pregnant Women in Tehran, Iran	Kuantitatif	Wanita dengan kehamilan yang tidak diinginkan memiliki kecenderungan lebih sedikit untuk melakukan perawatan prenatal dan juga menunjukkan perilaku yang tidak sehat dibandingkan dengan mereka yang menginginkan kehamilan. Wanita dengan kehamilan yang tidak diinginkan memiliki kecenderungan aborsi yang berakibat mengancam kesehatan.
2	Handayani & Rini (2014)	Faktor-faktor yang memengaruhi sikap prolife dan prochoice pada kehamilan yang tidak diinginkan di PKBI As Sakinah Pemasang	Explanatory Research	Ibu dengan KTD lebih memilih sikap prochoice (upaya aborsi aman) daripada prolife (melanjutkan kehamilan) karena dilatarbelakangi oleh usia yang tidak sehat lagi untuk hamil, pendidikan rendah, jumlah kehamilan lebih dari empat dan batas usia kehamilan antara

				kurang dari 12 minggu sesuai dengan indikasi aborsi aman oleh WHO.
3	Dini, dkk (2016)	Pengaruh status kehamilan tidak diinginkan terhadap perilaku ibu selama kehamilan dan setelah kelahiran di Indonesia (Analisis data SDKI 2012)	Studi analisis	Kehamilan yang tidak diinginkan ini dapat memengaruhi perilaku ibu untuk tidak melakukan ataupun kalau melakukan tidak maksimal, kunjungan perawatan antenatal, persalinan, nifas, dan bayi, karena ibu yang KTD pada umumnya berharap kehamilannya tidak akan berlanjut.
4	Dibaba, et. al, (2013)	The association of unwanted pregnancy and social support with depressive symptoms in pregnancy: evidence from rural Southwestern Ethiopia	Survei	Wanita dengan kehamilan yang tidak diinginkan hampir 2 kali lebih mungkin mengalami depresi dibandingkan untuk wanita dengan kehamilan yang direncanakan. Karena itu wanita dengan dukungan sosial selama kehamilan sangat membantu dalam mengurangi depresi.
5	Goenee, et. al, (2014)	Decision making concerning unwanted pregnancy in general practice	Kuantitatif	Kebanyakan wanita dengan kehamilan yang tidak diinginkan memilih untuk aborsi dan sebagian kecil memilih untuk tetap menjaga janinnya. Dari wanita yang telah

				mengambil keputusan aborsi ada delapan persen mengubah keputusan mereka setelah berkonsultasi dengan dokter, dan wanita yang memilih tetap melanjutkan kehamilannya lebih cenderung mendiskusikan alternatif dengan dokter umum.
6	Izugbara & Egesa (2014)	The Management of Unwanted Pregnancy Among Women in Nairobi, Kenya	Kualitatif	Para wanita yang diteliti mengelola kehamilan tidak diinginkan mereka dengan dua cara utama: melanjutkan kehamilan atau menghentikannya dengan cara membunuh, memberikan, atau meninggalkan bayi setelah melahirkan. Hal ini dilakukan karena kehamilan yang tidak diinginkan dilihat berpotensi membahayakan masa depan wanita dan memperburuk mata pencaharian yang menyebabkan hidup lebih sulit. Selain itu, ada juga wanita yang menjaga kehamilan yang tidak diinginkannya karena faktor kepercayaan agama.

7	Jalali, et. al, (2019)	Prevalence of unwanted pregnancy in Iranian women: a systematic review and meta-analysis	Kuantitatif	Tingginya prevalensi kehamilan tidak diinginkan dapat mengakibatkan aborsi yang disengaja. Selama kehamilan, sang ibu dapat menderita komplikasi kehamilan, terutama anemia, dan mungkin berisiko berbagai penyakit yang memengaruhi kesehatan fisik dan mentalnya.
8	Bahk, et. al, (2015)	Impact of unintended pregnancy on maternal mental health: a causal analysis using follow up data of the Panel Study on Korean Children (PSKC)	Kuantitatif	Kehamilan yang tidak diinginkan berkontribusi terhadap peningkatan risiko stress dan depresi pada ibu. Upaya-upaya untuk meningkatkan partisipasi suami dalam mengurangi konflik perkawinan dapat membantu mengurangi dampak buruk kehamilan yang tidak diinginkan.
9	Mohammadi, et. al, (2015)	Iranian Azeri women's perceptions of unintended pregnancy: A qualitative study	Kualitatif	Wanita dengan kehamilan tidak diinginkan yang memilih untuk aborsi dikarenakan alasan kesulitan keuangan, kesibukan pekerjaan hingga faktor usia yang sudah tua. Pada kehamilan usia tua yaitu 35 tahun ke atas

				dianggap berisiko tinggi dan dapat dikaitkan dengan hipertensi kehamilan. Alasan lain memilih aborsi, karena memiliki penyakit bawaan yang dapat memperburuk kondisi mereka. Adapun wanita yang memilih melanjutkan kehamilannya melakukan upaya mengatasi ketakutan kehamilannya ditahap awal kehamilan dengan menyembunyikan kehamilannya dan pergi kerumah orangtuanya.
10	Abame, et. al, (2018)	Relationship Between Unintended Pregnancy and Antenatal Care Use During Pregnancy in Hadiya Zone, Southern Ethiopia	Kualitatif, Kuesioner	Hasil penelitian menunjukkan bahwa wanita dengan kehamilan yang tidak diinginkan lebih sedikit kemungkinan menggunakan ANC, dan lebih cenderung menunda inisiasi perawatan antenatal.
11	Akbarzadeh, et. al, (2016)	The Women'S Perceptions About Unwanted Pregnancy: A Qualitative Study in Iran	Kualitatif	Ibu dengan kehamilan yang tidak diinginkan berada di bawah berbagai tekanan yang mengarah pada reaksi psikologis termasuk perasaan sedih, cemas, stres dan masalah psikoemosional. Respon negatif tersebut terjadi dikarenakan ibu dengan kehamilan tidak

				diinginkan memikirkan faktor usianya, beban ekonomi dan pengasuhan anak.
12	Ozkan & Mete (2010)	Pregnancy planning and antenatal health behaviour: findings from one maternity unit in Turkey	Kuantitatif	Ibu dengan kehamilan yang tidak diinginkan menghadiri lebih sedikit kunjungan antenatal, merokok lebih banyak dan minum-minuman yang mengandung kafein terutama teh. Selain itu, ibu dengan kehamilan tidak diinginkan mengonsumsi lebih sedikit vitamin dan tidak punya motivasi untuk meningkatkan nutrisi dan berat badan yang sesuai anjuran.
13	Cheng, et. al, (2009)	Unintended pregnancy and associated maternal preconception, prenatal and postpartum behaviors	Survei	Perilaku yang tidak sehat lebih umum terjadi di kalangan ibu dengan kehamilan tidak diinginkan daripada ibu dengan kehamilan yang diinginkan. Kehamilan tidak diinginkan membuat ibu tidak cukup mengonsumsi tablet asam folat dan menunda melakukan inisiasi perawatan prenatal sampai setelah trimester pertama.

## E. Landasan Teori Penelitian

Dalam membangun kerangka konsep pada penelitian ini, peneliti mengacu pada teori-teori perilaku yang dijadikan sebagai landasan teori penelitian. Adapun teori yang digunakan yaitu teori model stres dan adaptasi yang dikemukakan oleh Stuart (1998) dan teori niat berperilaku *Protection Motivation Theory (PMT)* yang dikemukakan oleh Rogers (1975).

### 1. Teori Stuart

Teori Stuart (1998) mengintegrasikan komponen biologis, psikologis, serta sosial dalam pengkajian dan penyelesaian masalahnya. Beberapa hal yang harus diamati dalam model stres adaptasi adalah faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber koping, dan mekanisme koping yang digunakan. Ada dua kemungkinan koping terpilih yaitu berada antara adaptif dan maladaptif. Koping ini bersifat dinamis, bukan statis pada satu titik. Dengan demikian, perilaku manusia juga selalu dinamis, yakni sesuai berbagai faktor yang memengaruhi koping terpilih.

#### a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor risiko yang menjadi sumber terjadinya stres yang memengaruhi tipe dan sumber dari individu untuk menghadapi stres baik yang biologis, psikososial, dan sosiokultural. Secara bersama-sama, faktor

ini akan memengaruhi seseorang dalam memberikan arti dan nilai terhadap pengalaman stres yang dialaminya. Adapun macam-macam faktor predisposisi meliputi hal sebagai berikut:

- 1) Biologi: latar belakang genetik, status nutrisi, kepekaan biologis, kesehatan umum, dan terpapar racun.
- 2) Psikologis: kecerdasan, keterampilan verbal, moral, personal, pengalaman masa lalu, konsep diri, motivasi, pertahanan psikologis, dan kontrol.
- 3) Sosiokultural: usia, gender, pendidikan, pendapatan, okupasi, posisi sosial, latar belakang budaya, keyakinan, politik, pengalaman sosial, dan tingkatan sosial.

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi adalah stimulus yang mengancam individu. Faktor presipitasi memerlukan energi yang besar dalam menghadapi stres atau tekanan hidup. Faktor presipitasi ini dapat bersifat biologis, psikologis, dan sosiokultural. Waktu merupakan dimensi yang juga memengaruhi terjadinya stres, yaitu berapa lama terpapar dan berapa frekuensi terjadinya stres. Adapun faktor presipitasi yang sering terjadi adalah sebagai berikut :

### 1) Kejadian yang menekan (*stressful*)

Ada tiga cara mengategorikan kejadian yang menekan kehidupan, yaitu aktivitas sosial, lingkungan sosial, dan keinginan sosial. Aktivitas sosial meliputi keluarga, pekerjaan, pendidikan, sosial, kesehatan, keuangan, aspek legal, dan krisis komunitas. Lingkungan sosial adalah kejadian yang dijelaskan sebagai jalan masuk dan jalan keluar. Jalan masuk adalah seseorang yang baru memasuki lingkungan sosial. Keinginan sosial adalah keinginan secara umum seperti pernikahan.

### 2) Ketegangan hidup

Stres dapat meningkat karena kondisi kronis yang meliputi ketegangan keluarga yang terus-menerus, ketidakpuasan kerja, dan kesendirian. Beberapa ketegangan hidup yang umum terjadi adalah perselisihan yang dihubungkan dengan hubungan perkawinan, perubahan orang tua yang dihubungkan dengan remaja dan anak-anak, ketegangan yang dihubungkan dengan ekonomi keluarga, serta *overload* yang dihubungkan dengan peran.

c. Penilaian terhadap Stresor

Penilaian terhadap stresor meliputi penentuan arti dan pemahaman terhadap pengaruh situasi yang penuh dengan stres bagi individu. Penilaian terhadap stresor ini meliputi respons kognitif, afektif, fisiologis, perilaku, dan respons sosial. Penilaian adalah dihubungkan dengan evaluasi terhadap pentingnya suatu kejadian yang berhubungan dengan kondisi sehat.

d. Sumber Koping

Sumber koping meliputi aset ekonomi, kemampuan dan keterampilan, teknik pertahanan, dukungan sosial, serta motivasi.

e. Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah suatu upaya yang diarahkan untuk penyelesaian masalah secara langsung maupun dengan pertahanan. Ada dua macam respons mekanisme koping yaitu konstruktif dan destruktif. Mekanisme koping dalam teori model stres adaptasi Stuart (1998) ini bersifat kontinum, dinamis, bisa berpindah dari satu kondisi ke kondisi lainnya, dan tidak berhenti pada satu titik, tergantung faktor yang memengaruhinya.

## 2. *Protection Motivation Theory (PMT)*

Teori ini menyatakan bahwa perilaku yang berhubungan dengan kesehatan dikarenakan individu tersebut memiliki niat berperilaku. Niat perilaku dipengaruhi oleh 4 komponen (Priyoto, 2010) yaitu:

### a. *Severity*

Adalah tingkat kegawatan atau cara pandang seseorang terhadap bahaya dan tidaknya suatu penyakit. Dimensi ini meliputi evaluasi baik konsekuensi medis (misalnya kematian, cacat, dan nyeri) dan konsekuensi sosial yang mungkin terjadi (misalnya, dampak kondisi pekerjaan, kehidupan keluarga, dan hubungan sosial). Keseriusan juga bervariasi dari orang ke orang. Semakin menganggap tinggi tingkat keparahan dari suatu kondisi kesehatan, atau hasil negatif lainnya, maka semakin tinggi niat seseorang untuk mengikuti rekomendasi.

### b. *Vulnerability*

Adalah kerentanan yang dianggap sebagai hasil yang tidak diinginkan. Hal ini mengacu pada persepsi subjektif seseorang tentang risiko kejadian negatif yang terjadi kepada mereka atau kerawanan terserang suatu penyakit. Kerentanan ini yang dirasakan sebagai ancaman.

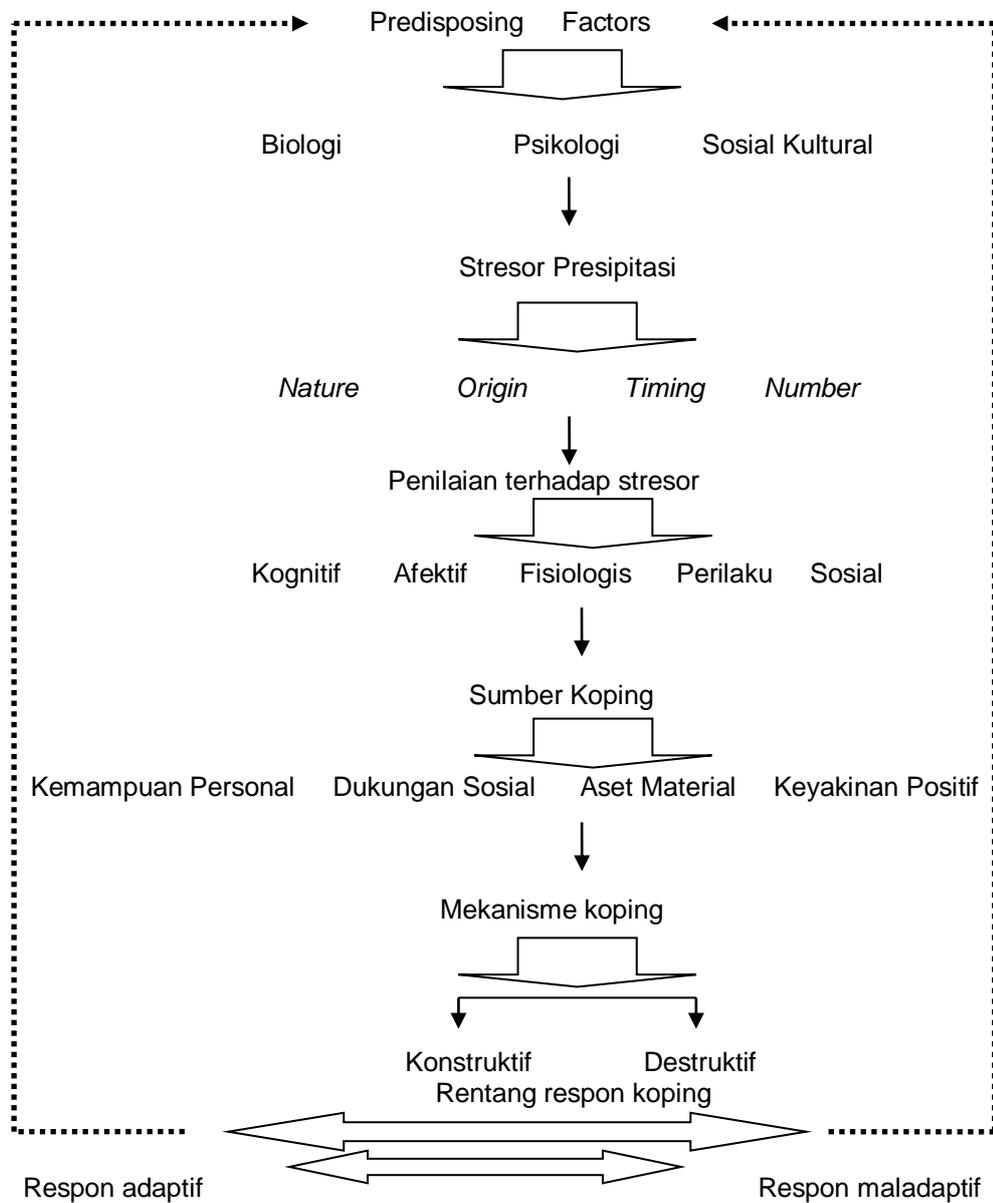
c. Respons efektivitas

Merupakan keyakinan seseorang bahwa perilaku yang direkomendasikan akan efektif dalam mengurangi atau menghilangkan bahaya. Respons ini secara efektif akan memengaruhi seseorang untuk merubah perilaku sesuai anjuran.

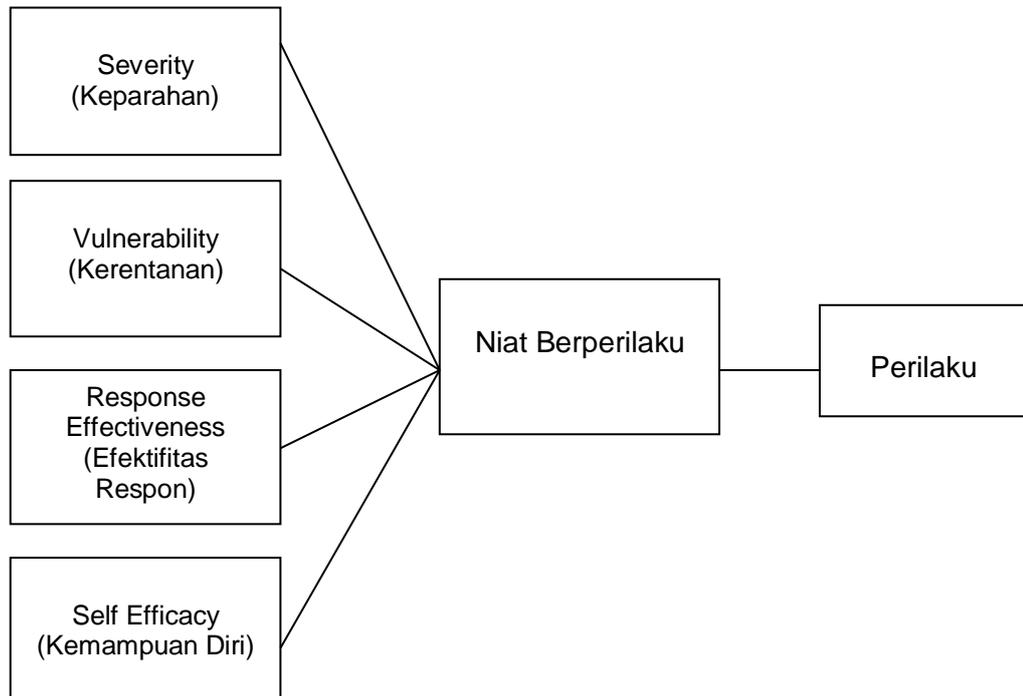
d. Self efficacy

Memiliki arti kemampuan diri sendiri. Orang yang memiliki *self efficacy* yang tinggi akan yakin bahwa dia mampu berhasil merubah perilaku dirinya sendiri. Sedangkan orang dengan *self efficacy* yang rendah maka memiliki keyakinan bahwa dirinya akan gagal, sehingga akan mencoba menghindarinya dengan berbagai cara.

**F. Kerangka Teori Penelitian**



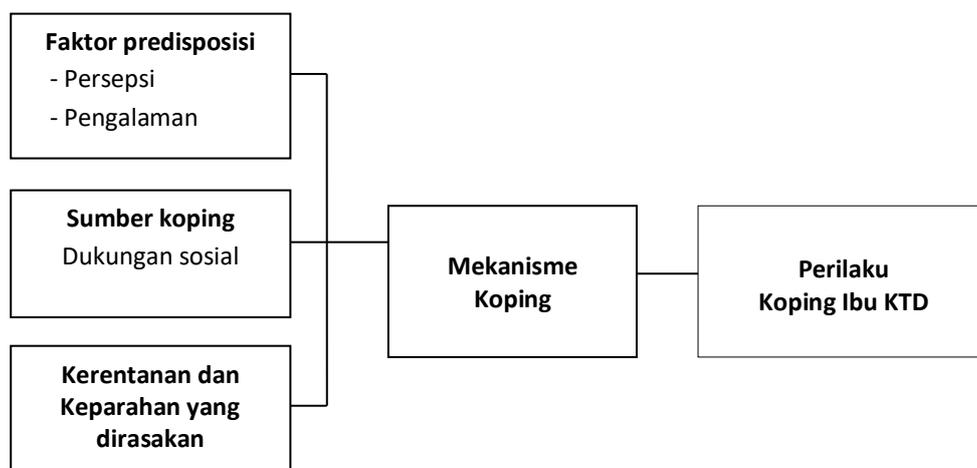
**Gambar 2.1 Kerangka Teori Stres dan Adaptasi Stuart (1998)**



**Gambar 2.2 Kerangka Teori Protection Motivation Theory (1975)**

### G. Kerangka Konsep penelitian

Berdasarkan landasan teori Stuart dan teori Rogers diatas, maka dengan memodifikasi kedua dasar teori diatas, bagan kerangka teori dari penelitian ini adalah sebagai berikut:



**Gambar 2.3 Kerangka Konsep Penelitian**

## H. Definisi Konseptual

Dalam upaya memudahkan peneliti mengidentifikasi variabel yang akan diteliti maka dirumuskan batasan atas variabel dalam definisi konseptual subyek penelitian.

### a. Perilaku Koping Ibu

Perilaku koping ibu adalah segala usaha yang dilakukan ibu hamil dalam mengatasi permasalahannya terkait dengan kehamilan yang tidak diinginkan. Usaha yang dilakukan meliputi dua cara yaitu:

1. *Emotional focus coping*, meliputi cara yang dilakukan untuk mengurangi atau mengatur emosi dalam dirinya agar dapat menyesuaikan diri dengan kondisi kehamilan yang tidak diinginkannya.
2. *Problem focus coping*, meliputi cara yang dilakukan untuk memecahkan masalah termasuk pengambilan keputusan dan tindakan langsung untuk mengatasi masalah kehamilan yang tidak diinginkan yang dapat berdampak pada kesehatan.

### b. Persepsi

Persepsi adalah pemahaman dan cara pandang yang dimiliki oleh ibu usia 35 tahun ke atas terhadap kehamilan tidak diinginkan.

### c. Pengalaman

Pengalaman yang dimaksud adalah segala sesuatu yang pernah dialami dan dijalani informan terkait kejadian kehamilan

tidak diinginkan baik yang dirasakan langsung maupun berupa hasil pengamatan dari orang lain.

d. Kerentanan dan keparahan

Kerentanan dan keparahan yang dirasakan adalah penilaian ibu usia 35 tahun ke atas terhadap ancaman/bahaya dari kehamilan tidak diinginkan.

e. Dukungan sosial

Dukungan sosial yang dimaksud adalah dukungan yang sudah diterima dan dukungan lain yang belum diterima. Dukungan yang diterima maupun yang belum diterima dapat bersumber dari orang sekitar, baik itu keluarga, teman, maupun petugas kesehatan. Dukungan tersebut dapat berupa dukungan emosional, dukungan materi, saran, dan informasi. Keluarga dianggap mendukung jika dapat memberikan salah satu bentuk dukungan tersebut kepada ibu dengan kehamilan tidak diinginkan dengan tanpa tekanan dan paksaan. Dukungan teman berupa dukungan informasi yang diperlukan oleh ibu. Dukungan petugas kesehatan berupa pemberian konseling, tindakan, dan pelayanan yang diberikan oleh petugas kesehatan di puskesmas. Petugas kesehatan yang dimaksud adalah bidan dan dokter.

f. Mekanisme Koping

Mekanisme koping yang dimaksud adalah suatu cara yang dilakukan oleh informan dalam menyelesaikan masalah, mulai dari

proses awal munculnya koping sampai pada tahap berkembang dan menyesuaikan diri, serta respons yang dirasakan.