

## PERSPEKTIF DAN TANTANGAN PELAYANAN PRAKONSEPSI: STUDI KUALITATIF PADA BIDAN DAN PEMANGKU KEPENTINGAN DI KOTA BANDUNG

*Perspectives and Challenges of Preconception Care: A Qualitative Study of  
Midwives and Stakeholders in Bandung City*

**Kurniaty Ulfah<sup>1\*</sup>, Ferina Ferina<sup>1</sup>, Chris Sriyanti<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Jurusan Kebidanan Bandung, Poltekkes Kemenkes Bandung, Bandung, Indonesia

\*Email: uul14@yahoo.com

### ABSTRACT

Indonesia continues to face major challenges in reducing maternal mortality, as many women begin pregnancy in poor health due to conditions such as anemia, hypertension, and chronic energy deficiency (CED). These health issues increase maternal risk and contribute to adverse birth outcomes like low birth weight and stunting. Although preconception care plays a crucial role in addressing these problems, it remains underutilized, particularly at the primary healthcare level. This study explored the perspectives and experiences of midwives and stakeholders regarding the challenges and strategies in delivering preconception care in Bandung City. A qualitative exploratory study was conducted from July to November 2024, involving in-depth interviews with 18 participants from two primary healthcare centers and the Bandung City Health Office. Data were analyzed thematically using Braun and Clarke's approach, with triangulation through interviews, field observations, and member checking to ensure credibility. Two main themes emerged: midwives' views and experiences of preconception services, and stakeholders' insights into implementation challenges. While midwives acknowledged the importance of preconception care in preventing complications, implementation was limited, hindered by the lack of operational policies, limited resources, low public awareness, and insufficient training. Stakeholders emphasized the need for community and family-based education, policy advocacy, and capacity strengthening of healthcare workers. In conclusion, preconception care has strong potential to prevent pregnancy complications and improve maternal and child health. Enhancing its impact within reproductive health services requires stronger policy backing, sufficient resource allocation, and integrated, sustainable implementation, including broader public education and ongoing health provider training.

**Keywords:** Healthcare challenges, midwives' perspectives, policy implementation, preconception care, reproductive health

### ABSTRAK

Indonesia masih menghadapi tantangan besar dalam menurunkan angka kematian ibu, terutama karena banyak perempuan memulai kehamilan dalam kondisi kesehatan yang kurang optimal, seperti anemia, hipertensi, dan kekurangan energi kronis (KEK). Kondisi ini tidak hanya meningkatkan risiko kematian ibu, tetapi juga berdampak pada kualitas generasi berikutnya melalui kejadian BBLR dan stunting. Meskipun memiliki potensi besar, pelayanan kesehatan prakonsepsi masih belum dimanfaatkan secara optimal di tingkat puskesmas. Penelitian ini bertujuan mengeksplorasi pandangan dan pengalaman bidan serta pemangku kepentingan terkait tantangan dan strategi pelayanan prakonsepsi di Kota Bandung. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi eksploratori yang dilaksanakan pada Bulan Juli hingga November 2024. Wawancara mendalam dilakukan terhadap 18 partisipan dari dua puskesmas dan Dinas Kesehatan Kota Bandung. Data dianalisis secara tematik menggunakan pendekatan Braun dan Clarke. Triangulasi data dilakukan melalui

wawancara, observasi lapangan, dan member checking untuk meningkatkan kredibilitas. Hasil penelitian menunjukkan dua tema utama: pandangan dan pengalaman bidan terkait pelayanan prakonsepsi, serta pandangan dan tantangan pemangku kepentingan terhadap program ini. Bidan menyadari pentingnya program prakonsepsi untuk mencegah komplikasi kehamilan, namun implementasinya menghadapi kendala berupa kurangnya kebijakan khusus, keterbatasan sumber daya, rendahnya kesadaran masyarakat, dan minimnya pelatihan. Pemangku kepentingan menekankan pentingnya edukasi berbasis komunitas dan keluarga, advokasi kebijakan, serta peningkatan kapasitas tenaga kesehatan. Simpulan: Pelayanan prakonsepsi berpotensi besar mencegah komplikasi kehamilan dan meningkatkan kualitas kesehatan ibu dan anak. Untuk memperkuat dampaknya dalam praktik pelayanan kesehatan reproduksi, dibutuhkan dukungan kebijakan, alokasi sumber daya yang memadai, serta integrasi layanan secara berkelanjutan, termasuk edukasi lintas kelompok dan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan.

**Kata Kunci:** Implementasi kebijakan, kesehatan reproduksi, pandangan bidan, pelayanan prakonsepsi, tantangan pelayanan kesehatan

## PENDAHULUAN

Upaya menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) masih menjadi tantangan utama di Indonesia. Berdasarkan hasil survei *Long Form Sensus Penduduk 2020*, AKI di Indonesia tercatat 189 per 100.000 kelahiran hidup, meskipun mengalami penurunan, angka ini masih tinggi dibandingkan negara-negara lain di Asia Tenggara [1], [2]. Faktor utama penyebab tingginya AKI di Indonesia adalah perdarahan dan hipertensi, dengan tambahan komplikasi terkait Covid-19 pada tahun 2021 [3]. Penelitian di RS Cipto Mangunkusumo Jakarta menunjukkan bahwa preeklampsia dan perdarahan postpartum merupakan penyebab utama AKI, selain penyakit penyerta seperti penyakit jantung, HIV, dan pneumonia/tuberkulosis [4].

Komplikasi kehamilan dan persalinan seringkali berhubungan dengan masalah kesehatan yang sudah ada sebelum wanita hamil, seperti anemia, hipertensi, dan kekurangan energi kronis (KEK) [5]–[7]. Data dari Kemenkes mengungkapkan bahwa sekitar 50% ibu hamil di Indonesia sudah berada dalam kondisi tidak sehat sejak awal kehamilan, dengan prevalensi anemia pada wanita usia subur (WUS) mencapai 24%, hipertensi 21%, dan KEK 14,5% [8]. Masalah kesehatan ini tidak hanya meningkatkan AKI, tetapi juga berkaitan erat dengan risiko bayi berat lahir rendah (BBLR) dan stunting, yang pada tahun 2022 tercatat sekitar 21,6% anak balita mengalami stunting [9], [10].

Salah satu pendekatan untuk menurunkan angka kematian ibu dan anak adalah melalui pelayanan kesehatan prakonsepsi. Tujuan pelayanan ini adalah untuk memastikan wanita yang akan hamil berada dalam kondisi fisik, mental, dan sosial yang sehat, dengan mendeteksi dan menangani masalah kesehatan sebelum kehamilan [11], [12]. Meskipun pelayanan kesehatan prakonsepsi sangat penting, cakupan layanan ini di negara berkembang masih sangat rendah [13]–[15]. Di Indonesia, pelayanan kesehatan prakonsepsi diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 21 Tahun 2021, yang menyoal remaja, calon pengantin, dan pasangan usia subur (PUS) [12]. Namun, implementasi program ini di tingkat puskesmas masih terfokus pada calon pengantin untuk persiapan kehamilan pertama dan belum mencakup PUS secara keseluruhan, baik laki-laki maupun perempuan, dalam mempersiapkan kehamilan berikutnya (interkonsepsi) [16], [17].

Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa faktor-faktor yang memengaruhi pemanfaatan pelayanan prakonsepsi termasuk usia, pengetahuan, sikap, dukungan pasangan, serta faktor sosiodemografi lainnya [13], [15], [18]. Penelitian di Malaysia juga melaporkan rendahnya tingkat partisipasi wanita dalam layanan prakonsepsi

akibat belum adanya klinik khusus prakonsepsi di banyak wilayah [19].

Meskipun kebijakan nasional mengenai pelayanan kesehatan prakonsepsi telah ditetapkan, implementasi di lapangan masih menghadapi berbagai kendala, terutama di tingkat pelayanan dasar seperti puskesmas. Sebagian besar studi sebelumnya lebih banyak dilakukan secara kuantitatif dengan fokus pada aspek pengetahuan atau sikap wanita terhadap layanan ini. Sementara itu, penelitian yang menggali tantangan dari perspektif penyedia layanan kesehatan, seperti bidan dan pemangku kebijakan lokal, masih sangat terbatas, khususnya di wilayah perkotaan seperti Kota Bandung. Kota ini memiliki karakteristik demografis dan tantangan pelayanan kesehatan ibu yang kompleks. Berdasarkan studi pendahuluan di dua puskesmas di wilayah Kota Bandung, layanan prakonsepsi saat ini hanya terbatas pada calon pengantin. Sementara itu, layanan prakonsepsi untuk PUS pada masa interkonsepsi seringkali dilakukan secara informal, seperti pada masa nifas atau pada saat pelayanan keluarga berencana, khususnya bagi wanita yang akan melepas alat kontrasepsi dalam rahim atau kontrasepsi bawah kulit.

Penelitian ini menawarkan sudut pandang baru dengan menggali secara mendalam pengalaman dan pandangan tenaga kesehatan serta pemangku kepentingan di fasilitas kesehatan tingkat pertama. Tidak hanya berfokus pada calon pengantin, penelitian ini juga memperluas cakupan perhatian pada pasangan usia subur sebagai kelompok strategis dalam pelayanan prakonsepsi, terutama dalam konteks interkonsepsi.

Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi pandangan dan pengalaman tenaga kesehatan serta pemangku kepentingan terkait pelayanan kesehatan prakonsepsi di Kota Bandung, dengan fokus pada tantangan yang ada di tingkat puskesmas. Secara khusus, penelitian ini menggali tantangan dalam penyediaan dan pemanfaatan layanan prakonsepsi di tingkat puskesmas. Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan rekomendasi berbasis kontekstual untuk memperkuat kualitas dan cakupan layanan prakonsepsi di tingkat pelayanan dasar.

## **METODE**

Penelitian ini menggunakan penelitian kualitatif dengan pendekatan eksploratori fenomenologi untuk mengeksplorasi pandangan dan pengalaman tenaga kesehatan dan pemangku kepentingan terkait pelayanan prakonsepsi, khususnya tantangan dalam penyediaan dan pemanfaatannya di tingkat puskesmas. Penelitian dilaksanakan dari bulan Juli hingga November 2024 di Kota Bandung. Populasi terjangkau penelitian ini adalah bidan pada dua puskesmas PONED (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar) di wilayah Kota Bandung dan dan pemangku kepentingan dari Dinas Kesehatan Kota Bandung. Sampel penelitian terdiri dari 18 partisipan, yaitu 15 bidan dari dua puskesmas PONED, satu kepala puskesmas, dan dua orang PIC (*Person In Charge*) program dari Dinas Kesehatan Kota Bandung. Teknik *purposive sampling* digunakan untuk memilih partisipan. Kriteria inklusi partisipan adalah bidan puskesmas yang terlibat langsung dalam pelayanan prakonsepsi dengan masa kerja di bagian pelayanan minimal tiga tahun, pemangku kepentingan yang berhubungan dengan kebijakan atau program layanan prakonsepsi, serta bersedia berpartisipasi dalam penelitian. Bagi bidan atau pemangku kepentingan yang sedang cuti panjang/transisi kerja, tidak memiliki pengalaman langsung di lapangan, memiliki kondisi kesehatan yang menghambat interaksi, dan menolak untuk direkam pada wawancara mendalam maka tidak dilibatkan sebagai partisipan.

Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam dengan instrumen Pedoman wawancara semi-terstruktur yang mencakup pertanyaan mengenai pemahaman dan pengalaman partisipan terkait layanan prakonsepsi, tantangan dalam pelaksanaannya, strategi serta harapan terkait layanan prakonsepsi. Dalam penelitian ini tidak dilakukan uji coba wawancara secara terpisah. Hal ini sejalan dengan

pendekatan kualitatif yang menempatkan peneliti sebagai instrumen utama, di mana wawancara bersifat fleksibel dan berkembang sesuai respons partisipan. Peneliti melakukan refleksi kritis selama proses wawancara, menyempurnakan pertanyaan secara dinamis dan menjaga validitas data melalui triangulasi dan *member checking*. Alat bantu/perlengkapan lain untuk pengumpulan data adalah alat perekam serta buku catatan. Prosedur wawancara dilakukan setelah mendapatkan *informed consent* dari partisipan, dengan durasi 45-60 menit. Untuk memastikan kredibilitas hasil temuan, triangulasi dilakukan melalui wawancara, observasi lapangan, dan *member checking*. Selanjutnya, triangulasi analisis juga diterapkan dengan melibatkan diskusi antar peneliti untuk data yang telah dikumpulkan.

Pengolahan dan analisis data dilakukan dengan pendekatan analisis tematik dari Braun dan Clarke [20]. Klarifikasi dan verifikasi hasil wawancara dilakukan dengan partisipan untuk memastikan keakuratan data. Setelah hasil wawancara terkumpul, data ditranskripsi dan dibaca ulang guna memperoleh pemahaman yang lebih mendalam. Selanjutnya, peneliti mengidentifikasi kata kunci untuk pengodean data (*coding*), yang kemudian diperiksa dan dikategorikan guna mengidentifikasi tema potensial. Tema-tema yang ditemukan selanjutnya diperiksa kembali untuk memastikan kesesuaiannya dengan data dan pertanyaan penelitian. Selanjutnya dilakukan penentuan ruang lingkup, fokus, serta penamaan tema yang informatif dan representatif. Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan dari Komite Etik Penelitian Kesehatan Poltekkes Kemenkes Bandung: No.12/KEPK/EC/VI/2024. Pada penelitian ini, peneliti mempertimbangkan potensi bias terkait teknik *purposive sampling* yang digunakan karena bergantung pada pertimbangan subyektif peneliti dalam memilih partisipan. Untuk meminimalkan hal tersebut, peneliti menetapkan kriteria inklusi yang ketat seperti keterlibatan langsung dalam pelayanan prakonsepsi dan pengalaman kerja minimal tiga tahun. Selain itu, variasi partisipan dari dua puskesmas dan Dinas Kesehatan Kota Bandung bertujuan untuk menangkap perspektif yang beragam. Validitas data juga diperkuat melalui triangulasi metode dan *member checking*.

## HASIL

**Tabel 1. Profil Demografi Partisipan Bidan dan Pemangku Kepentingan (n=18)**

Karakteristik	n (%)
Usia	
<30	1 (5,6)
30-39,9	4 (22,2)
40-49,9	7 (38,9)
≥50	6 (33,3)
Pendidikan terakhir	
D3	7 (38,9)
Sarjana	8 (44,4)
Profesi	3 (16,7)
Lama kerja (tahun)	
3-10	2(11,1)
15-19,9	5 (27,8)
20-29,9	6 (33,3)
30-39,9	5 (27,8)

Tabel 1 menjelaskan informasi demografi dari 18 partisipan, yang terdiri dari 15 orang bidan, 1 orang kepala puskesmas dan 2 orang PIC program dari Dinas Kesehatan Kota Bandung.

Temuan yang diperoleh dalam penelitian ini adalah berasal dari pengalaman dan pandangan semua partisipan yang disusun berdasarkan persamaan dan perbedaannya. Konsep kunci yang diekstraksi terdiri dari 24 kode, 8 subtema/kategori, dan 2 tema (Tabel 2).

**Tabel 2. Pandangan dan Pengalaman Terkait Pelayanan Prakonsepsi dan Perspektif Bidan dan Pemangku Kepentingan**

Konsep yang diambil dari wawancara partisipan		
Tema	Subtema/Kategori	Kode
1. Pandangan dan Pengalaman Bidan terkait Pelayanan Prakonsepsi	1.1 Pandangan dan pengalaman bidan dalam memberikan pelayanan prakonsepsi	1.1.1 Pentingnya program dan edukasi pelayanan prakonsepsi 1.1.2 Pelayanan prakonsepsi pada remaja 1.1.3 Keterbatasan fokus dan jangkauan pelayanan prakonsepsi
	1.2 Strategi untuk meningkatkan pelayanan prakonsepsi	1.2.1 Sosialisasi dan edukasi kepada masyarakat 1.2.2 Advokasi kepada pemangku kepentingan 1.2.3 Peningkatan motivasi dan komitmen tenaga kesehatan
	1.3 Tantangan dalam pelayanan prakonsepsi	1.3.1 Kendala akses dan waktu dalam edukasi dan konseling prakonsepsi 1.3.2 Keterbatasan kompetensi, SDM dan kendala administrasi 1.3.3 Keterbatasan kebijakan
	1.4 Harapan terkait pelayanan prakonsepsi	1.4.1 Program prakonsepsi semakin diprioritaskan 1.4.2 Program pelayanan lebih terfokus 1.4.3 Penambahan SDM bidan di puskesmas 1.4.4 Adanya media edukasi khusus prakonsepsi
2. Pandangan dan Tantangan Pemangku kepentingan terhadap Program Prakonsepsi	2.1 Pentingnya program prakonsepsi dan sasaran pelayanan	2.1.1 Pentingnya program prakonsepsi 2.1.2 Sasaran pemeriksaan prakonsepsi 2.1.3 Perluasan sasaran edukasi prakonsepsi
	2.2 Kesenjangan kebijakan dan implementasi program prakonsepsi	2.2.1 Kurangnya sosialisasi kebijakan 2.2.2 Ketergantungan pada program <i>top-down</i> 2.2.3 Prioritas yang masih terbatas
	2.3 Strategi integrasi program prakonsepsi di tengah keterbatasan	2.3.1 Strategi edukasi prakonsepsi yang aktif dan berbasis keluarga 2.3.2 Justifikasi risiko untuk mendukung kebijakan prakonsepsi
	2.4 Tantangan dalam implementasi program prakonsepsi	2.4.1 Tantangan sumber daya dan pembiayaan 2.4.2 Kendala pendataan dan koordinasi lintas sektoral 2.4.3 Rendahnya kesadaran masyarakat

**Tema 1: Pandangan dan Pengalaman Bidan terkait Pelayanan Prakonsepsi**

**1.1 Pandangan dan pengalaman bidan dalam memberikan pelayanan prakonsepsi**

**1.1.1 Pentingnya program dan edukasi pelayanan prakonsepsi**

Bidan menyatakan bahwa pelayanan prakonsepsi penting untuk mendukung kehamilan sehat, mencegah risiko kesehatan seperti stunting dan anemia, serta meningkatkan perencanaan kehamilan. Beberapa bidan menekankan pentingnya edukasi dalam pelayanan ini.

*“Pemeriksaan prakonsepsi persiapan interval kalau menurut saya penting karena dengan pemeriksaan yang betul, dengan pemeriksaan yang baik akan bisa membuat perencanaan kehamilan yang baik.”* (Bidan 1)

*“Sangat penting kalau menurut saya, karena kita deteksi dini untuk yang katanya bisa terjadi stunting, anemia gitu ya... Jadi perlu sekali, adanya pelayanan prakonsepsi.”* (Bidan 8)

*“Pelayanan prakonsepsi itu biasanya banyaknya pasiennya yang konsultasi mungkin ya, sehingga diberikan pengarahan dulu misalnya jarak persalinan, usianya terus dikasih tau kapan jarak yang bagus atau usia yang bagus.”* (Bidan 6)

#### 1.1.2 Pelayanan prakonsepsi pada remaja

Bidan juga melihat pentingnya memberikan pelayanan dan edukasi kepada remaja melalui program posyandu remaja atau kunjungan ke sekolah. Edukasi ini bertujuan untuk memberikan pemahaman awal tentang kesehatan reproduksi. Hal tersebut tergambar dari pengalaman bidan sebagai berikut:

*“Dimulai dari program remaja, itu suka ada posyandu remaja, kita udah jalan.”* (Bidan 3)

*“Kalau misalnya enggak dikasih pengertian dari sekarang dia penasaran nyoba-nyoba jadi akhirnya ya enggak baik juga gitu kan.”* (Bidan 7)

#### 1.1.3 Keterbatasan fokus dan jangkauan pelayanan prakonsepsi

Pelayanan prakonsepsi saat ini cenderung lebih terfokus pada calon pengantin, meninggalkan kelompok seperti pasangan usia subur yang sudah memiliki anak. Pemeriksaan pada catin sering kali menjadi syarat administrasi pernikahan. Beberapa bidan menyatakan:

*“Kalau di kami itu ada program namanya catin, nah disitu kami melakukan berbagai selain pemeriksaan fisik dan sebagainya, di situ ada edukasi.”* (Bidan 2)

*“Di kita programnya tuh ada namanya catin ya (calon pengantin) dan itu memang udah kerja sama dengan pemerintah, KUA terutama.”* (Bidan 4)

Pelayanan prakonsepsi pada masa interval, seperti pada pasangan yang ingin memiliki anak kedua atau ketiga, cenderung dilakukan secara informal dan terbatas. Hal ini sering kali dilakukan melalui interaksi singkat, seperti pada kunjungan KB. Beberapa bidan membagikan pengalamannya:

*“Kalau misalnya itu pasien yang memang ketemunya di Poli ‘Oh saya mau dibuka KB-nya’ misalnya karena mau hamil. Itu kita edukasi yang tadi, sama sih kurang lebihnya, persiapan kehamilan yang baik itu seperti apa. Tidak ada pemeriksaan, gitu, paling edukasi aja..”* (Bidan 2)

*“Prakonsepsi itu bergabung dengan hamil atau di KB, jadi tidak ada poli khusus edukasi prakonsepsi.”* (Bidan 3)

*“Kalau pelayanan secara khusus mah tidak... cuman itu mah kayak obrolan selingan aja.”* (Bidan 6)

### 1.2 Tantangan dalam pelayanan prakonsepsi

#### 1.2.1 Keterbatasan kebijakan

Kurangnya kebijakan khusus untuk layanan prakonsepsi untuk interkonsepsi membuat pelayanan ini kurang prioritas. Hal ini terungkap melalui beberapa pernyataan partisipan:

*“Cuman program pemerintah sendiri belum ada nih kebijakan kalau prakonsepsi pada wanita antara dilakukan pemeriksaan, belum ada kebijakan itu.”* (Bidan 2)

*“Emang tidak ada program khusus gitu dari pemerintah. Jadi program utama dari pemerintah adalah yang catin, calon pengantin aja.”* (Bidan 10)

#### 1.2.2 Keterbatasan SDM, kendala administrasi, dan kompetensi

Kekurangan tenaga kesehatan menjadi salah satu hambatan utama dalam memberikan

pelayanan prakonsepsi secara optimal. Beberapa bidan mengeluhkan:

*"SDM-nya sedikit...kami hanya 13 orang sementara idealnya 16."* (Bidan 2)

*"SDMnya yang kurang ya Bu. Kita kan bidan hanya 11 dengan posisi PONE. Jadi, untuk kita terjun ke lapangan memberikan edukasi itu teh kayaknya waktunya tidak memungkinkan karena SDMnya yang sedikit. Karena kan kayak sekarang jaga berdua atau jaga kadang sendiri ke sana sini, belum pencatatan pelaporan, jadi kita itu keteteran gitu."* (Bidan 13)

Beban administrasi yang tinggi dan kurangnya pelatihan juga menjadi kendala dalam pelayanan prakonsepsi. Hal ini tergambar dari beberapa pernyataan dari partisipan:

*"Paling hambatannya itu banyak pencatatan dan pelaporan aja."* (Bidan 3)

*"Untuk laporannya, kadang kita susah input data karena enggak ada form khusus untuk yang interval ini."* (Bidan 10)

*"Untuk nambah ilmu ya pelatihan lagi... Apa itu, bagaimana, ilmu harus refresinglah."* (Bidan 11)

*"Keterbatasan pengetahuan saya mungkin ya untuk bila terjadi sebuah kendala seperti itu. Jadi saya pun harus menambah ilmu. harusnya seperti apa jika memang diketemukan pada pasangan atau prakonsepsi yang memang sudah bermasalah seperti itu."* (Bidan 5)

### 1.2.3 Kendala akses dan waktu dalam edukasi serta konseling prakonsepsi

Akses terhadap layanan prakonsepsi masih rendah, terutama untuk pasangan yang tidak menyadari pentingnya pemeriksaan ini. Beberapa pernyataan bidan mengindikasikan hal tersebut:

*"Yang datang biasanya yang punya riwayat kehamilan bermasalah seperti keguguran berulang, riwayat sesar, atau darah tinggi."* (Bidan 1)

*"Biasanya kalau untuk yang hamil kedua, ketiga itu jarang yang mengakses pelayanan."* (Bidan 14)

Keterbatasan waktu menjadi tantangan dalam memberikan konseling yang komprehensif kepada pasien. Hal itu terungkap dari beberapa pernyataan bidan:

*"Iya masalah waktu. Soalnya kita kalau edukasi itu kan tidak sebentar gitu untuk pasiennya, minimal pasien harus paham, itu juga udah lumayan kan Bu."* (Bidan 12)

*"Sebenarnya yang bagus itukan kita konseling itu semuanya dikasih atau diketahui semuanya ya, tapi karena kita terbatas gitu ya."* (Bidan 15)

## 1.3 Strategi untuk meningkatkan pelayanan prakonsepsi

### 1.3.1 Sosialisasi dan edukasi kepada masyarakat

Sosialisasi dan edukasi dianggap sebagai langkah utama untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya pemeriksaan prakonsepsi. Berbagai pendekatan, seperti penyuluhan di posyandu, integrasi layanan primer (ILP), dan pelibatan kader dinilai efektif dalam menjangkau masyarakat. Beberapa bidan berpendapat:

*"Sosialisasi berarti paling ya, masyarakat kan belum sadar ya, karena mereka belum menyadari."* (Bidan 1)

*"Sekarang dengan adanya ILP ini kita kan melayani semua ya. Pusling yang berpusat di situ yang berfungsi untuk membantu masyarakat biar tidak perlu ke puskesmas untuk mendapatkan pelayanan."* (Bidan 13)

*"Harus sosialisasi lagi, penyuluhannya harus lebih lagi, harus melibatkan kader."*

(Bidan 4)

### 1.3.2 Advokasi kepada pemangku kepentingan

Advokasi kepada pemangku kepentingan diperlukan untuk memperkuat regulasi dan mendukung implementasi pelayanan prakonsepsi. Beberapa bidan mengemukakan:

*"Advokasi ke lintas program lintas sektor yang punya kebijakan gitu." (Bidan 9)*

*"Contohnya aja catin, kalau bukan dimasukkan jadi salah satu syarat nikah mungkin sampai sekarang enggak akan sebanyak itu yang datang buat periksa catin." (Bidan 4)*

### 1.3.3 Peningkatan motivasi dan komitmen tenaga kesehatan

Bidan menunjukkan komitmen untuk memberikan pelayanan yang optimal meskipun menghadapi berbagai tantangan. Hal ini terungkap dari bidan yang menyatakan:

*"Saya senang banget dengan adanya prakonsepsi masa interval... namun perlu penanggung jawab khusus." (Bidan 3)*

*"Saya mah pengennya justru alhamdulillah dengan kesempatan konseling ke catin itu ingin menyampaikan tentang bagaimana merencanakan kehamilan yang sehat." (Bidan 1)*

## 1.4 Harapan terkait pelayanan prakonsepsi

### 1.4.1 Program prakonsepsi semakin diprioritaskan

Bidan berharap agar program prakonsepsi mendapatkan prioritas yang lebih besar dalam layanan kesehatan sebagaimana yang disampaikan oleh beberapa bidan:

*"Harapan ya biar semua orang itu terpapar bahwa dengan adanya pelayanan prakonsepsi itu sangat penting untuk pertumbuhan masa depan nanti." (Bidan 8)*

*"Saya pinginnya program ini bisa masuk di mana-mana... seperti skrining yang digalakkan sekarang." (Bidan 12)*

### 1.4.2 Program pelayanan lebih terfokus

Bidan juga menginginkan agar pelayanan prakonsepsi memiliki jadwal dan fasilitas yang lebih terfokus, seperti ruangan dan hari khusus untuk melayani pasien. Hal ini dinilai dapat meningkatkan efektivitas layanan.

*"Harapannya paling ada hari khusus buat itu sih... dan ada ruangan khusus gitu." (Bidan 7)*

*"Mau nya sih diberi kesempatan sama puskesmas tuh khusus untuk prakonsepsi ini, ada waktunya gitu." (Bidan 11)*

### 1.4.3 Penambahan SDM bidan di puskesmas

Bidan berharap adanya penambahan SDM untuk mengurangi beban kerja dan meningkatkan kualitas layanan sebagaimana yang dinyatakan oleh beberapa bidan:

*"Yang pasti kecukupan secara administrasi kita kebutuhannya tercukupi dulu bidannya." (Bidan 2)*

*"Penambahan SDM yah yang paling utama. Karena sekarang tuh kayak buat penambahan SDM teh agak sulit ya Bu." (Bidan 13)*

### 1.4.4 Adanya media edukasi khusus prakonsepsi

Bidan menginginkan media edukasi seperti lembar balik untuk membantu proses edukasi sebagaimana pernyataan partisipan berikut:

*"Harapannya yang tadi ada lembar balik khusus tentang prakonsepsi supaya lebih terarah untuk ngasih edukasinya." (Bidan 9)*

*"Pakai itu bagus juga malah biar kitanya juga ngasah ilmu yaa, dengan lembar balik... Berdua bacanya ya kita sama pasien atau suaminya gitu."* (Bidan 11)

## **Tema 2: Pandangan dan Tantangan Pemangku Kepentingan terhadap Program Prakonsepsi**

### **2.1 Pentingnya program prakonsepsi dan sasaran pelayanan**

#### **2.1.1 Pentingnya program prakonsepsi**

Pemangku kepentingan menekankan bahwa program prakonsepsi memiliki peran penting dalam mempersiapkan kehamilan yang sehat, mencegah komplikasi, serta mengurangi risiko kematian ibu dan bayi. Program ini tidak hanya relevan bagi calon pengantin, tetapi juga bagi semua wanita usia subur. Hal ini diungkapkan oleh beberapa partisipan:

*"Ya perlu gitu untuk mempersiapkan kehamilan itu tersendiri agar nantinya ya jangan sampai menjadi suatu komplikasi ataupun nanti juga berujung ke kematian ibu ataupun bayi."* (PIC Program 1, Dinkes)

*"Saya rasa memang diperlukan, terutama contoh kalau anak pertamanya lahir secara caesar maka kapan ibu itu siap untuk hamil kembali, termasuk edukasi bahwa ada jarak."* (Kepala Puskesmas)

#### **2.1.2 Sasaran pemeriksaan prakonsepsi**

Pemeriksaan prakonsepsi dinilai penting untuk ibu dan ayah, terutama untuk mendeteksi risiko kesehatan seperti HIV, sifilis, dan hepatitis. Pemangku kepentingan menegaskan pentingnya triple eliminasi untuk mencegah penyebaran penyakit melalui pemeriksaan calon pengantin. Beberapa partisipan menyatakan:

*"Sebetulnya ayahnya juga perlu ya apalagi kalau kita ngomongin triple eliminasi. Ya si bapaknya juga menurut saya sih perlu juga ada pemeriksaan."* (Kepala Puskesmas)

*"Jadi kalau triple eliminasi itu justru dimulai catin. Semua dijaring baik pasangan perempuan atau pasangan laki-laki."* (PIC Program 1, Dinkes)

#### **2.1.3 Perluasan sasaran edukasi prakonsepsi**

Pemangku kepentingan menekankan perlunya memperluas sasaran edukasi, tidak hanya kepada calon ibu dan ayah, tetapi juga kepada keluarga besar yang sering memengaruhi keputusan reproduksi. Edukasi kepada remaja juga dianggap penting sebagai langkah awal. Hal ini sebagaimana yang disampaikan beberapa partisipan:

*"Kalau kultur kita mungkin enggak cukup ibu dan suami ya, keluarga juga ya karena banyak sekali pengambilan keputusan di Indonesia terutama kaya di Sunda gitu ya masih dipengaruhi oleh keputusan dari orang tua."* (Kepala Puskesmas)

*"Edukasi di sekolah itu harusnya tidak hanya untuk murid perempuannya, harus juga dengan murid laki-lakinya."* (PIC Program 2, Dinkes)

### **2.2 Kesenjangan kebijakan dan implementasi program prakonsepsi**

#### **2.2.1 Kurangnya sosialisasi kebijakan**

Banyak pemangku kepentingan yang belum memahami secara mendalam kebijakan nasional terkait prakonsepsi, termasuk isi Permenkes No. 21 Tahun 2021. Minimnya sosialisasi dan panduan teknis di tingkat daerah menjadi hambatan utama sebagaimana yang diungkapkan oleh partisipan:

*"Sepanjang pengetahuan saya belum ada memang kebijakan yang mengatur persiapan pra konsepsi di luar pemeriksaan catin. Saya malah belum pernah baca."*

*Harapannya sih ada sosialisasi yang terstruktur terkait Permenkes tadi mungkin ya, kemudian juga mudah-mudahan ada pelatihan atau peningkatan kompetensi untuk para pelaksana pelayanan prakonsepsi ini.” (Kepala Puskesmas)*

### 2.2.2 Ketergantungan pada program *top-down*

Pelaksanaan program prakonsepsi bergantung pada arahan dari tingkat pusat melalui Kemenkes dan Dinas Kesehatan setempat. Menurut partisipan, program yang belum memiliki panduan sulit untuk diimplementasikan di lapangan seperti yang terungkap dari beberapa pernyataan:

*“Mungkin harus berkonsultasi dengan dinas kesehatan karena untuk kebijakan di tingkat kota ini dilakukan itu kan harus keluarnya dari dinas kesehatan.” (Kepala Puskesmas)*

*“Dari Kemenkes juga belum ada. Kita menjalankan program itu kan emang arahan dari Kemenkes.” (PIC Program 1, Dinkes)*

### 2.2.3 Prioritas yang masih terbatas

Program prakonsepsi belum menjadi prioritas utama dibandingkan isu lain seperti stunting. Hal ini menyebabkan kurangnya perhatian terhadap akar masalah yang dapat dicegah melalui prakonsepsi sebagaimana yang tergambar dalam pernyataan partisipan:

*“Harusnya mah sejalan ya, pentingnya sama karena akhirnya ke stunting tuh. Hulunya itu sebenarnya mah prakonsepsi itu.” (PIC Program 2, Dinkes)*

*“Enggak usah ke puskesmas ya, Dinkes aja deh kayaknya memang enggak seperti stunting mungkin ya, jadi makanya enggak prioritas.” (PIC Program 1, Dinkes)*

## 2.3 Strategi integrasi program prakonsepsi di tengah keterbatasan

### 2.3.1 Strategi edukasi prakonsepsi yang praktis dan berbasis keluarga

Edukasi kepada keluarga besar menjadi salah satu strategi untuk mendukung keputusan reproduksi pasangan. Selain itu, pendekatan praktis seperti edukasi berbasis kelompok usia diusulkan untuk meningkatkan akses informasi. Beberapa pernyataan partisipan terkait hal ini:

*“Kalau kultur kita mungkin enggak cukup ibu dan suami ya, keluarga juga ya karena banyak sekali pengambilan keputusan di Indonesia.” (Kepala Puskesmas)*

*“Ketika seorang ibu nih udah melahirkan dibantu disiapkan nanti mau anak keduanya jarak berapa tahun dan sebagainya.” (Kepala Puskesmas)*

*”Boleh kalau untuk webinar mah bisa kita masukin nih untuk pentingnya pra konsepsi.” (PIC program 1, Dinkes)*

### 2.3.2 Justifikasi risiko untuk mendukung kebijakan prakonsepsi

Partisipan juga mengungkapkan bahwa untuk menjadikan prakonsepsi sebagai prioritas nasional, diperlukan justifikasi risiko kesehatan. Data dan kajian risiko dapat digunakan sebagai dasar advokasi. Beberapa penjelasan partisipan:

*“Ketika ini dirasa penting, pemangku kepentingan harus bisa mengeluarkan reasoning mengapa prakonsepsi ini risikonya tinggi.” (Kepala Puskesmas)*

*”Kita punya kegiatan AMP AMPSR ya kan, itu kan nanti membuat rekomendasi. Nantinya pengkajian AMP kita mengundang lintas sektor kemudian ahli-ahli gitu, mungkin nanti kita coba suarakan ini penting. Hasil pengkajian kita itu memang kebanyakan ibu justru enggak ber-KB. Kemudian mungkin dikaitkan juga penyumbang kematian itu memang biasanya itu lebih dari 4, lebih dari 3 gravidanya gitu. Ke depan kita mencoba sounding sama pimpinan untuk pengembangan.”*

*Karena memang sebenarnya berdasarkan informasi, di Kota Bandung itu lagi banyak sekali kehamilan itu justru di usia-usia pendidikan dasar akhir.” (PIC program 1, Dinkes)*

## 2.4 Tantangan dalam implementasi program prakonsepsi

### 2.4.1 Tantangan sumber daya dan pembiayaan

Keterbatasan sumber daya manusia dan pembiayaan menjadi kendala utama dalam implementasi program prakonsepsi. Skrining prakonsepsi juga belum sepenuhnya ditanggung BPJS, sehingga mengurangi aksesibilitas masyarakat. Berikut pernyataan dari beberapa partisipan:

*“Masalahnya tuh BPJS juga memang mengunci yang namanya skrining seperti ini tidak bisa mereka cover.” (PIC Program 1, Dinkes)*

*“Kesulitannya Bu untuk melakukan hal-hal yang sifatnya standar minimal saja ini kita udah agak pontang-panting, ya karena biasa masalah pasti keterbatasan SDM.” (Kepala Puskesmas)*

### 2.4.2 Kendala pendataan dan koordinasi lintas sektoral

Pendataan calon pengantin dan pasangan usia subur masih menghadapi kendala, terutama untuk data dari lembaga keagamaan non-KUA. Kurangnya integrasi data menghambat evaluasi program secara menyeluruh sebagaimana yang disampaikan partisipan:

*“Kalau yang untuk catin ini, kita belum dapat data yang dari lembaga selain KUA.” (PIC Program 1, Dinkes)*

### 2.4.3 Rendahnya kesadaran masyarakat

Kurangnya pemahaman masyarakat tentang pentingnya prakonsepsi menjadi tantangan besar, bahkan untuk layanan dasar seperti ANC. Hal ini terungkap dari beberapa pernyataan partisipan:

*“Janganlah ngomong pra konsepsi istilahnya, ibu hamil aja kita ada persalinan nih yang datang tanpa pernah ANC dimanapun. Jadi kalau ditanya apa tantangan terbesar ya itu bagaimana mengedukasi masyarakat bahwa itu penting, gitu.” (Kepala Puskesmas)*

*“Tapi masyarakatnya itu sebenarnya enggak tahu, emang pemahaman dari masyarakat itu sendiri yang jadi ‘gong’ utama. Kita sudah berupaya, tapi kalau masyarakat juga ‘ah apa emang penting’...” (PIC program 1, Dinkes)*

## PEMBAHASAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa tenaga kesehatan, khususnya bidan, memiliki kesadaran akan pentingnya layanan prakonsepsi dalam mendukung kehamilan yang sehat dan mencegah komplikasi seperti anemia dan stunting. Namun, implementasi layanan ini masih difokuskan pada calon pengantin dan belum menjangkau pasangan usia subur pada masa interkonsepsi. Temuan ini sejalan dengan Ukoha dan Mtshali di Afrika Selatan yang menemukan bahwa fokus layanan lebih diarahkan pada kelompok risiko tinggi, sementara wanita sehat usia reproduktif jarang dilibatkan [21].

Kebijakan yang berlaku seperti PMK No. 21 Tahun 2021 belum terimplementasi secara menyeluruh di lapangan. Bidan menyatakan belum memiliki panduan teknis dan pelatihan yang cukup dalam memberikan layanan prakonsepsi untuk kelompok interkonsepsi. Hal ini juga dilaporkan oleh Maas et al dan Magdaleno et al, bahwa tenaga kesehatan merasa kurang percaya diri dalam memberikan layanan karena keterbatasan pengetahuan dan pelatihan berkelanjutan [22], [23]. Munthali et al juga menyebutkan bahwa kurangnya integrasi layanan prakonsepsi ke dalam sistem

pelatihan formal tenaga kesehatan menjadi hambatan utama [24].

Selain faktor internal tenaga kesehatan, kesadaran masyarakat juga menjadi tantangan signifikan. Partisipan menyampaikan bahwa wanita sering kali tidak datang untuk pemeriksaan prakonsepsi, kecuali saat mengalami kesulitan hamil atau telah hamil. Studi Woldeyohannes et al dan Schoenaker et al menyebutkan rendahnya pemanfaatan layanan prakonsepsi disebabkan oleh minimnya pengetahuan, persepsi bahwa layanan hanya diperlukan saat hamil, serta belum tersosialisasikannya pentingnya perencanaan kehamilan sejak jauh hari [25], [26].

Tantangan lainnya adalah keterbatasan waktu dan sumber daya manusia (SDM). Bidan harus membagi waktu antara pelayanan klinis dan administratif, mengurangi waktu untuk konseling prakonsepsi. Ini sejalan dengan penelitian Admiraal dan Maas et al yang menemukan bahwa keterbatasan waktu, jumlah tenaga kesehatan yang minim, serta beban kerja administratif menghambat penyediaan layanan secara optimal [22], [27].

Strategi yang diusulkan dalam penelitian ini termasuk sosialisasi berbasis komunitas melalui posyandu remaja, advokasi kepada pemangku kebijakan agar menjadikan skrining prakonsepsi sebagai bagian wajib dalam pernikahan, serta peningkatan pelatihan untuk tenaga kesehatan. Maas et al dan Subasinghe et al menegaskan efektivitas strategi edukasi komunitas dan pendekatan regulatif dalam memperluas cakupan layanan [22], [28].

Dari sisi kebijakan, pendekatan *top-down* yang tidak dibarengi sosialisasi cukup kepada pelaksana lapangan menyebabkan ketidaktahuan akan eksistensi kebijakan prakonsepsi. Ndou et al dan Nacev et al melaporkan bahwa ketidaktahuan terhadap kebijakan menyebabkan program berjalan stagnan dan kebijakan kesehatan reproduksi sering kali tidak terintegrasi secara optimal dalam layanan kesehatan primer [29], [30]. Selain itu, karena isu prakonsepsi belum dipandang sepenting isu lain seperti stunting, layanan ini belum menjadi prioritas dalam alokasi anggaran atau sumber daya. Khekade et al menyoroti terbatasnya dukungan kebijakan dan rendahnya prioritas menyebabkan kurangnya perhatian serta dukungan dari pembuat kebijakan terhadap layanan prakonsepsi [31].

Kontribusi penting lain dari penelitian ini adalah mengangkat keterbatasan dalam sistem pendanaan. Saat ini, layanan skrining prakonsepsi belum dijamin oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), sehingga biaya menjadi kendala bagi masyarakat kurang mampu. Studi Teshome et al menemukan bahwa biaya pribadi menjadi penghalang utama dalam akses layanan prakonsepsi, memperburuk ketimpangan dalam kesehatan reproduksi [32].

Dari sisi pemangku kepentingan, penelitian ini menunjukkan bahwa edukasi dan sosialisasi perlu diperluas, tidak hanya kepada pasangan usia subur, tetapi juga kepada keluarga besar yang dalam konteks budaya Indonesia sering menjadi pengambil keputusan. Oleh karena itu, edukasi masyarakat secara luas menjadi kunci dalam membangun kesadaran kolektif. Penelitian ini juga menyoroti pentingnya pelatihan berkelanjutan dan sistem penghargaan bagi tenaga kesehatan agar tetap termotivasi memberikan layanan prakonsepsi, seperti ditunjukkan oleh Hristova-Atanasova et al bahwa pelatihan berkelanjutan dan penghargaan terhadap kontribusi tenaga kesehatan dapat memperkuat layanan kesehatan reproduksi di tingkat primer [33].

Temuan dari penelitian ini memberikan implikasi penting bagi penguatan sistem pelayanan kesehatan reproduksi, khususnya pada masa prakonsepsi yang selama ini masih belum menjadi prioritas dalam layanan primer. Dengan menyoroti kesenjangan implementasi antara kebijakan nasional dan realitas di lapangan, serta menegaskan perlunya integrasi edukasi berbasis keluarga dan pendekatan kontekstual, penelitian ini mendukung upaya transformasi layanan dari yang bersifat reaktif menjadi proaktif dan preventif.

Implikasi praktis dari penelitian ini antara lain adalah perlunya penyesuaian panduan teknis prakonsepsi di tingkat puskesmas, penyusunan strategi pelatihan berbasis kompetensi untuk bidan, dan penyusunan materi edukasi yang lebih inklusif dan mudah diakses masyarakat. Dari sisi kebijakan, hasil studi ini dapat digunakan sebagai dasar untuk mengadvokasi prioritas program prakonsepsi dalam agenda nasional kesehatan ibu, termasuk pengintegrasian layanan dalam sistem pembiayaan kesehatan.

Dengan demikian, penelitian ini tidak hanya memberikan gambaran situasional tentang tantangan dan strategi pelayanan prakonsepsi di kota besar, tetapi juga menawarkan arah kebijakan dan praktik yang dapat mendorong peningkatan kualitas layanan kesehatan ibu dan reproduksi di Indonesia secara lebih luas.

Kekuatan utama penelitian ini terletak pada pendekatannya yang menggali perspektif dari berbagai level pelaksana: bidan, kepala puskesmas, dan Dinas Kesehatan. Eksplorasi mendalam mengenai aspek kebijakan, sumber daya, dan strategi pelayanan memberikan gambaran utuh tentang kondisi layanan prakonsepsi di Kota Bandung. Namun demikian, penelitian ini hanya dilakukan di dua puskesmas PONED, yang belum mewakili variasi layanan di wilayah puskesmas non-PONED atau perdesaan. Selain itu, pendekatan kualitatif tidak memungkinkan generalisasi hasil. Penelitian lanjutan dapat dilakukan dengan pendekatan kuantitatif atau *mixed-method* pada wilayah yang lebih luas untuk memvalidasi temuan ini secara lebih menyeluruh. Perlu juga dilakukan eksplorasi terhadap pengalaman pasangan usia subur, termasuk laki-laki, agar strategi pelayanan lebih menyeluruh dan sensitif gender.

## SIMPULAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa bidan dan pemangku kepentingan memiliki pandangan yang seragam mengenai pentingnya pelayanan prakonsepsi dalam mendukung kehamilan sehat dan mencegah komplikasi. Namun, implementasinya masih terbatas pada calon pengantin, dengan berbagai kendala seperti minimnya kebijakan operasional, keterbatasan SDM, dan rendahnya kesadaran masyarakat. Strategi yang diidentifikasi meliputi penguatan edukasi berbasis keluarga dan komunitas, advokasi kebijakan, serta peningkatan kapasitas tenaga kesehatan.

Sebagai rekomendasi, hasil penelitian ini dapat diintegrasikan ke dalam program kesehatan reproduksi nasional melalui penyusunan panduan teknis yang lebih inklusif, pelatihan berkelanjutan untuk tenaga kesehatan, penyesuaian pembiayaan layanan prakonsepsi, serta perluasan cakupan edukasi prakonsepsi ke berbagai kelompok sasaran di tingkat layanan primer.

## UCAPAN TERIMAKASIH

Ucapan terima kasih disampaikan kepada Pusat Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Poltekkes Kemenkes Bandung atas dukungannya dalam kegiatan penelitian dan Kementerian Kesehatan RI yang telah mendanai penelitian ini. Penulis juga berterimakasih kepada pihak Dinas Kesehatan Kota Bandung dan Kepala Puskesmas yang sudah memfasilitasi kegiatan penelitian ini serta partisipan yang sudah ikut serta dalam kegiatan wawancara mendalam.

## DAFTAR RUJUKAN

- [1] Badan Pusat Statistik, "Hasil Sensus Penduduk 2020," 2020.
- [2] WHO United nations population Division, UNICEF, UNFPA, and World Bank Group, "*Trends in Maternal Mortality 2000-2017: Estimated by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division.*" 2019.
- [3] Kemenkes RI, *Profil Kesehatan Indonesia 2021*. 2022.
- [4] D. Ocviyanti and F. Darrell, "Causes of maternal mortality at tertiary teaching hospital in Jakarta, Indonesia: a nine-year retrospective survey," *Southeast Asian J. Trop. Med.*

- Public Health*, vol. 51, no. 6, pp. 795–802, 2020, [Online]. Available: <https://journal.seameotropmednetwork.org/index.php/jtropmed/article/view/152/170>.
- [5] A. Evensen, J. M. Anderson, and P. Fontaine, “Postpartum Hemorrhage: Prevention and Treatment,” *Am. Fam. Physician*, vol. 95, no. 7, pp. 442–449, Apr. 2017.
- [6] FIGO, “Predicting and preventing pre-eclampsia: the challenge,” *FIGO releases new guidelines to combat Pre-Eclampsia*, 2019. <https://www.figo.org/figo-releases-new-guidelines-combat-pre-eclampsia>.
- [7] L. C. Poon *et al.*, “The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention,” *Int. J. Gynaecol. Obstet.*, vol. 145 Suppl, no. Suppl 1, pp. 1–33, May 2019, doi: 10.1002/ijgo.12802.
- [8] Kementerian Kesehatan RI., “Laporan Nasional Riskesdas 2018,” 2019.
- [9] Kementerian Kesehatan RI., “Cegah stunting itu penting,” *Warta Kesmas*, Jakarta, Feb. 2018.
- [10] Kementerian Kesehatan RI., “Buku Saku Hasil Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2022,” Jakarta, 2022.
- [11] WHO, “Preconception care, regional expert group consultation,” New Delhi, 2014.
- [12] Kementerian Kesehatan RI., *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2021 tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan, dan masa sesudah melahirkan, pelayanan kontrasepsi, dan pelayanan kesehatan seksual*. Indonesia: Kementerian Kesehatan RI, 2021, pp. 5–8.
- [13] D. B. Fekene, B. S. Woldeyes, M. M. Erena, and G. A. Demisse, “Knowledge , uptake of preconception care and associated factors among reproductive age group women in West Shewa zone ,” *BMC Womens. Health*, vol. 20, no. 30, pp. 1–8, 2020.
- [14] T. L. Demisse, S. A. Aliyu, S. B. Kitila, T. T. Tafesse, K. A. Gelaw, and M. S. Zerihun, “Utilization of preconception care and associated factors among reproductive age group women in Debre Birhan town, North Shewa, Ethiopia,” *Reprod. Health*, vol. 16, no. 1, p. 96, 2019, doi: 10.1186/s12978-019-0758-x.
- [15] N. N. Ekem *et al.*, “Utilisation of preconception care services and determinants of poor uptake among a cohort of women in Abakaliki Southeast Nigeria,” *J. Obstet. Gynaecol. (Lahore)*, vol. 38, no. 6, pp. 739–744, Aug. 2018, doi: 10.1080/01443615.2017.1405922.
- [16] Kementerian Kesehatan RI., “Laporan kinerja direktorat kesehatan keluarga tahun anggaran 2021,” Jakarta, 2022.
- [17] W. Kurniawati, Y. Afiyanti, S. Prasetyo, E. L. Achadi, and K. Kumboyono, “The perspective of healthcare practitioners on preconception care at primary healthcare in Jakarta: A qualitative study,” *Int. J. Africa Nurs. Sci.*, vol. 15, p. 100351, 2021, doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2021.100351>.
- [18] M. Setegn Alie, T. Alemu, D. Alemayehu, Y. Negesse, and A. Gebremariam, “Preconception care utilization and associated factors among reproductive age women in Mizan-Aman town, Bench Sheko zone, Southwest Ethiopia, 2020. A content analysis,” *PLoS One*, vol. 17, no. 8, p. e0273297, 2022, doi: 10.1371/journal.pone.0273297.
- [19] R. Kasim, N. Draman, A. Abdul Kadir, and R. Muhamad, “Knowledge, Attitudes and Practice of Preconception Care among Women Attending Maternal Health Clinic in Kelantan,” *Educ. Med. J.*, vol. 8, no. 4, pp. 57–68, 2016, doi: DOI: 10.5959/eimj.v8i4.475.
- [20] V. Braun and V. Clarke, “Using thematic analysis in psychology,” *Qual. Res. Psychol.*, vol. 3, no. 2, pp. 77–101, Jan. 2006, doi: 10.1191/1478088706qp0630a.
- [21] W. C. Ukoha and N. G. Mtshali, “Perceptions and practice of preconception care by healthcare workers and high-risk women in south africa: A qualitative study,” *Healthc.*, vol. 9, no. 11, 2021, doi: 10.3390/healthcare9111552.
- [22] V. Y. F. Maas, M. Poels, I. M. Hölscher, E. H. van Vliet-Lachotzki, A. Franx, and M. P.

- H. Koster, "How to improve preconception care in a local setting? Views from Dutch multidisciplinary healthcare providers," *Midwifery*, vol. 107, Apr. 2022, doi: 10.1016/j.midw.2022.103274.
- [23] A. L. Magdaleno, S. Venkataraman, M. Dion, M. Rochon, G. Perilli, and M. A. Vengrove, "Preconception Counseling In Women With Diabetes By Primary Care Providers And Perceived Barriers To Initiating This Discussion.," *Endocr. Pract. Off. J. Am. Coll. Endocrinol. Am. Assoc. Clin. Endocrinol.*, vol. 26, no. 2, pp. 226–234, Feb. 2020, doi: 10.4158/EP-2019-0256.
- [24] M. Munthali, I. K. Chiumia, C. Mandiwa, and S. Mwale, "Knowledge and perceptions of preconception care among health workers and women of reproductive age in Mzuzu City, Malawi: a cross-sectional study," *Reprod. Health*, vol. 18, no. 1, pp. 1–10, 2021, doi: 10.1186/s12978-021-01282-w.
- [25] D. Woldeyohannes *et al.*, "Preconception care in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis on the prevalence and its correlation with knowledge level among women in the reproductive age group," *SAGE Open Med.*, vol. 11, 2023, doi: 10.1177/20503121231153511.
- [26] O. Righton, A. Flynn, N. A. Alwan, and D. Schoenaker, "Preconception health in adolescence and adulthood across generations in the UK: Findings from three British birth cohort studies," *PLoS One*, vol. 19, no. 12, 2024, doi: 10.1371/journal.pone.0299061.
- [27] L. A. C. Admiraal, A. N. Rosman, R. J. E. M. Dolhain, R. L. West, and A. G. M. G. J. Mulders, "Facilitators and barriers of preconception care in women with inflammatory bowel disease and rheumatic diseases: an explorative survey study in a secondary and tertiary hospital," *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 22, no. 1, Dec. 2022, doi: 10.1186/S12884-022-04560-Y.
- [28] A. K. Subasinghe, K. I. Black, E. Dorney, and J. A. Boyle, "Assessing preconception health in Australia to support better outcomes in the first 2000 days – A critical need for building a core indicator framework," *Aust. New Zeal. J. Obstet. Gynaecol.*, vol. 64, no. 5, pp. 514–518, 2024, doi: 10.1111/ajo.13815.
- [29] N. P. Ndou *et al.*, "Factors Related to the Implementation of Preconception Care Recommendations in Selected Districts of Limpopo Province: A Qualitative Study," *Healthc.*, vol. 11, no. 18, 2023, doi: 10.3390/healthcare11182586.
- [30] E. C. Nacev, M. Z. Greene, M. P. Taboada, and D. B. Ehrenthal, "Factors Influencing Provider Behavior Around Delivery of Preconception Care.," *Matern. Child Health J.*, vol. 26, no. 7, pp. 1567–1575, Jul. 2022, doi: 10.1007/s10995-022-03411-8.
- [31] H. Khekade, A. Potdukhe, A. B. Taksande, M. B. Wanjari, and S. Yelne, "Preconception Care: A Strategic Intervention for the Prevention of Neonatal and Birth Disorders," *Cureus*, vol. 15, no. 6, 2023, doi: 10.7759/cureus.41141.
- [32] F. Teshome, Y. Kebede, F. Abamecha, and Z. Birhanu, "Why do women not prepare for pregnancy? Exploring women's and health care providers' views on barriers to uptake of preconception care in Mana District, Southwest Ethiopia: a qualitative study," *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 20, no. 1, p. 504, 2020, doi: 10.1186/s12884-020-03208-z.
- [33] E. Hristova-Atanasova, G. Iskrov, and R. Stefanov, "Family Planning and Preconception Care Service Management: The Key Role of Bulgarian GPs," *Healthc.*, vol. 12, no. 11, 2024, doi: 10.3390/healthcare12111096.