

**DETERMINAN KEHAMILAN TIDAK DIINGINKAN DI INDONESIA
(ANALISIS DATA SEKUNDER RISKESDAS 2013)**

*Determinant of Unintended Pregnancies in Indonesia
(Secondary Data Analysis of Basic Health Reserach 2013)*

Ika Saptarini*, Suparmi

Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat,

*E-mail: ika_med@yahoo.co.id

Abstract

Background: Preventing unintended pregnancies were critical factor to reduce induced abortions and other adverse effects such as premature birth, low birth weight and maternal child morbidity and mortality.

Objective: The aim of the study was to assess determinants of unintended pregnancies in Indonesia.

Method: This study was a cross-sectional study using secondary data from Basic Health Reseach 2013. The sample study was women have been pregnant in the last three years before survey, which accounted as 53,668 women. The backward logistic regression was used for analysis.

Result: Education, residence, place of living, parity, pregnancy complications, contraception used, and disease history were determinants of unintended pregnancies in Indonesia.

Conclusion: Mothers with high parity, current or past use of contraceptives and pregnancy complications were likely to experience unintended pregnancies. Therefore, screening and counseling during antenatal care, especially for mothers who had high risk or history of disease was needed to prevent complications from an unintended pregnancy.

Keywords: unintended pregnancy, screening, counseling, determinants

Abstrak

Latar belakang: Pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan sangat penting untuk mengurangi kejadian aborsi dan dampak merugikan lainnya seperti kelahiran prematur, BBLR serta kesakitan dan kematian ibu dan anak.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui determinan kehamilan tidak diinginkan di Indonesia.

Metode: Penelitian ini merupakan analisis data sekunder Riskesdas Tahun 2013 dengan desain potong lintang. Sampel dalam penelitian ini adalah perempuan yang memiliki riwayat kehamilan dalam tiga tahun terakhir sebelum survei, sejumlah 53.668 responden. Data dianalisis secara multivariat dengan regresi logistik metode *backward*.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan pendidikan, tempat tinggal, status hidup bersama, paritas, komplikasi kehamilan, penggunaan kontrasepsi dan riwayat penyakit berhubungan dengan kehamilan tidak diinginkan di Indonesia.

Kesimpulan: Ibu dengan paritas tinggi, sedang atau pernah menggunakan kontrasepsi dan mengalami komplikasi kehamilan cenderung merupakan kehamilan tidak diinginkan. Oleh karena itu, skrining dan konseling pada saat *antenatal care* terutama bagi ibu-ibu yang memiliki resiko tinggi atau riwayat penyakit diperlukan untuk mencegah gangguan kehamilan dari kehamilan yang tidak diinginkan.

Kata kunci: kehamilan tidak diinginkan, skrining, konseling, determinan

PENDAHULUAN

Setiap tahun diperkirakan sekitar 80 juta wanita mengalami kejadian kehamilan tidak diinginkan.¹ Kehamilan tidak diinginkan yang meliputi kehamilan tidak tepat waktu (*mistimed pregnancy*) dan tidak dikehendaki (*unwanted pregnancy*) merupakan salah satu masalah yang penting dan perlu mendapat perhatian, terutama di negara-negara berkembang. Kehamilan tidak diinginkan akan mendorong terjadinya keguguran atau pengguguran (aborsi), berat badan lahir rendah serta kelahiran prematur. Hal ini tentu juga memberikan dampak meningkatnya risiko untuk kematian ibu dan anak. Kehamilan yang tidak diinginkan memberikan dampak serius dan merugikan di bidang kesehatan, sosial dan ekonomi.²

Di bidang layanan kesehatan juga mendapatkan dampak negatif karena pada kehamilan yang tidak diinginkan ibu memiliki kecenderungan untuk tidak memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan yang berkompeten, imunisasi yang tidak adekuat serta perilaku menyusui yang kurang benar. Di bidang sosial ekonomi dengan berkurangnya kejadian tidak diinginkan dapat meningkatkan kesejahteraan baik pada ibu maupun anak-anak mereka.³ Jika dihubungkan dengan target *Millenium Development Goal's* (MDGs) maka dengan adanya penurunan kehamilan tidak diinginkan akan membantu pencapaian target MGs ke 4 dan 5 yaitu di bidang kesehatan ibu dan anak.⁴

Kehamilan tidak diinginkan dapat disebabkan perilaku tidak sehat dan kondisi pada saat sebelum atau selama kehamilan seperti perkosaan, kurangnya pengetahuan mengenai kontrasepsi, terlalu banyak anak, alasan kesehatan, janin cacat, usia muda atau belum siap mempunyai anak, pasangan tidak bertanggung jawab atau hubungan dengan pasangan belum mantap. Selain itu, kejadian kehamilan tidak diinginkan berhubungan erat dengan berbagai aspek seperti kondisi sosio-demografi keluarga, budaya serta kepercayaan yang ada di masyarakat. Program pemerintah dalam kesehatan reproduksi seperti program keluarga berencana dan kesehatan reproduksi remaja yang kurang berhasil diperkirakan sebagai salah satu pemicu terjadinya kehamilan tidak diinginkan. Selain disebabkan

kegagalan KB kasus kehamilan tidak diinginkan juga bisa dialami oleh mereka yang tidak menggunakan kontrasepsi dalam 3 bulan terakhir padahal mereka termasuk aktif secara seksual.⁵

World Health Organization (WHO) memperkirakan dari 200 juta kehamilan pertahun, sekitar 38 persen (75 juta) merupakan kehamilan tidak diinginkan.¹ Dari data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2012 (SDKI 2012) didapatkan bahwa 7 persen kelahiran diharapkan kemudian dan 7 persen kelahiran tidak diinginkan sama sekali.⁶ Beberapa penelitian menunjukkan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kejadian kehamilan tidak diinginkan antara lain daerah tempat tinggal, usia ibu, paritas, jumlah anak hidup, jarak kelahiran, status penggunaan alat kontrasepsi dan status ekonomi.⁷ Dengan masih tingginya prevalensi kehamilan yang tidak diinginkan, maka perlu untuk mengetahui determinan kehamilan yang tidak diinginkan sebagai salah satu langkah untuk menurunkan risiko terjadinya kehamilan tidak diinginkan di Indonesia.

METODE

Desain penelitian ini adalah potong lintang dan merupakan analisis lanjut data sekunder Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013 (Riskesdas 2013). Populasi dalam penelitian ini adalah sampel individu Riskesdas 2013 yaitu perempuan usia 10–54 tahun berasal dari seluruh provinsi di Indonesia. Kriteria inklusi adalah ibu yang hamil atau melahirkan dalam periode tiga tahun sebelum survei. Instrumen dan cara pengumpulan data pada studi ini memanfaatkan hasil pengumpulan data Riskesdas 2013 yang dilakukan dengan wawancara menggunakan instrument kuesioner RKD13.RT dan RKD13.IND.

Variabel dependen adalah kehamilan tidak diinginkan, yang dibagi menjadi dua kategori yaitu kehamilan diinginkan dan tidak diinginkan. Kehamilan tidak diinginkan meliputi kehamilan tidak tepat waktu (ingin menunda) dan tidak menginginkan sama sekali.

Variabel independen meliputi status sosio-demografi ibu, status kesehatan serta pelayanan kesehatan yang diterima ibu. Status sosio-demografi meliputi umur ibu saat hamil, pendidikan, pekerjaan, tempat tinggal, status ekonomi dan status tinggal bersama pasangan. Status kesehatan ibu dan pelayanan kesehatan ibu meliputi paritas, komplikasi kehamilan yang dialami responden, riwayat penggunaan kontrasepsi, riwayat penyakit yang pernah atau sedang dialami serta pelayanan kesehatan ibu hamil yang diterima ibu selama kehamilan. Umur ibu saat kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok yaitu 10-20 tahun, 20-35 tahun dan 35-54 tahun. Pendidikan dibagi menjadi tiga kelompok yaitu tidak sekolah-SD, SLTP-SLTA, D1-Perguruan Tinggi. Pekerjaan dibagi menjadi dua kelompok yaitu bekerja dan tidak bekerja. Tempat tinggal dibagi menjadi dua kelompok, perkotaan dan pedesaan. Status ekonomi dibagi menjadi tiga yaitu status ekonomi bawah, menengah dan atas. Status tinggal bersama pasangan dibagi menjadi tiga kelompok, yaitu tinggal bersama, hidup terpisah dan tidak berlaku. Tidak berlaku artinya responden belum menikah atau janda.

Definisi paritas dalam penelitian ini adalah jumlah anak yang telah dilahirkan oleh ibu. Paritas dibagi menjadi 3 yaitu 0-1, 2-4 dan ≥ 5 anak. Komplikasi kehamilan dibagi menjadi dua kelompok yaitu kehamilan dengan komplikasi dan kehamilan tanpa komplikasi. Riwayat penggunaan kontrasepsi dibagi menjadi tiga kelompok yaitu menggunakan, pernah menggunakan dan tidak pernah menggunakan sama sekali. Riwayat penyakit ibu dibagi menjadi dua, dimana ibu yang dianggap memiliki riwayat penyakit bila menderita salah satu penyakit antara lain kanker, diabetes mellitus (kencing manis), hipertiroid, hipertensi (tekanan darah tinggi), jantung koroner, gagal jantung, atau stroke.

Seluruh variabel dianalisis dengan Stata versi 12. Analisis multivariat dilakukan dengan regresi logistik ganda menggunakan metode backward dengan signifikansi 5% dan 95% rentang kepercayaan (*confidence interval*), sehingga dapat diperoleh determinan kehamilan tidak diinginkan. Seleksi kandidat variabel pada analisis bivariat dilakukan dengan regresi logistik sederhana dengan signifikansi 25%.

HASIL

Prevalensi kehamilan tidak diinginkan sebesar 15 persen. Hasil ini tidak berbeda jauh dari hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2012 yang menemukan kehamilan tidak diinginkan sebesar 14 persen yang terdiri dari 7 persen kehamilan tidak tepat waktu dan 7 persen kehamilan tidak dikehendaki.

Analisis biavariat terhadap status sosio-demografi menunjukkan bahwa umur, pendidikan, tempat tinggal, status perkawinan dan status hidup bersama dimasukkan dalam model multivariat ($p < 0.25$) kejadian kehamilan tidak diinginkan di Indonesia (Tabel 1).

Pada Tabel 2 menunjukkan bahwa variabel paritas, komplikasi kehamilan, riwayat penggunaan kontrasepsi, dan riwayat penyakit yang diderita dimasukkan dalam model multivariat ($p < 0.25$) kejadian kehamilan tidak diinginkan di Indonesia.

Dalam proses analisis multivariat, semua variabel yang terseleksi dengan $p < 0,25$ diikuti dalam model. Hasil analisis regresi logistik ganda, menunjukkan bahwa faktor determinan kehamilan yang tidak diinginkan adalah pendidikan, tempat tinggal, status hidup bersama, paritas, komplikasi kehamilan, penggunaan kontrasepsi dan riwayat penyakit (Tabel 3).

Tingkat pendidikan yang lebih tinggi menjadi faktor pencegah kehamilan tidak diinginkan di Indonesia. Hasil analisis menunjukkan bahwa ibu dengan pendidikan tinggi (Diploma/PT) memiliki risiko lebih rendah untuk terjadi kehamilan tidak diinginkan bila dibandingkan dengan ibu dengan pendidikan rendah (Tidak sekolah/Tidak tamat SD/MI/Tamat SD). Selain itu, perempuan yang tinggal di pedesaan memiliki risiko lebih rendah untuk terjadi kehamilan tidak diinginkan bila dibandingkan dengan perempuan yang tinggal di perkotaan.

Ibu yang tinggal terpisah dengan pasangan memiliki risiko 1,32 kali untuk terjadi kehamilan tidak diinginkan dibanding denan ibu yang hidup bersama pasangannya. Ibu dengan status janda atau belum menikah memiliki risiko 1,45 kali lebih tinggi daripada ibu dengan status janda atau belum menikah

dibanding dengan ibu yang hidup bersama. Ibu dengan paritas 2-4 memiliki kemungkinan terjadi kehamilan tidak diinginkan 2,5 kali dibanding dengan ibu dengan paritas 0-1, kemungkinan ini meningkat menjadi 7 kali

lebih besar pada ibu dengan paritas ≥ 5 anak. Ibu yang mengalami kehamilan dengan komplikasi kemungkinan 1,28 kali mengalami kehamilan tidak diinginkan dibanding dengan ibu tanpa komplikasi.

Tabel 1. Analisis bivariat hubungan faktor sosio-demografi dengan kejadian kehamilan tidak diinginkan, Riskesdas 2013

Variabel	Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)				Crude odds ratio	95% CI	p-value
	Tidak		Ya				
	n	%	n	%			
Umur (tahun)							
10 - 19	1691	88,6	217	11,4	1,00	Referensi	
20 - 35	34667	87,0	5179	13,0	1,50	1,21 – 1,87	0,000
36 - 54	9179	77,0	2735	23,0	3,55	2,84 – 4,44	0,000
Pendidikan							
Tidak sekolah/Tidak tamat SD/MI/Tamat SD	17044	83,8	3297	16,2	1,00	Referensi	
Tamat SLTP/SLTA	23748	85,0	4188	15,0	0,83	0,77 – 0,89	0,000
Tamat D1/D2/D3/PT	4745	88,0	646	12,0	0,64	0,56 – 0,73	0,000
Pekerjaan							
Tidak bekerja	27782	84,6	5057	15,4	1,00	Referensi	
Bekerja	17755	85,2	3074	14,8	0,97	0,91 – 1,05	0,489
Tempat tinggal							
Perkotaan	20740	83,8	3998	16,2	1,00	Referensi	
Perdesaan	24797	85,7	4133	14,3	0,85	0,79 – 0,91	0,000
Status hidup bersama							
Tinggal bersama pasangan	42467	85,1	7450	14,9	1,00	Referensi	
Tinggal berpisah	2490	82,7	520	17,3	1,08	0,94 – 1,24	0,279
Tidak berlaku	580	78,3	161	21,7	1,31	1,01 – 1,70	0,037
Status perkawinan							
Menikah	44589	85,0	7866	15,0	1,00	Referensi	
Lainnya	948	78,2	265	21,8	1,22	0,99 – 1,50	0,060
Status sosio-ekonomi							
Bawah	17178	84,4	3174	15,6	1,00	Referensi	
Menengah	8866	84,8	1587	15,2	0,95	0,87 – 1,05	0,327
Atas	19493	85,3	3370	14,7	0,94	0,87 – 1,01	0,093

Pada pasangan dengan riwayat pernah menggunakan kontrasepsi memiliki risiko lebih tinggi 1,45 kali untuk mengalami kehamilan tidak diinginkan dibanding dengan pasangan yang tidak pernah menggunakan kontrasepsi sama sekali. Sedangkan ibu yang sedang menderita penyakit memiliki risiko 1,44 kali untuk mengalami kehamilan tidak diinginkan dibanding dengan ibu tanpa penyakit.

PEMBAHASAN

Tingkat pendidikan ibu berhubungan dengan kejadian kehamilan tidak diinginkan di Indonesia. Semakin tinggi tingkat pendidikan

ibu maka risiko terjadinya kehamilan tidak diinginkan juga semakin menurun. Dengan kata lain pendidikan akan mengurangi risiko kehamilan tidak diinginkan. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan di India yang menunjukkan semakin tinggi tingkat pendidikan ibu maka kehamilan tidak diinginkan semakin menurun. Tingkat pendidikan seorang perempuan berkaitan dengan kemampuan dirinya untuk menangkap informasi yang ada seperti kesadaran, nilai keuntungan keluarga kecil serta pengetahuan tentang kontrasepsi dan keluarga berencana. Perempuan buta huruf atau dengan pendidikan rendah lebih rentan mengalami kehamilan tidak diinginkan karena kemampuan mereka menangkap informasi guna pencegahan

terhadap kejadian kehamilan tidak diinginkan lebih rendah dibandingkan dengan mereka yang memiliki pendidikan lebih tinggi.³ Pada studi intervensi yang dilakukan di Bandung juga menunjukkan bahwa pengetahuan mengenai pencegahan kejadian kehamilan tidak diinginkan berbeda signifikan antara kelompok kontrol dan kelompok eksperimen yang mendapatkan informasi dan pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi seperti keluarga berencana dan kontrasepsi.⁸ Penelitian di Tanzania menunjukkan bahwa pendidikan rendah merupakan faktor risiko terjadinya kehamilan tidak diinginkan.⁹ Pada wanita dengan pendidikan tinggi memiliki peluang untuk memiliki pekerjaan lebih baik dibanding dengan mereka yang memiliki pendidikan lebih rendah sehingga mereka memikirkan alternatif cara untuk dapat mencegah kehamilan yang tidak diinginkan karena dianggap akan menghambat karir pekerjaan mereka. Namun beberapa penelitian lainnya seperti di Kenya dan Nigeria menunjukkan bahwa pendidikan tidak memiliki hubungan dengan kehamilan tidak diinginkan. Alasannya mengapa demikian karena kemungkinan hal ini tidak hanya terkait dengan daerah tempat tinggal namun juga faktor yang lain seperti pendapatan keluarga atau status ekonomi keluarga.^{10,11}

Kehamilan tidak diinginkan lebih rentan terjadi di daerah perkotaan dibandingkan daerah pedesaan. Tingkat urbanisasi di Indonesia termasuk sangat cepat. Saat ini sekitar separuh penduduk Indonesia telah tinggal di kawasan perkotaan. Persentase penduduk di daerah perkotaan meningkat dari 42,1 persen pada tahun 2000, menjadi 49,8 persen pada tahun 2010.¹² Pertumbuhan penduduk yang pesat di perkotaan ini juga mengakibatkan banyaknya pengangguran dan daerah kumuh yang dapat meningkatkan risiko kejadian kehamilan tidak diinginkan. Penelitian yang dilakukan di Nairobi, Kenya menunjukkan bahwa dengan tingkat kepadatan penduduk yang tinggi akan mengakibatkan terjadinya *urban poor area*. Penduduk di daerah *urban poor* ini akan lebih rentan terhadap risiko perilaku seksual yang tidak aman.¹³ Penelitian yang dilakukan di New York, Amerika Serikat mendapatkan bahwa kejadian kehamilan tidak diinginkan lebih tinggi terjadi di daerah *urban poor* karena di daerah ini tingkat kemiskinan dan pengangguran masih tinggi sehingga meningkatkan kejadian kehamilan tidak diinginkan.¹⁴ Pada daerah *urban poor* juga lebih sulit untuk mendapatkan akses pendidikan serta informasi kesehatan reproduksi seperti tentang kontrasepsi dan pencegahan kehamilan tidak diinginkan.¹⁵

Tabel 2. Analisis bivariat hubungan faktor status kesehatan ibu dan pelayanan kesehatan dengan kejadian kehamilan tidak diinginkan, Riskesdas 2013

Variabel	Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)				Crude odds ratio	95% CI	p-value
	Tidak		Ya				
	n	%	n	%			
Paritas							
0-1	15982	91,8	1430	8,2	1,00	Referensi	
2-4	26636	83,2	5375	16,8	2,61	2,39 – 2,86	0,000
5-14	2919	68,8	1326	31,2	7,45	6,55 – 8,48	0,000
Jumlah janin							
Tunggal	45163	84,9	8061	15,1	1,00	Referensi	
Kembar	374	84,2	70	15,8	1,14	0,74 – 1,75	0,563
Komplikasi kehamilan							
Tanpa komplikasi	39944	85,5	6791	14,5	1,00	Referensi	
Dengan komplikasi	5593	80,7	1340	19,3	1,37	1,24 – 1,51	0,000
Penggunaan kontrasepsi							
Tidak pernah menggunakan	9008	88,0	1234	12,0	1,00	Referensi	
Sedang menggunakan	26586	84,6	4847	15,4	1,63	1,47 – 1,81	0,000
Pernah menggunakan	9943	82,9	2050	17,1	1,82	1,62 – 2,05	0,000
Riwayat penyakit							
Tanpa penyakit	42867	85,4	7333	14,6	1,00	Referensi	
Menderita penyakit	2670	77,0	798	23,0	1,86	1,64 – 2,11	0,000

Status hidup bersama dengan pasangan memberikan hubungan bermakna dengan kejadian kehamilan tidak diinginkan di Indonesia. Perempuan dengan status janda dan belum menikah lebih rentan mengalami kejadian kehamilan tidak diinginkan dibandingkan perempuan yang menikah dan tinggal bersama pasangannya. Penelitian yang dilakukan di Kenya mendapatkan bahwa kejadian kehamilan tidak diinginkan lebih tinggi terjadi pada wanita yang belum menikah dan pernah menikah (janda) dibanding perempuan menikah.¹⁰ Pada perempuan belum menikah atau janda memiliki risiko mengalami seks berisiko lebih tinggi dibandingkan perempuan yang tinggal bersama pasangannya. Perempuan yang tidak menikah

atau janda melakukan aktivitas seksual sebagai kebutuhan biologis dan kesenangan namun bukan bertujuan untuk memiliki anak sehingga kehamilan tidak diinginkan lebih tinggi pada kelompok ini. Stigma negatif juga akan dikenakan oleh masyarakat pada pasangan tinggal terpisah dan janda atau yang belum menikah yang mempunyai anak sehingga pada kelompok ini lebih rentan terjadi kehamilan tidak diinginkan.⁴ Pada penelitian yang dilakukan di New York dan Harar Ethiopia juga menemukan bahwa pada perempuan yang tidak menikah, hidup terpisah atau janda peluang terjadinya kehamilan tidak diinginkan lebih tinggi dibandingkan perempuan yang menikah dan hidup bersama pasangannya.^{14,16}

Tabel 3. Analisis multivariat determinan kehamilan tidak diinginkan di Indonesia, Riskesdas 2013

Variabel	Adjusted Odds Ratio	95% CI	p-value
Pendidikan ibu			
Tidak sekolah/Tidak tamat SD/MI/Tamat SD	1,00	Referensi	
Tamat SLTP/SLTA	0,97	0,90 – 1,05	0,473
Tamat D1/D2/D3/PT	0,79	0,68 – 0,91	0,001
Tempat tinggal			
Perkotaan	1,00	Referensi	
Perdesaan	0,75	0,70 – 0,81	0,000
Status hidup bersama			
Tinggal bersama pasangan	1,00	Referensi	
Tinggal berpisah	1,32	1,14 – 1,53	0,000
Tidak berlaku	1,45	1,11 – 1,90	0,007
Paritas			
0-1	1,00	Referensi	
2-4	2,52	2,30 – 2,77	0,000
5-14	7,33	6,42 – 8,37	0,000
Komplikasi kehamilan			
Tanpa komplikasi	1,00	Referensi	
Dengan komplikasi	1,28	1,15 – 1,42	0,000
Penggunaan kontrasepsi			
Tidak pernah menggunakan	1,00	Referensi	
Sedang menggunakan	1,28	1,14 – 1,42	0,000
Pernah menggunakan	1,45	1,28 – 1,64	0,000
Riwayat penyakit			
Tanpa penyakit	1,00	Referensi	
Menderita penyakit	1,44	1,27 – 1,64	0,000

Paritas memiliki hubungan bermakna dengan kejadian kehamilan tidak diinginkan. Semakin banyak anak yang pernah dilahirkan maka semakin tinggi kemungkinan terjadinya kehamilan tidak diinginkan. Hasil SDKI 2012 menunjukkan bahwa proporsi kehamilan tidak dikehendaki juga meningkat seiring urutan

anak yang dilahirkan.⁵ Penelitian di Ethiopia dan India juga mendapatkan bahwa semakin banyak anak yang pernah dilahirkan kemungkinan terjadinya kehamilan diinginkan juga semakin besar. Perempuan yang memiliki banyak anak namun tetap hamil dan kehamilan tersebut tidak diinginkan kemungkinan

dikarenakan kebutuhan kontrasepsi yang tidak terpenuhi (*unmet need*) atau karena dampak kegagalan kontrasepsi. Pada ibu yang telah melahirkan banyak anak juga merasakan bahwa jumlah anak yang ada telah mencapai jumlah ideal sehingga dengan adanya kehamilan lagi maka kemungkinan menjadi kehamilan tidak diinginkan juga lebih besar.^{3,17} Pada penelitian yang dilakukan di Nairobi, Kenya mendapatkan bahwa paritas berhubungan dengan kejadian kehamilan tidak diinginkan. Namun hal ini hanya berlaku di daerah kumuh (*slum area*) saja namun paritas tidak berhubungan dengan kejadian kehamilan tidak diinginkan di daerah non kumuh. Hal ini karena faktor ini tidak dapat berdiri sendiri namun lebih dikuatkan dengan kondisi sosio-demografi.¹⁰ Pemerintah telah mempromosikan program dua anak cukup. Dengan adanya program ini diharapkan masyarakat semakin menyadari arti penting anak dalam keluarga sehingga kejadian kehamilan tidak diinginkan juga dapat menurun karena promosi pencegahan kehamilan tidak diinginkan juga ada dalam program ini.¹⁸

Komplikasi kehamilan berhubungan dengan kejadian kehamilan tidak diinginkan. Ibu yang mengalami kehamilan dengan komplikasi lebih memungkinkan mengalami kehamilan tidak diinginkan dibanding dengan ibu tanpa komplikasi. Penelitian di Iran menunjukkan bahwa komplikasi kehamilan berhubungan dengan kejadian kehamilan tidak diinginkan. Pada kehamilan dengan komplikasi hal ini akan membuat ibu lebih merasa depresi.¹⁹ Secara fisiologis, pada saat kehamilan akan terjadi perubahan hormon yang membuat perasaan ibu lebih sensitif. Pada kehamilan dengan penyulit juga akan berlangsung lebih berat dibanding dengan kehamilan tanpa penyulit. Hal ini akan menambah beban psikologis ibu pada kehamilan dengan penyulit sehingga membuat kehamilan menjadi tidak diinginkan.²¹ Kehamilan tidak diinginkan sendiri juga berdampak pada komplikasi kehamilan ibu. Komplikasi kehamilan dapat meliputi mual muntah berlebih (*hyperemesis gravidarum*), *preeclampsia*, perdarahan serta penyakit yang dapat diinduksi oleh kehamilan antara lain gangguan kejiwaan. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa *hyperemesis gravidarum* merupakan upaya bawah sadar ibu sebagai bentuk penolakan terhadap kehamilan

yang dialami.²¹ Pada kehamilan tidak diinginkan juga berhubungan dengan ketidakcukupan pelayanan *antenatal care* yang dapat berdampak pada meningkatnya morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi baik selama kehamilan maupun setelah melahirkan.¹⁹ Analisis lanjut RISKESDAS 2010 menunjukkan bahwa kondisi kesehatan ibu baik pada saat sebelum hamil dan selama kehamilan termasuk penyulit yang dialami menjadi alasan mengapa kehamilan tidak diinginkan.²²

Penggunaan kontrasepsi berhubungan dengan kejadian kehamilan tidak diinginkan di Indonesia. Pada pasangan yang sedang menggunakan kontrasepsi modern lebih mungkin mengalami kehamilan tidak diinginkan dibanding dengan pada pasangan yang tidak pernah menggunakan kontrasepsi modern, dan kemungkinan ini meningkat pada pasangan yang pernah menggunakan kontrasepsi modern. Hasil ini sejalan dengan penelitian di India melaporkan bahwa pada pasangan yang menggunakan kontrasepsi kemungkinan terjadinya kehamilan tidak diinginkan lebih tinggi dibandingkan pada pasangan yang tidak menggunakan kontrasepsi.³ Pasangan yang sedang menggunakan kontrasepsi namun terjadi kehamilan tidak diinginkan mungkin disebabkan karena kegagalan kontrasepsi yang dipakai. Kegagalan kontrasepsi adalah kasus terjadinya kehamilan pada akseptor aktif yang pada saat tersebut menggunakan metode kontrasepsi. Kegagalan kontrasepsi ini dapat diakibatkan karena kegagalan metode kontrasepsi itu sendiri atau karena ketidakpatuhan dan ketidaksempurnaan akseptor dalam memakai kontrasepsi. Dari data rutin Kementerian Kesehatan Tahun 2012 didapatkan persentase kegagalan kontrasepsi di Indonesia sebesar 0,006 persen. Namun dengan persentase kecil ini memberikan pengaruh besar terhadap terjadinya kehamilan tidak diinginkan.²³ Pada pasangan yang pernah menggunakan kontrasepsi dan mengalami kehamilan tidak diinginkan mungkin disebabkan ketidakberlangsungan pemakaian (*drop out*) penggunaan kontrasepsi modern yang mereka pakai. Pada jenis non metode kontrasepsi jangka panjang (Non MKJP) seperti kondom, pil dan suntik tingkat kepatuhan yang lebih rendah dibandingkan jenis metode kontrasepsi jangka panjang

(MKJP) seperti spiral (IUD), implant (susuk) dan sterilisasi baik pria maupun wanita (MOP/MOW). SDKI 2012 menunjukkan bahwa di Indonesia penggunaan kontrasepsi suntik masih menjadi yang tertinggi. Dari Data Riskesdas 2013 juga menunjukkan bahwa penggunaan MKJP masih sebesar 10 persen, jauh lebih rendah dengan penggunaan Non MKJP yang sebesar 49 persen.^{5,24} Analisis lanjut SDKI 2007 menemukan bahwa *drop out* penggunaan Non MKJP (kondom, pil dan suntik) lebih tinggi dibandingkan kelompok MKJP.²⁵ Penelitian di Perancis menemukan bahwa *Long Acting Reversible Contraceptive Methods* (LARCs) memiliki angka keberlangsungan lebih tinggi dibandingkan metode lainnya.²⁶ Biaya MKJP juga lebih rendah dibandingkan Non MKJP sehingga jenis kontrasepsi MKJP sesungguhnya lebih terjangkau untuk penduduk dengan tingkat ekonomi yang rendah.²⁷ *Drop out* pemakaian kontrasepsi juga mungkin disebabkan karena efek samping kontrasepsi yang dialami akseptor.

Riwayat penyakit ibu berhubungan dengan kejadian kehamilan tidak diinginkan di Indonesia. Ibu yang sedang menderita penyakit lebih berisiko mengalami kejadian kehamilan tidak diinginkan dibandingkan ibu tanpa penyakit. Ada beberapa penyakit yang dapat menjadi penyulit atau *co-morbid* pada saat kehamilan. Seperti Kanker, Diabetes mellitus, Hipertensi, ASMA dan Stroke. Pada studi yang dilakukan di Amerika didapatkan bahwa perempuan yang menderita penyakit terutama penyakit kronis akan lebih mungkin mengalami kehamilan tidak diinginkan.²⁸ Studi yang dilakukan di California pada perempuan dengan penyakit kronis (hipertensi, diabetes dengan obesitas) menemukan bahwa mereka tidak ingin mendapatkan kehamilan kembali dikarenakan kondisi kesehatan mereka.²⁹ Pada saat kehamilan akan terjadi perubahan fisiologis pada tubuh ibu. Perubahan fisiologis ini seperti resistensi insulin yang meningkat, peningkatan volume darah (*hypervoemic*) sehingga menyebabkan kerja jantung meningkat serta hiperkoagulasi karena perubahan dalam faktor-faktor pembekuan darah. Pada perempuan sehat pada umumnya perubahan ini akan mampu ditoleransi dengan baik sehingga tidak sampai menimbulkan penyulit kehamilan. Namun pada perempuan dengan penyakit kronis, penyakitnya akan

memperberat kondisi kehamilan sehingga mudah terjadinya penyulit kehamilan. Penyulit-penyulit yang dapat timbul karena penyakit kronis antara lain preeklampsia, *deep venous thrombosis* (DVT), *quiescent autoimmune disease* (penyakit auto imun), *cholestasis* (batu empedu), diabetes gestasional dan *peripartum cardiomyopathy*.³⁰ Kondisi penyakit ini juga akan berpengaruh pada janin yang dikandung. Pada studi yang dilakukan Poremania, Swedia menemukan bahwa kondisi penyakit kronis ibu berhubungan dengan kelahiran prematur.³¹ Selain itu kondisi penyakit ibu dapat menimbulkan berat badan bayi lahir rendah serta peluang bayi dirawat di *Neonatal Intensive Care Unit* (NICU) juga meningkat karena penyulit bayi pada saat dilahirkan juga meningkat.³² Analisis lanjut Riskesdas 2010 juga menunjukkan bahwa alasan kesehatan ibu menjadi alasan mengapa kehamilan menjadi tidak diinginkan.²²

KESIMPULAN

Determinan kehamilan tidak diinginkan di Indonesia adalah tingkat pendidikan ibu, daerah tempat tinggal, status hidup bersama pasangan, paritas, komplikasi kehamilan, penggunaan kontrasepsi dan penyakit yang diderita ibu. Informasi dan edukasi bagaimana pencegahan kejadian kehamilan tidak diinginkan masih perlu ditingkatkan.

SARAN

Program pelayanan kesehatan reproduksi telah ada, namun hal ini masih perlu ditingkatkan dengan melibatkan berbagai pihak lintas sektor. *Screening* dan konseling awal (prakonsepsi) juga perlu dilakukan terutama perempuan berisiko atau menderita penyakit dapat memperberat kondisi kehamilan untuk mencegah terjadinya kehamilan tidak diinginkan. Konseling terhadap ibu dengan dengan penyulit juga harus dilakukan selama kunjungan *antenatal care* agar kehamilan dapat berjalan lancar. Hal ini dapat dilakukan selama kunjungan *antenatal care*. Peningkatan kualitas pelayanan kontrasepsi juga masih harus dilakukan. Informasi mengenai penggunaan kontrasepsi terutama MKJP

dalam mencegah kehamilan tidak diinginkan masih harus ditingkatkan di Indonesia. Untuk mencegah terjadinya *drop out* dan kegagalan kontrasepsi perlu dilakukan konseling awal mengenai efek samping kontrasepsi yang mungkin timbul.

UCAPAN TERIMAKASIH

Ucapan terimakasih kami ucapkan kepada Kepala Badan Litbangkes atas kesempatan yang diberikan untuk menulis artikel dari Data Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013, Dwi Hapsari Tjandarini dan Olwin Nainggolan atas bantuannya dalam menyiapkan data.

Daftar Pustaka

1. Glasier A, Gulmezoglu AM, Schmid GP, Moreno CG, Van Look PF. 2006. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *Lancet* vol 368(9547):1595-1607.
2. Marston C, Cleland J. 2003. Do Unintended Pregnancies Carried to Term Lead to Adverse Outcomes for Mother and Child? An Assessment in Five Developing Countries. *Popul Stud* vol 57(1):77-93.
3. Dixit P, Ram F, Dwivedi LK. 2012. Determinants of unwanted pregnancies in India using matched case-control designs. *Pregnancy and Childbirth* vol 12:84.
4. Singh S, Sedgh G, and Hussain R. 2010. Unintended Pregnancy: Worldwide Levels, Trends, and Outcomes. *Studies in Family Planning* vol 41[4]: 241-250
5. BKKBN. 2008. Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) di Kalangan PUS di Bali. Jakarta: BKKBN.
6. Badan Pusat Statistik (BPS) dan Macro International. 2012. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012. Calverton, maryland, USA : BPS dan Macro International.
7. Goicolea I, Sebastian MS. 2010. Unintended Pregnancy in The Amazon Basin of Ecuador: A Multilevel Analysis. *International Journal for Equity in Health* vol 9:14
8. Iryanti. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Reproduksi Melalui Metode Pendidikan Sebaya Terhadap Pengetahuan dan Sikap Remaja dalam Pencegahan Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) di SMKN 15 Kotamadya Bandung. *Jurnal Kesehatan Kartika Stikes A. Yani*. <http://www.stikesayani.ac.id/publikasi/e-journal/files/2009/200912/200912-004.pdf>
9. Calvert C, Baisley B, Doyle AM, Maganja K, Changalucha J, Watson-Jones D, Hayes RJ, Ross DA. 2013. Risk factors for unplanned pregnancy among young women in Tanzania. *Journal Family Planning Reproductive Health Care* vol 39:e2
10. Ikamari L, Izugbara C, Ochako R. 2013. Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancy among Women in Nairobi, Kenya. *BMC Pregnancy and Childbirth* vol 13:69
11. Sedgh G, Bankole A, Oye-Adeniran B, Adewole IF, Singh S, Hussain R. 2006. Unwanted Pregnancy and Associated Factors among Nigerian Women. *Int Fam Plan Perspect*. Vol 32(4):175-184.
12. BKKBN. 2013. Profil Kependudukan dan Pembangunan di Indonesia Tahun 2013. BKKBN. Jakarta: 2013
13. Beguy D, Mumah J, Gottschalk L. 2014. Unintended pregnancies among young women living in urban slums: Evidence from a prospective study in Nairobi city, Kenya. *PLoS One*. Vol 9(7): e101034.
14. Besculides M, Laraque L. 2004. Unintended Pregnancy among the Urban Poor. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Vol. 81, No. 3
15. Mumah J, Kabiru CW, Izugbara C, Mukiira C. 2014. Coping with Unintended Pregnancies: Narratives from Adolescents in Nairobi's Slums. *Kenya Research Report April 2014*. UKAID: 2014.
16. Worku K, Fantahun M. 2006. Unintended pregnancy and induced abortion in a town with accessible family planning services: The case of Harar in eastern Ethiopia. *Ethiop.J.Health Dev*. Vol 20(2):79-83
17. Habte D, Teklu S, Melese T, Magafu MGMD. 2013. Correlates of Unintended Pregnancy in Ethiopia: Results from a National Survey. *PLOS ONE* Volume 8 Issue 12.
18. BKKBN. 2008. Dua Anak Cukup. Gemari Edisi 86 Tahun IX.

- <http://www.gemari.or.id/file/edisi86/gemari8629.PDF>
19. Najafian M, Karami KB, Cheraghi M, Jafari M. 2011. Prevalence of and Some Factors Relating with Unwanted Pregnancy, in Ahwaz City, Iran, 2010. 2011. ISRN Obstetrics and Gynecology Volume 2011
 20. Dibaba Y, Fantahun M, Hindun MJ. 2013. The Association of Unwanted Pregnancy and Social Support with Depressive Symptoms in Pregnancy: Evidence of Rural Southwestern Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth* vol 13:135
 21. Lee NM, Saha S. 2011. Nausea and Vomiting of Pregnancy. *Gastroenterol Clinical North America* vol 40(2): 309–vii
 22. Pranata S, Sadewo S. 2012. Kejadian Keguguran, Kejadian Tidak Direncanakan dan Pengguguran di Indonesia. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan – Vol. 15 No. 2* :180–192
 23. Kemenkes RI, BKKBN, UNFPA. 2013. Rencana Aksi Nasional Pelayanan Keluarga Berencana 2014-2015. Kemenkes RI. Jakarta
 24. Badan Litbangkes. 2013. Riset Kesehatan Dasar 2013. Litbangkes. Jakarta: 2013
 25. BKKBN. 2009. Analisis Lanjut SDKI 2007: Kelangsungan Pemakaian Kontrasepsi. BKKBN. Jakarta
 26. Diamond-Smith N, Moreau C, Bishaia D. What is the Best Way to Reduce Unintended Pregnancies? A Micro Simulation of Contraceptive Switching, Discontinuation and Failure Patterns in France. *Stud Fam Plann.* 2014 December ; 45(4): 429–441. doi:10.1111/j.1728-4465.2014.00006.x.
 27. BKKBN. 2011. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Penggunaan MKJP di Enam Wilayah Indonesia. BKKBN. Jakarta
 28. Vahratian A, Lawrence JM, Barber JS, Kim C. 2009. Family-Planning Practices Among Women With Diabetes and Overweight and Obese Women in the 2002 National Survey for Family Growth. *Diabetes Care*, Volume 32, Number 6.
 29. Chuang CH, Velott DL, Weisman CS. 2010. Exploring Knowledge and Attitudes Related to Pregnancy and Preconception Health in Women with Chronic Medical Conditions. *Maternal Child Health Journal.* Vol 14(5): 713–719
 30. Kaaja RJ, Greer IA. 2005. Manifestations of Chronic Disease during Pregnancy. *The Journal of American Medicine* Vol 294, No. 21
 31. Kersten I, Lange AE, Haas JP, Fusch C, Lode H, Hoffmann W, Thyrian JR. 2014. Chronic diseases in pregnant women: prevalence and birth outcomes based on the SNIp-study. *BMC Pregnancy and Childbirth* vol 14:75
 32. Michigan Department of Community Health. Preconception Chronic Disease and Birth Outcomes in Michigan, 2009-2010. http://www.michigan.gov/documents/infantmortality/PRAMS_Fact_Sheet_Preconception_Chronic_Disease_Birth_Outcomes_Final_440126_7.pdf