PENGARUH STATUS KEHAMILAN TIDAK DIINGINKAN TERHADAP PERILAKU IBU SELAMA KEHAMILAN DAN SETELAH KELAHIRAN DI INDONESIA(ANALISIS DATA SDKI 2012)

Effect of Unintended Pregnancy towards Mothers' Behaviour during Prenatal and Postnatal in Indonesia (An Analysis of IDHS 2012)

Lisa Indrian Dini[1*], Pandu Riono[2] , Ning Sulistiyowati[3]

[1] Kesehatan Reproduksi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia
[2]Departemen Biostatistik dan Kependudukan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia;
[3]Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat, Badan Litbangkes

*E-mail: lisa.indrian@ui.ac.id/lisa.indrian87@gmail.com

Abstract

Background: *The status of unintended pregnancies is an important concern as unintended pregnancy can affect mother and infant health.*
Objective: *This study aimed to determine the description and influence of unintended pregnancies towards mothers' behaviour during prenatal and postnatal within different economic status.*
Methods: *An analysis of secondary data from Indonesian Demographic and Health Survey (IDHS) 2012 is conducted. A sample of 11.742 respondents qualified into inclusive criteria were women aged 15-49 years who had pregnant and gave birth to single births since January 2007 until the time of the survey. The analysis was performed with logistic regression and stratified multivariate logistic regression.*
Results: *The results showed that mothers who experienced an unintended pregnancy were 1.79 more likely to not conduct prenatal care compared to those who didn't, and had the same opportunities of not having behaviour of exclusive breastfeeding and not giving complete basic immunization as those who didn't. The study also obtained results that behaviour of obstetric care, exclusive breastfeeding and complete basic immunization also influenced by economic status.*
Conclusion: *Unintended pregnancy affected behaviour of antenatal care (ANC) visit whereas exclusive breastfeeding and complete basic imunization were not different compare to intended pregnancy. Effect unintended pregnanvy toward materna; behavior's mother are vary according economics status.*

Keyword: *unintended pregnancy, antenatal care, exclusive breastfeeding, complete basic immunization*

Abstrak

Pendahuluan: Status kehamilan tidak diinginkan menjadi penting karena dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan bayi yang akan dilahirkannya dan kelangsungan hidupnya.
Tujuan: Penelitian bertujuan untuk mengetahui gambaran dan pengaruh kehamilan tidak diinginkan terhadap perilaku ibu selama kehamilan dan setelah kelahiran menurut status status ekonomi
Metode: Analisis data sekunder dari Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012. Sampel sebanyak 11.742 responden yang memenuhi syarat inklusi (wanita usia 15-49 tahun pernah hamil dan melahirkan kelahiran tunggal, masih hidup dan melahirkan sejak Januari 2007 sampai survei. Analisis dengan regeresi logistik dan stratifikasi regresi logistik multivariat.
Hasil: Ibu yang mengalami kehamilan tidak diinginkan berpeluang tidak melakukan perawatan kehamilan 1,79 dibandingkan kehamilan diinginkan; berpeluang sama terhadap perilaku tidak memberikan ASI eksklusif dan tidak memberikan imunisasi dasar lengkap. Hasil analisis stratifikasi menunjukkan pengaruh status kehamilan tidak diinginkan terhadap perilaku: perawatan kehamilan; pemberian ASI eksklusif dan pemberian imunisasi dasar lengkap yang juga dipengaruhi oleh status status ekonomi. Semakin kaya cenderung melakukan perawatan kehamilan.
Kesimpulan: Kehamilan tidak diinginkan berpengaruh terhadap perilaku perawatan kehamilan (ANC), namun tidak ada perbedaan bermakna pada perilaku pemberian ASI eksklusif dan pemberian imunisasi dasar lengkap. Pengaruh status kehamilan tidak diinginkan bervariasi menurut status ekonomi.

Kata kunci : Kehamilan tidak diinginkan, perawatan kehamilan, asi eksklusif, imunisasi dasar lengkap

Naskah masuk: 19-07-2016 Review: 19-08-2016 Disetujui terbit: 02-09-2016

PENDAHULUAN

Kehamilan merupakan kodrat seorang wanita sebagai salah satu fase kehidupan dan merupakan fase reproduksi manusia yang berfungsi melahirkan janin sebagai manusia baru di dunia. Banyak perubahan yang terjadi selama proses kehamilan sampai bayi dilahirkan, baik perubahan fisik maupun psikososial akibat dari pertumbuhan dan perkembangan janin. Banyak faktor yang mempengaruhi kehamilan, dari dalam maupun dari luar yang dapat menimbulkan masalah, terutama bagi yang pertama kali hamil. Perubahan yang terjadi pada kehamilan dapat berdampak pada aspek psikologis kehamilan.[1]

Setiap tahun di seluruh dunia terdapat jutaan wanita yang mengalami kehamilan. Kehamilan terjadi karena direncanakan ataupun tidak direncanakan. Setiap kehamilan seharusnya merupakan kehamilan yang diinginkan oleh ibunya, termasuk kapan kehamilan dikehendaki dan berapa jumlah anak yang diinginkan. Kehamilan yang diinginkan jika kehamilan terjadi pada waktu yang tepat atau memang sudah berkeinginan untuk hamil (*intended pregnancy*). Namun tidak semua wanita menghendaki dirinya hamil, bahkan dapat menimbulkan perasaan syok dan menyangkal kehamilan tersebut. Tidak sedikit kasus wanita seperti ini yang mengambil jalan pintas yaitu dengan menggugurkan kandungannya tanpa mempertimbangkan moral manusia sebagai makhluk Tuhan.[2]

Kehamilan yang tidak diinginkan (KTD/ *unintended pregnancy*) didefinisikan sebagai kehamilan yang terjadi pada saat tidak menginginkan anak pada saat itu (*mistimed pregnancy*) dan kehamilan yang tidak diharapkan sama sekali (*unwanted pregnancy*). Gilda Sedgn melaporkan bahwa pada tahun 2012 terdapat 213,4 juta kehamilan di seluruh dunia dengan angka kehamilan usia 15-44 tahun 133 per 1000 wanita pada kelompok usia yang sama dan 40 persen diantaranya adalah angka kehamilan yang tidak diinginkan. Sedangkan di kawasan Asia Tenggara terdapat 18,8 juta total kehamilan dan 44 persen diantaranya adalah KTD.[3]

Di Indonesia, terdapat 86 persen kelahiran dari kehamilan yang diinginkan, 7 persen kelahiran dari kehamilan yang tidak direncanakan dan 7 persen kelahiran dari kehamilan tidak diinginkan. Informasi tentang keinginan memiliki anak pada responden wanita berusia 15-49 tahun yang sudah menikah didapatkan 15 persen wanita masih menginginkan anak lagi, 24 persen belum memutuskan kapan ingin menambah anak lagi, dan 47 persen sudah tidak menginginkan anak lagi. Pada responden pria berusia 15-54 tahun yang sudah menikah, didapatkan sebanyak 15 persen pria menginginkan anak lagi, 25 persen belum merencanakan memiliki anak lagi, dan 45 persen tidak ingin memiliki anak lagi.[4] Ika Saptarini melaporkan kejadian kehamilan yang tidak diinginkan menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013 adalah sebesar 15 persen.[5]

Wanita yang mengalami kehamilan tidak diinginkan dihadapkan pada dua pilihan, yaitu tetap melanjutkan kehamilan atau menggugurkan kandungan dengan menanggung risiko menghadapi bahaya bagi kesehatan karena cara pengguguran yang ditempuh biasanya adalah aborsi tidak aman.[6] Definisi '*unsafe abortion'* atau pengguguran tidak aman menurut World Health Organization(WHO) adalah suatu prosedur untuk mengakhiri kehamilan yang tidak diinginkan yang dilakukan oleh orang yang tidak memiliki keterampilan yang sesuai atau di lingkungan yang tidak sesuai dengan standar medis minimal atau keduanya. Aborsi merupakan 1 dari 7 penyebab kematian ibu di dunia, dan hampir setengah dari kehamilan tidak diinginkan berakhir dengan aborsi tidak aman.[7,8]

Banyak faktor yang menyebabkan terjadinya kehamilan tidak diinginkan pada seorang wanita. Hasil penelitian Abdallah menemukan proporsi wanita dengan pendidikan rendah (13,4%) lebih besar untuk mengalami kehamilan tidak diinginkan dari pada kehamilan yang diinginkan (4,1%). Proporsi wanita dari keluarga berpendapatan yang rendah lebih banyak mengalami kehamilan tidak diinginkan (15,9%) dibandingkan kehamilan yang diinginkan (4,1%). [9] Penelitian Gipson JD, et al menunjukkan bahwa wanita yang berusia di bawah 20 tahun mempunya kemungkinan (risiko) 2,7 kali mengalami kehamilan tidak diinginkan dan 2,3 kali pada wanita usia di atas 35 tahun.

Sedangkan wanita yang tidak menikah mempunyai risiko 2,5 kali untuk mengalami kehamilan yang tidak diinginkan daripada kehamilan yang diinginkan.[10] Namun yang harus diperhatikan adalah kehamilan yang tidak diinginkan selain mempunyai dampak kecenderung untuk melakukan aborsi, dapat berdampak pula pada proses dan *outcome* dari kehamilan itu sendiri

D'Angelo, et al melaporkan bahwa kematian ibu, aborsi, bayi berat lahir rendah, kelahiran prematur dan kematian bayi yang tinggi dikaitkan dengan kehamilan yang tidak diinginkan.[11] Laukaran.VH dan Berg.BJV menyatakan bahwa terdapat hubungan antara perilaku maternal dengan *outcome* kehamilan dan komplikasi persalinan. Pengaruh secara psikologis terhadap perilaku dari kehamilan yang tidak diinginkan salah satunya adalah masalah kunjungan pemeriksaan kehamilan.[12] Perawatan kehamilan yang dilakukan secara rutin bermanfaat untuk mendeteksi dan menangani secara dini beberapa masalah/ penyakit yang dapat mempengaruhi kehamilan, pertumbuhan janin dan bahkan dapat menimbulkan komplikasi kehamilan dan persalinan yang kelak dapat mengancam kehidupan ibu dan bayi serta mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan bayi yang dilahirkan. Pada penelitian D'angelo juga menunjukkan bahwa wanita dengan kehamilan yang tidak diinginkan memiliki peluang 2,1 kali untuk tidak memeriksakan kehamilannya.[11] Penelitian lain yang dilakukan oleh Singh. et al di India juga menunjukkan bahwa kurangnya pemanfaatan perawatan kehamilan oleh wanita yang mengalami kehamilan tidak diinginkan dengan Odds Ratio (OR) 2,32.[8] Hasil penelitian Dye, et al menyatakan bahwa ibu yang mengalami kehamilan tidak diinginkan berpeluang 2,12 kali untuk tidak memberikan ASI secara eksklusif kepada bayinya[3]. Sedangkan penelitian yang dilakukan pada 5 negara Demographic Health Suervey (DHS)) analisis oleh Marston dan Cleland menemukan adanya risiko tinggi imunisasi tidak lengkap pada satu tahun pertama pada kelahiran yang tidak diinginkan di Kenya OR=1,6 95%CI: 1,12-2,28) dan Peru (OR=1,24 95%CI 1,09-1,41).[13] Penelitian Kosh et.al juga menunjukkan hasil yang sama, anak yang lahir dari kehamilan yang tidak diinginkan berisiko 1,39 kali untuk tidak mendapatkan imunisasi secara lengkap.[14]

Ajzen dan Fishbein dalam Notoatmodjo menyatakan bahwa keinginan seseorang untuk berperilaku merupakan determinan utama dari perilaku individu tersebut. Bagi ibu yang tidak menginginkan kehamilannya akan merasa tidak siap hamil sehingga cenderung untuk tidak mengurus kehamilannya dengan baik, yang dapat berisiko pada kesehatan bayinya dan perawatan bayinya setelah melahirkan.[15]

Pemerintah Indonesia memberi perhatian terhadap status kesehatan ibu dan anak, sehingga informasi tentang bagaimana keinginan untuk hamil pada ibu bermanfaat untuk berbagai tujuan, seperti memperkirakan jumlah kehamilan tidak diinginkan dan selanjutnya untuk memperkirakan dampak status kehamilan terhadap perilaku ibu selama kehamilan, kelahiran, kesehatan dan perkembangan anak yang lahir dari kehamilan yang tidak diinginkan.[16,12] Selama ini sudah banyak penelitian dan analisis tentang kehamilan yang tidak diinginkan, seperti analisis determinan kehamilan yang tidak diinginkan[5,17] pengaruh KTD terhadap berat badan bayi lahir rendah dan analisis lainnya terkait KTD.[18] Penelitian ini menitik beratkan pada analisis dampak kehamilan tidak diinginkan terhadap perilaku ibu selama hamil dan sesudah melahirkan dari data SDKI 2012. Makalah ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh kehamilan yang tidak diinginkan terhadap perilaku ibu baik perilaku selama hamil dan perawatan terhadap anak, serta pengaruh pada stratifikasi status ekonomi

METODE

Data yang digunakan pada penelitian adalah analisis data sekunder dari SDKI 2012, yang merupakan kerjama antara Badan Pusat Statistis (BPS), Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), dan Kementerian Kesehatan (Depkes). Penelitian ini menggunakan data dari SDKI 2012 yang mempunyai desain penelitian potong lintang.

Populasi adalah semua wanita berusia 15-49 tahun di seluruh provinsi di Indonesia. Sampel penelitian ini adalah semua wanita berusia 15-49 tahun yang pernah hamil dan melahirkan

anak terakhir saat survei dilakukan sejak Januari 2012.

Kriteria inklusi pada sampel ini adalah lahir tunggal, masih hidup dan wanita yang melahirkan sejak bulan Januari 2007 sampai dengan survei dilakukan. Sedangkan kriteria eksklusi adalah ibu yang mempunyai anak berusia < 12 bulan, ibu dan anak yang datanya tidak lengkap. Jumlah sampel sesuai syarat inklusi yang dianalisis sebanyak 11.742 orang dari 16.320 responden yang memiliki anak terakhir.

Variabel terikat adalah variabel perawatan kehamilan, perawatan persalinan, pemberian ASI eksklusif dan pemberian imunisasi dasar. Ada tiga variabel terikat yaitu: **Perawatan Kehamilan,** adalah pemeriksaan kehamilan yang dilakukan oleh ibu dengan kriteria ANC K4 yaitu pemeriksaan kehamilan oleh tenaga kesehatan minimal 4x kunjungan selama kehamilan dengan ketentuan minimal 1 kali trimester 1, minimal 1 pada trimester 2, dan minimal 2 kali pada trimester 3 (1,1,2); **Pemberian ASI Eksklusif,** adalah pemberian air susu ibu pada bayi tanpa cairan atau makanan lain pada tiga hari pertama setelah melahirkan; P**emberian Imunisasi Dasar,** adalah suatu usaha memberikan kekebalan pada bayi dengan memasukkan vaksin ke dalam tubuh yaitu, 1x vaksin Bacillus Calmette Guerin (BCG), 4x vaksin Hepatitis B, 3x vaksin Dipteri Pertusis dan Tetanus (DPT), 4x vaksin polio, dan 1x vaksin campak sesuai dengan jadwal pemberian untuk mencegah penyakit tertentu.

Variabel bebas adalah **kehamilan tidak diinginkan** yaitu, kejadian kehamilan yang sebenarnya tidak diharapkan pada waktu itu karena menginginkan kehamilan kemudian atau sama sekali tidak ingin hamil.

Variabel kovariat mencakup variabel karakteristik ibu meliputi umur, tingkat pendidikan, status pekerjaan, status perkawinan, paritas, status ekonomi, dan tempat tinggal. **Umur Ibu**, adalah umur responden berdasarkan ulang tahun terakhir saat survei. **Tingkat Pendidikan**, adalah tingkat pendidikan formal terakhir yang telah dicapai responden. **Status Pekerjaan a**dalah kegiatan sehari-hari responden yang menghasilkan sesuatu dalam 12 bulan terakhir selain mengurus rumah tangga. **Status Perkawinan**, adalah ikatan yang diakui oleh negara dan agama di antara dua orang yang berbeda jenis kelamin. **Paritas** adalah jumlah anak yang pernah dilahirkan. **Status ekonomi** adalah variabel proxy tingkat status ekonomi rumah tangga yang diperoleh dari komposit aset yang dimiliki rumah tangga. **Tempat tinggal,** adalah penggolongan dalam sistem perstatistikan nasional bahwa setiap desa digolongkan sebagai daerah perkotaan atau perdesaan. Kriteria penggolongan ini didasarkan dari 3 variabel yaitu kepadatan penduduk, persentase rumah tangga tani dan jumlah fasilitas perkotaan yang tersedia.[19].

Analisis data dilakukan secara univariat, bivariat dengan regresi logistik untuk melihat pengaruh dan analisis multivariabel dengan uji regresi logistik ganda untuk melihat pengaruh dan adanya stratifikasi status ekonomi.

HASIL

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia adalah survei berkala yang dilaksanakan secara kolaborasi antara Badan Pusat Statistik, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) dan Kementerian Kesehatan. SDKI telah dilaksanakan sebanyak 7 kali. Survei pertama adalah Survei Prevalensi Kontrasepsi Indonesia yang dilakukan pada tahun 1987, kedua sampai kelima adalah SDKI 1991, SDKI1994, SDKI 1997, SDKI 2002-2003, SDKI 2007 dan terakhir SDKI 2012. Cakupan SDKI 2012 kali ini agak berbeda dengan SDKI 2007, yaitu mencakup semua wanita usia subur (WUS) umur 15-49 tahun, pria kawin umur 15-54 tahun, dan remaja pria belum kawin umur 15-24 tahun. SDKI merupakan bagian dari program *Demographic and Health Surveys* (DHS) yang tersebar di seluruh dunia, yang dirancang untuk mengumpulkan data fertilitas, keluarga berencana, serta kesehatan ibu dan anak.

Data SDKI 2012 terdiri dari data rumah tangga dan data individu. Dalam analisis ini data yang digunakan adalah file individu. Pada tahapan persiapan analisis data diperoleh hasil penapisan data yang digunakan untuk analisis yaitu 11.742 kasus (*record).*

Hasil analisis menunjukkan bahwa sebagian kecil dari ibu yang tidak melakukan perawatan kehamilan sesuai kriteria (24,3%), sedangkan sebagian besar dari ibu tidak memberikan Air Susu Ibu (ASI) eksklusif (62,1%) dan sebagian besar tidak memberikan imunisasi dasar lengkap (65%) (lihat Tabel 1). Status kehamilan berdasarkan kategori kehamilan diinginkan dan kehamilan tidak diinginkan, menunjukkan bahwa sebagian kecil ibu mengalami kehamilan tidak diinginkan (15,4%) (lihat Tabel 1). Tingkat pendidikan ibu lebih banyak yang tidak tamat SMP (56%). Begitu juga dengan status pekerjaan ibu sebagian besar adalah bekerja (55,5%). Sebagian besar ibu berstatus kawin (96,9%). Status ekonomi ibu sebarannya hampir merata pada setiap status dan lebih dari sebagian ibu tinggal di daerah perkotaan (51,4%) (lihat Tabel 1)

Tabel 1. Distribusi frekuensi ibu menurut variabel terikat, variabel bebas dan kovariat di Indonesia Tahun 2012

Variabel dan kategorinya	Proporsi (%)	95% CI (%)
Perawatan kehamilan		
Sesuai kriteria ANC K4	75,7	74,5-76,9
Tidak sesuai kriteria ANC K4	24,3	23,1-25,5
Pemberian ASI eksklusif		
Ya	37,9	36,4-39,4
Tidak	62,1	60,6-63,6
Pemberian imunisasi dasar		
Lengkap	35,0	33,4-36,6
Tidak lengkap	65,0	63,4-66,6
Status kehamilan		
Kehamilan diinginkan (*intended pregnancy*)	84,6	83,5-85,7
Kehamilan tidak diinginkan (*unintended*) *		
- *Mistime* (ingin hamil nanti/tidak tepat waktu)	7,3	6,49-8,08
- *Unwanted* (tidak ingin sama sekali	8,1	7,22-8,88
Tingkat Pendidikan		
≥ SMP	42,6	40,6-44,5
< SMP	56,0	54,1-57,9
Tidak sekolah	1,4	1,1-1,7
Status pekerjaan		
Tidak bekerja	44,5	42,9-46,1
Bekerja	55,5	53,9-57,1
Status perkawinan		
Kawin	96,9	96,5-97,3
Tidak kawin	3,1	2,7-3,5
Status ekonomi		
Terkaya (Kuintil 5)	20,7	19,1-22,3
Menengah atas (Kuintil 4)	21.1	19,7-22,4
Menengah (Kuintil 3)	20,1	18,9-21,4
Menengah bawah (Kuintil 2)	19,0	17,9-20,2
Termiskin (Kuintil 1)	19,1	17,8-20,4
Tempat tinggal		
Perkotaan	51,4	50,0-52-8
Perdesaan	48,6	47,2-49,9
Jumlah sampel (*weighted*)	11.742	

‘* dalam analisis digabung sebagai kehamilan tidak diinginkan

Untuk variabel umur dan paritas dengan skala ratio maka sebaran data diperoleh hasil statistik sebagaimana pada Tabel 3. Umur ibu rata-rata adalah 30 tahun dengan standar

deviasi 6,2. Umur termuda 15 tahun dan umur tertua 49 tahun serta mediannya adalah 30 tahun. Pada variabel paritas didapatkan rata-rata jumlah kelahiran ibu adalah 2 kelahiran dengan standar deviasi 1,3. Jumlah paritas paling sedikit 1 kelahiran dan yang paling banyak 13 kelahiran (lihat Tabel 2).

Tabel 2. Distribusi data berdasarkan umur ibu (dalam tahun) dan paritas (jumlah kelahiran) di Indonesia, Tahun 2012

Variabel	Mean	SD	Median	Minimal-Maximal	
Umur ibu	30,3	6,2	30	15	49
Paritas	2,1	1,3	2	1	13

Analisis bivariat bertujuan untuk melihat pengaruh kehamilan tidak diinginkan terhadap perilaku ibu selama kehamilan dan setelah kehamilan disajikan pada Tabel 3.

Tabel 3. Pengaruh status kehamilan tidak diinginkan terhadap perilaku ibu selama kehamilan dan setelah kelahiran di Indonesia, Tahun 2012

Perawatan kehamilan sebelum dan sesudah	*Crude Association*		*Adjusted Association**	
	OR	95% CI	OR	95% CI
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Tidak melakukan perawatan kehamilan sesuai kriteria	2,02	1,7-2,4	1,79	1,5-2,1
Tidak memberikan ASI eksklusif	0,89	0,8-1,1	1,0	0,8-1,2
Tidak memberikan imunisasi dasar lengkap	1,23	1,0-1,5	1,03	0,9-1,2

*Keterangan *Adjusted : umur, tingkat pendidikan, status pekerjaan, status pernikahan, paritas, status ekonomi, dan tempat tinggal.*

Tabel 3 di atas adalah hasil analisis bivariat untuk melihat pengaruh kehamilan tidak diinginkan terhadap perilaku ibu. Kolom 4 (OR) dan 5 (**95% CI**) merupakan hasil bivariat dari variabel kovariat (umur, tingkat pendidikan, status perkawinan, paritas, status ekonomi dan tempat tinggal) yang sudah *ajusted*. Pada kehamilan yang tidak diinginkan cenderung 1,79 kali (1,50 – 2,1 kali) untuk tidak melakukan perawatan kehamilan sesuai kriteria (ANC K4) dibandingkan kehamilan yang diinginkan. Pada variabel terikat ASI eksklusif dan imunisasi dasar lengkap tidak terdapat perbedaan yang berarti .

Hasil analisis menunjukkan bahwa ibu yang mengalami kehamilan tidak diinginkan mempunyai peluang untuk tidak melakukan perawatan kehamilan sesuai kriteria 1,79 dibandingkan ibu yang kehamilannya diinginkan. Sedangkan ibu yang mengalami kehamilan tidak diinginkan mempunyai peluang yang sama dengan kehamilan diinginkan untuk tidak memberikan ASI eksklusif. Begitu juga dengan ibu yang tidak memberikan imunisasi dasar lengkap mempunyai peluang yang sama antara kehamilan tidak diinginkan dengan kehamilan yang diinginkan. Bila dilihat dari nilai OR1 berarti tidak ada perbedaan, maka analisis ini dapat dianggap secara statistik tidak ada hubungan antara kehamilan tidak diinginkan terhadap pemberian ASI eksklusif dan pemberian imunisasi dasar lengkap.

Analisis Stratifikasi Regresil Logistik Multipel

Terdapat perbedaan proporsi perilaku ibu yang tidak melakukan perawatan kehamilan sesuai kriteria pada kehamilan tidak diinginkan dengan status ekonomi terbawah (46,9%) dan proporsi perilaku ibu yang tidak melakukan

perawatan kehamilan sesuai kriteria pada kehamilan tidak diinginkan dengan status ekonomi teratas (18,9%), artinya ibu yang mengalami kehamilan tidak diinginkan dengan status ekonomi terbawah efeknya lebih besar untuk tidak melakukan perawatan kehamilan sesuai kriteria dibandingkan ibu yang mengalami kehamilan tidak diinginkan dengan status ekonomi teratas (lihat Gambar 2 dan Tabel 4).

Terdapat perbedaan proporsi perilaku ibu yang tidak memberikan ASI eksklusif pada kehamilan tidak diinginkan dengan status ekonomi terbawah (52,7%) dan proporsi perilaku ibu yang tidak memberikan ASI eksklusif pada kehamilan tidak diinginkan dengan status ekonomi terkaya (65,0%), artinya ibu yang mengalami kehamilan tidak diinginkan dengan ekonomi teratas efeknya lebih besar untuk tidak memberikan ASI eksklusif dibandingkan ibu yang mengalami kehamilan tidak diinginkan dengan status ekonomi termiskin (lihat gambar 2 dan Tabel 4 pada lampiran).

Ada perbedaan proporsi perilaku ibu yang tidak memberikan imunisasi dasar lengkap pada kehamilan tidak diinginkan dengan status ekonomi terbawah (78,7%) dan proporsi perilaku ibu yang tidak memberikan imunisasi dasar lengkap pada kehamilan tidak diinginkan dengan status ekonomi terkaya (kuintil 5) (60,5%), artinya ibu yang mengalami kehamilan tidak diinginkan dengan status ekonomi termiskin (kuintil 1) efeknya lebih besar untuk tidak memberikan imunisasi dasar lengkap dibandingkan ibu yang mengalami kehamilan tidak diinginkan dengan status ekonomi teratas (lihat Gambar 4

PEMBAHASAN

Keterbatasan Penelitian

Di dalam penelitian ini, terdapat beberapa keterbatasan yaitu keterbatasan dari sisi variabel dan keterbatasan dari sisi kontrol kualitas yang dihadapi peneliti. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder SDKI tahun 2012, sehingga variabel yang digunakan dalam penelitian ini terbatas pada variabel yang ada dalam SDKI. Variabel yang didapat disesuaikan dengan data yang ada karena tidak semua data yang tersedia sesuai dengan keinginan peneliti, sehingga terdapat beberapa variabel yang secara literatur berhubungan dengan status kehamilan tidak diinginkan terhadap perilaku ibu selama kehamilan dan setelah kelahiran seperti variabel ketersediaan informasi/pelayanan dan akses informasi/pelayanan tidak dapat diikutsertakan. Selain itu untuk variabel pemberian ASI eksklusif tidak ditanyakan secara pasti berapa lama ibu memberikan ASI secara eksklusif, sehingga peneliti hanya menggabungkan beberapa pertanyaan yang berkaitan dengan definisi pemberian ASI eksklusif tanpa melihat lama waktu pemberian.

Peneliti juga tidak dapat mengontrol kualitas data sekunder hasil survei yang diperoleh dari hasil wawancara dengan responden wanita usia 15-49 tahun yang pernah hamil dan melahirkan anak terakhir. Pada SDKI 2012, bisa saja terjadi *recall bias* (bias mengingat) yaitu bias yang disebabkan karena kesalahan subjek dalam mengingat atau mengulang kejadian yang berhubungan dengan variabel penelitian. Pada penelitian ini dapat terjadi pada saat menanyakan jumlah total kunjungan pemeriksaan kehamilan yang telah dilakukan ibu pada saat hamil. Selain itu, *recall bias* juga dapat terjadi pada saat menanyakan tentang pemberian ASI eksklusif, dimana pertanyaan yang ditanyakan berkaitan dengan pemberian minum selain ASI dalam 3 hari pertama saat melahirkan sebelum air susu ibu keluar. Hal yang sama juga dapat terjadi pada variabel pemberian imunisasi dasar untuk kasus yang tidak dapat menunjukkan catatan, dimana bayi yang tidak mempunyai catatan imunisasi, peneliti tidak mengetahui secara pasti apakah bayi tersebut benar-benar diberikan imunisasi secara lengkap atau tidak berdasarkan jawaban ibu.

Gambaran Status Kehamilan

Dalam penelitian ini, kehamilan dibagi menjadi 2 (tiga) yaitu kehamilan diinginkan dan kehamilan tidak diinginkan. Pada kehamilan yang tidak diinginkan terdapat dua kondisi yaitu kehamilan tidak tepat waktu (belum menginginkan saat itu) dan tidak menginginkan sama sekali. Hasil penelitian ini menemukan proporsi ibu yang mengalami kehamilan tidak diinginkan (KTD) ada sebanyak 15,4 persen. Perilaku ibu hamil sangat berperan dalam perilaku perawatan

kehamilan dan perawatan bayinya. Masalah psikososial dapat berdampak pada perkembangan janin, kesehatan ibu dan perawatan bayi hingga balita.

Pada penelitian Berliana dengan data SDKI 2007 menemukan proporsi KTD yang tidak begitu jauh berbeda dengan hasil penelitian ini, mencatat proporsi kehamilan tidak diinginkan sebanyak 19 persen.[20] Sedangkan menurut Nucahyani dengan data Riskesdas 2010 didapatkan proporsi ibu yang mengalami kehamilan tidak diinginkan (*unwanted*) ada sebanyak 8,5 persen.[18] Hasil ini terlihat berbeda karena dalam penelitian ini untuk kategori kehamilan tidak tepat waktu (*mistimed*) dan kehamilan tidak diinginkan (*unwanted*) digabung menjadi satu kategori. Penggabungan kedua kategori ini dimaksudkan untuk memperoleh ukuran sampel yang cukup untuk kategori kehamilan tidak diinginkan mengingat jumlah variabel yang digunakan cukup banyak.

Salah satu penyebab kehamilan tidak diinginkan menurut Perkumpulan Keluarga Berncana Indonesia (PKBI) adalah kegagalan kontrasepsi, hasil penelitian menemukan bahwa sedikitnya 8 juta kasus pertahunnya terjadi akibat kegagalan metode kontrasepsi yang digunakan.[21] Sedangkan menurut WHO alasan untuk tidak menginginkan kehamilan adalah perkosaan, kurang pengetahuan yang memadai tentang kontrasepsi, terlalu banyak anak, alasan kesehatan, janin cacat, usia muda atau belum siap menikah, pasangan tidak bertanggung jawab atau hubungan dengan pasangan belum mantap, terikat kontrak kerja, suami tidak mau menggunakan kondom, usia sudah tua dan jumlah anak sudah cukup, tidak boleh hamil karena sudah tiga kali operasi caesar, suami tidak menerima kehamilan, gaji kecil, dan tidak sanggup menanggung anak tambahan. Kehamilan tidak diinginkan saat ini, menimbulkan isu kesehatan masyarakat yang krusial dalam pembangunan kesehatan karena mempunyai kerugian dalam efek kesehatan, sosial dan ekonomi secara luas, tidak hanya kesehatan ibu dan anak saja. Ibu yang mengalami KTD kemungkinan kurang untuk mencari dan memanfaatkan pelayanan prenatal dan antenatal dibandingkan ibu yang menginginkan kehamilannya. Dan kehamilan yang tidak direncanakan juga kemungkinan lebih tinggi melahirkan bayi dengan berat lahir rendah dan mendorong melakukan aborsi yang tidak aman.[22]

Pengaruh Status Kehamilan Tidak Diinginkan Terhadap Perilaku Perawatan Maternal

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu yang mengalami kehamilan tidak diinginkan mempunyai peluang untuk tidak melakukan perawatan kehamilan sesuai kriteria 1,79 dibandingkan ibu yang kehamilannya diinginkan. Hasil penelitian ini tidak jauh berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Anggraini menggunakan data SDKI 2012, ibu yang mengalami kehamilan tidak diinginkan memiliki odds untuk tidak memeriksakan kehamilan secara lengkap 1,4 dibandingkan kehamilan yang diinginkan. [23]

Hasil penelitian ini juga serupa dengan hasil penelitian Hambert menunjukkan bahwa wanita yang mengalami kehamilan tidak diinginkan 2,1 kali lebih besar untuk tidak memanfaatkan pelayanan antenatal secara maksimal.[24] Namun berbeda dengan hasil penelitian Tosson pada wanita Saudi Arabia, menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan pada wanita yang kehamilannya direncanakan dengan wanita yang kehamilannya tidak direncanakan, sehingga dapat disimpulkan tidak ada terdapat hubungan antara status kehamilan dengan pemeriksaan kehamilan. [16]

Menurut Kost, wanita dengan kehamilan tidak diinginkan memiliki kecenderungan untuk tidak mengenali tanda-tanda awal kehamilan dibandingkan wanita dengan kehamilan yang diinginkan, yang menyebabkan mereka tidak melakukan pemeriksaan sejak awal kehamilan.[14]

Wanita dengan kehamilan tidak diinginkan lebih sedikit untuk termotivasi dalam mencari informasi mengenai kesehatan kehamilan, oleh karena itu dapat mendorong perilaku yang tidak sehat karena mereka tidak peduli pada risiko yang akan terjadi. Penelitian sebelumnya diketahui ibu dengan kehamilan tidak diinginkan lebih sedikit dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan, tidak cukup nutrisi, serta stres dan depresi. [8,25]

Hasil analisis stratifikasi menunjukkan ada beda efek kehamilan tidak diinginkan terhadap perilaku perawatan kehamilan pada berbagai

status ekonomi setelah dikontrol oleh variabel umur, tingkat pendidikan, status pekerjaan, status perkawinan, paritas, dan tempat tinggal. Ibu yang mengalami kehamilan tidak diinginkan dengan status ekonomi termiskin efeknya lebih besar untuk tidak melakukan perawatan kehamilan sesuai kriteria dibandingkan ibu yang mengalami kehamilan tidak diinginkan dengan status ekonomi terkaya.

Perawatan kehamilan merupakan awal dari *continuum of care* atau perawatan keberlanjutan dari sejak ibu hamil sampai masa nifas dan dilanjutkan dengan bayi baru lahir sampai usia balita.[26] Saat seorang ibu hamil kontak dengan tenaga kesehatan merupakan peluang bagi tenaga kesehatan memberikan edukasi agar ibu hamil mempunyai pengetahuan yang baik akan pentingnya perawatan kesehatan sejak masa hamil sampai masa nifas serta memberikan pemahaman tentang pentingnya rangkaian perawatan dan akses bayinya sampai balita terhadap pelayanan kesehatan.

Pengaruh Status Kehamilan Tidak Diinginkan Terhadap Perilaku Pemberian ASI Eksklusif

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu yang mengalami kehamilan tidak diinginkan mempunyai peluang yang sama dengan kehamilan diinginkan untuk tidak memberikan ASI eksklusif. Bila dilihat dari nilai rasio odds 1 berarti tidak ada perbedaan, maka analisis ini dapat dianggap secara statistik tidak ada pengaruh antara kehamilan tidak diinginkan dengan pemberian ASI eksklusif.Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Aprianda menggunakan data Riskesda 2010, menunjukkan bahwa ada hubungan antara kehamilan tidak diinginkan terhadap pemberian ASI eksklusif.[27] Begitu juga dengan hasil penelitian Dye, menunjukkan bahwa wanita dengan kehamilan tidak diinginkan berpeluang 1,41 untuk tidak memberikan ASI eksklusif dibandingkan kehamilan diinginkan.[25] Hasil penelitian Pulley juga menunjukkan bahwa proporsi wanita yang menyusui lebih besar pada kehamilan diinginkan (61%) dibandingkan kehamilan yang tidak diinginkan (39,1%).[28]

Hal ini kemungkinan dikarenakan adanya rasa dicintai dan dukungan dari keluarga sehingga ibu yang mengalami kehamilan tidak diinginkan mengalami perubahan perilaku setelah kelahiran bayinya, meskipun awalnya terdapat perasaan menolak, merasa takut dan cemas atau ketakutan terhadap kehamilan dan persalinan. Menurut Rubin di dalam Nengah, menyatakan jika ibu dari wanita yang mengalami kehamilan tidak diinginkan terlihat tidak senang terhadap kehamilan tersebut, wanita itu akan merasa sangsi terhadap dirinya dan tidak akan peduli dengan bayinya, bahkan dapat memberikannya kepada orang lain. Sebaliknya, jika ibu menghargai dan memberikan dukungan, wanita tersebut akan lebih percaya diri dan lebih merawat bayi yang akan dilahirkannya.[1]

Hal ini juga sesuai dengan penelitian Ida, menunjukkan bahwa dukungan keluarga terutama dari ibu dan ibu mertua merupakan orang yang berperan penting dalam pengasuhan anak dari mulai lahir hingga bahkan sampai dewasa. Ibu dan ibu mertua yang sudah dianggap berpengalaman dalam pengasuhan anak termasuk dalam hal menyusui akan menjadi acuan dalam pemberian ASI ke bayi. Adanya dukungan dari keluarga membuat ibu lebih termotivasi untuk memberikan ASI eksklusif.[13]

Hasil analisis stratifikasi menunjukkanada beda efek kehamilantidak diinginkan terhadap perilaku pemberian ASI eksklusif pada berbagai status ekonomi setelah dikontrol oleh variabel umur, tingkat pendidikan, status pekerjaan, status perkawinan, paritas, dan tempat tinggal. Ibu yang mengalami kehamilan tidak diinginkan dengan status ekonomi tinggi efeknya lebih besar untuk tidak memberikan ASI eksklusif dibandingkan ibu yang mengalami kehamilan tidak diinginkan dengan status ekonomi rendah.

Pengaruh Status Kehamilan Tidak Diinginkan Terhadap Perilaku Pemberian Imunisasi Dasar

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu yang mengalami kehamilan tidak diinginkan mempunyai peluang yang sama dengan kehamilan diinginkan untuk tidak memberikan imunisasi dasar lengkap kepada bayinya. Bila dilihat dari nilai rasio odds 1 berarti tidak ada perbedaan, maka analisis ini dapat dianggap secara statistik tidak ada pengaruh kehamilan tidak diinginkan atau sedikit sekali

pengaruhnya terhadap pemberian imunisasi dasar lengkap. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian di Bolivia dan Egypt menunjukkan OR kehamilan tidak diinginkan terhadap kelengkapan imunisasi sebesar 1,01 di Bolivia dan 1,1 di Egypt.[29] Namun berbeda dengan penelitian lainnya, penelitian yang dilakukan oleh Singh, menunjukkan bahwa status kehamilan mempengaruhi status kelengkapan imunisasi anak. Wanita yang mengalami kehamilan tidak diinginkan mempunyai peluang 1,4 untuk tidak memberikan imunisasi lengkap kepada anaknya dibandingkan kehamilan diinginkan.[8]

Hal ini kemungkinan dikarenakan adanya dukungan keluarga dan dukungan sosial dari lingkungan sekitar. Ibu yang mengalami kehamilan tidak diinginkan kemungkinan mereka masih belum siap untuk menghadapi perubahan yang ada seperti mengasuh dan memperhatikan kesehatan anaknya. Ketidaksiapan mereka dalam menghadapi perubahan ini dapat membuat mereka menjadi frustasi dalam menghadapinya, rasa lelah dan bosan mungkin saja terjadi. Pada saat inilah dibutuhkan adanya bantuan dan dukungan dari berbagai pihak seperti pasangan dan keluarga untuk membantu proses pengasuhan. Datangnya bantuan akan membuat ibu menjadi lebih mudah dalam memperhatikan kesehatan anaknya. [15]

Selain itu pemberian informasi mengenai imunisasi dasar yang dapat berpengaruh positif terhadap sikap dan perilaku ibu dalam memberikan imunisasi dasar lengkap kepada anaknya. Keberadaan media informasi berhubungan erat dengan peningkatan pengetahuan dan pemahaman seseorang tentang kesehatan.[23] Menurut Lubis dalam Tawi, dari suatu penelitian yang dilakukan didapatkan bahwa motivasi dan informasi mengenai imunisasi berperan dalam kelengkapan imunisasi anak.[30]

Hasil analisis stratifikasi menunjukkan ada beda efek kehamilan tidak diinginkan terhadap perilaku pemberian imunisasi dasar lengkap pada berbagai status ekonomi setelah dikontrol oleh variabel umur, tingkat pendidikan, status pekerjaan, status perkawinan, paritas, dan tempat tinggal. Ibu yang mengalami kehamilan tidak diinginkan dengan status ekonomi rendah efeknya lebih besar untuk tidak memberikan imunisasi dasar lengkap dibandingkan ibu yang mengalami kehamilan tidak diinginkan dengan status ekonomi tinggi.

Implikasi kebijakan

Hasil analisis ini diharapkan dapat berkontribusi terhadap program kesehatan ibu anak dan gizi di Indonesia. Kementerian Kesehatan dalam Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan telah menetapkan kesehatan ibu, anak dan gizi sebagai salah satu prioritas program Kementerian Kesehatan.[31] Terdapat berbagai program unggulan terkait dengan program peningkatan kesehatan ibu, anak dan gizi. Program yang terkait dengan perilaku ibu hamil akibat status kehamilan yang tidak diinginkan adalah program 1000 hari kehidupan dan program *continuum of care* maternal dan anak.

Continuum of care maternal dan anak merupakan upaya pelayanan kesehatan yang harus diperoleh setiap ibu hamil sampai masa nifas dan sejak neonatus sampai usia balita. Hasil analisis menunjukkan adanya pengaruh status kehamilan yang tidak diinginkan terhadap akses kesehatan selama masa kehamilan (ANC). Pemilihan variabel pemeriksaan kehamilan sesuai kriteria K4 merupakan variabel yang menggambarkan adanya kelangsungan dalam perawatan kehamilan oleh tenaga kesehatan.

Hasil analisis yang menunjukkan bahwa kehamilan tidak diinginkan cenderung hampir dua kali membuat ibu tidak mau memeriksakan kehamilannya dibandingkan kehamilan yang memang diinginkan dan direncanakan. Masalah perawatan kehamilan merupakan kunci penting dalam penerapan program kesehatan ibu dan lainnya. Petugas kesehatan yang memahami status kehamilan yang tidak diinginkan perlu memberikan edukasi agar semua ibu hamil mau melakukan pemeriksaan kehamilan dan tetap memperhatikan kebutuhan asupan gizi dan perawatan kesehatan anaknya sejak janin dalam kandungan.

Dua variabel lainnya meskipun menurut hasil analisis tidak sebesar pengaruh variabel perawatan kehamilan namun berperan penting dalam gambaran program secara *continuum of care* dan 1000 hari pertama kehidupan.

Pemberian imunisasi dasar lengkap juga menjadi gambaran *continuum of care* kesehatan kepada bayi hingga usia baduta. Variabel imunisasi dasar memberi gambaran berbagai jenis imunisasi dasar yang seharusnya diterima oleh seorang bayi baru lahir hingga usia dua tahun. Imunisasi merupakan upaya pelayanan kesehatan untuk mencegah penyakit yang banyak menyerang bayi dan anak dan merupakan penyakit penyebab kematian bayi dan balita seperti tuberkulosis, maupun kecacatan seperti polio.

Program 1000 hari pertama kehidupan (HPK) adalah upaya untuk memastikan bahwa janin sejak dari paska konsepsi sampai usia dua tahun mendapatkan asupan yang baik dengan gizi yang adequate agar mencetak sumber daya berdaya saing tinggi. Sejak masa kehamilan janin harus mendapat asupan yang baik karena pada periode trimester pertama merupakan periode proses pembentukan otak sehingga kebutuhan nutrisi yang terpenuhi dengan baik akan mendukung perkembangan otak janin yang baik. Demikian pula pada saat janin telah lahir memerlukan ASI eksklusif sebagai nutrisi terbaik untuk bayi selama 6 bulan dan menjadi nutrisi yang tetap baik sampai usia dua tahun. Pada kondisi ibu dengan status kehamilan yang tidak diinginkan berdasarkan uraian berbagai hasil penelitian di atas secara psikologi ibu cenderung kurang memperhatikan kehamilannya. Hal ini juga terlihat dari aspek pemberian ASI Eksklusif menunjukkan ada pengaruh status kehamilan tidak diinginkan dengan pemberian ASI Eksklusif.

Hal yang juga tidak kalah penting adalah mencegah terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan melalui program Keluarga Berencana (KB) agar setiap kehamilan sudah direncanakan dengan baik dan bila terjadi suatu kehamilan yang tidak diinginkan dapat diberikan edukasi agar perilaku yang tidak mendukung peningkatan kesehatan ibu dan anak dapat diminimalisir. Untuk itu hasil penelitian ini penting bagi pelaksana pemberi layanan kesehatan ibu hamil bahwa identifikasi status kehamilan apakah diinginkan atau tidak dapat menjadi bahan untuk memberikan edukasi lebih kepada ibu hamil tentang pentingnya pemeriksaan kesehatan dan memperhatikan faktor gizi ibu dan janin /bayi. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi masukan untuk peningkatan program 1000 HPK dan keberlangsungan pelayanan kesehatan ibu anak.

Hasil analisis ini menimbulkan pemikiran akan pentingnya penjaringan ibu hamil dan identifikasi status kehamilan tidak diinginkan sebagai dasar memberikan pemahaman dan kesadaran untuk berperilaku positif melakukan perawatan dan pemeriksaan sejak masa kehamilan sampai masa nifas dan perawatan bayi baru lahir sampai balita.

KESIMPULAN

Status kehamilan yang tidak diinginkan masih cukup tinggi. Kehamilan yang tidak diinginkan ini dapat mempengaruhi 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.

Karakteristik ibu KTD pada umumnya dalam tataran variable penghambat seperti pendidikan rendah, tidak bekerja, dan tinggal di perdesaan. Hanya dari sisi status ekonomi (kuintail) tidak ada perbedaan proporsi yang berarti antar kuintailnya.

Status kehamilan tidak diinginkan mempunyai pengaruh terhadap perilaku perawatan kehamilan yang tidak sesuai dengan kriteria (OR=1,79). Status kehamilan tidak diinginkan mempunyai peluang yang sama dengan kehamilan diinginkan untuk tidak memberikan ASI eksklusif dan imunisasi dasar lengkap. Pengaruh status kehamilan tdak diinginkan terhadap perilaku ibu selama kehamilan dan setelah kelahiran juga dipengaruhi oleh status ekonomi. Makin miskin cenderung makin tidak melakukan ANC dan imunisasi dasar lengkap. makin kaya cenderung tidak memberikan ASI Eksklusif.

SARAN

1. Pentingnya mencegah kehamilan tidak diinginkan terutama pada masyarakat status ekonomi rendah untuk meningkatkan kesehatan ibu dan bayi melalui promosi kesehatan.

2. Penjaringan kasus ibu hamil dengan status kehamilan yang tidak diinginkan perlu dilakukan dengan bantuan kader agar mau ibu melakukan pemeriksaan kehamilan sehingga petugas kesehatan dapat memberikan edukasi untuk mencegah perilaku yang tidak mendukung program kesehatan ibu dan anak.

3. Identifikasi status kehamilan diinginkan atau tidak diinginkan agar menjadi prosedur umum saat pemberi pelayanan kesehatan ibu hamil sehingga pemberian edukasi dapat dilakukan sejak dini sehingga program 1000 pertama kehidupan dapat terlaksana dengan baik oleh setiap ibu hamil.

UCAPAN TERIMAKASIH

Ucapan terima kasih dapat ditujukan pada semua pihak yang telah membantu bila memang ada dan harus diterangkan sejelas mungkin, termasuk pihak yang berperan sebagai sumber dana pelaksanaan penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

1. Susanti NN. Psikologi kehamilan: Kehamilan -- Aspek psikologi. BCG; 2008.
2. Mellyana H. Panduan Menjalani Kehamilan Sehat. Jakarta: Swara Puspa; 2007.
3. Sedgh G, Singh S, Hussain R. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. Stud Fam Plann [Internet]. Wiley Online Library; 2014;45(3):301–14. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4727534/
4. Badan Pusat Statistik, Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN), Kementerian Kesehatan, 2012. Survei Demogr dan Kesehat Indones 2012 [Internet]. 2013; Available from: http://dhsprogram.com/publications/publication-FR275-DHS-Final-Reports.cfm
5. Saptarini I, Suparmi S. DETERMINAN KEHAMILAN TIDAK DIINGINKAN DI INDONESIA (ANALISIS DATA SEKUNDER RISKESDAS 2013). J Kesehat Reproduksi [Internet]. 2016;7(1 Apr):15–24. Available from: http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/kespro/article/view/5096
6. Yuarsi SE. Perempuan yang Terpuruk. Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan Universitas. Yogyakarta.: Gajah Mada; 2005.
7. World Health Organization. WHO, Global and Regional Estimates of Incidence of Unsaf abortion and associated mortality [Internet]. Vol. 6. Geneva: World Health Organization; 2008. 1-55 p. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44529/1/9789241501118_eng.pdf
8. Singh S, Sedgh G, Hussain R. Unintended pregnancy: worldwide levels, trends, and outcomes. Stud Fam Plann. Wiley Online Library; 2010;41(4):241–50.
9. Abdallah IM, Fatouh E, Mone A, Abd M, Sabour E. Determinants and Outcomes of Unintended Pregnancy among Women in Helwan District. 2011;7(11).
10. Gipson JD, Koenig MA, Hindin MJ. The effects of unintended pregnancy on infant, child, and parental health: a review of the literature. Stud Fam Plann [Internet]. Wiley Online Library; 2008;39(1):18–38. Available from: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1728-4465.2008.00148.x/abstract
11. D'Angelo D V, Gilbert BC, Rochat RW, Santelli JS, Herold JM. Differences between mistimed and unwanted pregnancies among women who have live births. Perspect Sex Reprod Health [Internet]. Wiley Online Library; 2004;36(5):192–7. Available from: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1363/3619204/abstract
12. Laukaran VH, van den Berg BJ. The relationship of maternal attitude to pregnancy outcomes and obstetric complications. Am J Obstet Gynecol [Internet]. Elsevier; 1980 Feb 1 [cited 2016 Aug 21];136(3):374–9. Available from: http://www.ajog.org/article/0002937880908649/fulltext
13. Marston C, Cleland J. Do unintended pregnancies carried to term lead to adverse outcomes for mother and child? An assessment in five developing countries. Popul Stud (NY) [Internet].

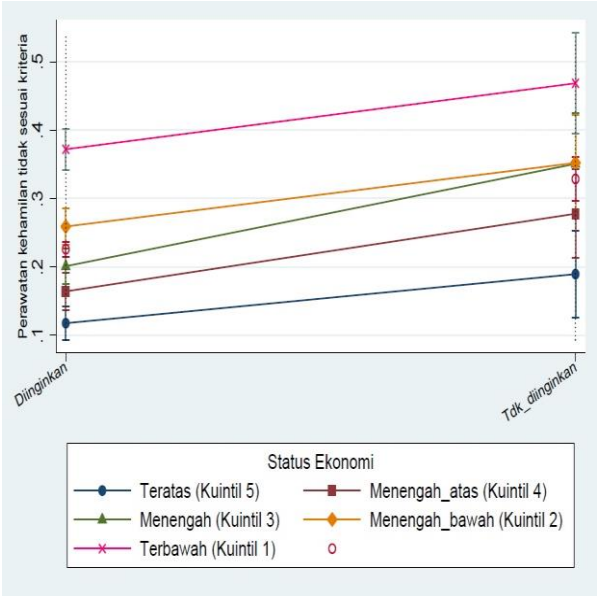
Routledge; 2003 Jan 1;57(1):77–93. Available from: http://dx.doi.org/10.1080/0032472032000061749

14. Kost K, Landry DJ, Darroch JE. The effects of pregnancy planning status on birth outcomes and infant care. Fam Plann Perspect. 1998;30(5):223–30.
15. Notoatmodjo S. Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2010.
16. Tosson SA, Badawy AS, Sara A, Hesa A. Reproductive health and neonatal consequences of unintended childbearing among Saudi women. J Nurs Educ Pract [Internet]. 2014;5(1):115–20. Available from: http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/view/4700
17. Lestary H. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Kehamilan Tidak Diinginkan pada Wanita Usia 15-49 Tahun di Indonesia (Analisis Data Sekunder SDKI 2002-2003). 2004.
18. Nurcahyani DA, Trihandini I. Kehamilan yang Tidak Diinginkan dan Berat Badan Lahir Bayi. Kesmas J Kesehat Masy Nas [Internet]. 2013;7(8):354–9. Available from: http://jurnalkesmas.ui.ac.id/kesmasphj/article/view/21
19. Pajung Surbakti. Survei Sosial Ekonomi Nasional. Badan Pusat Statistik; 1995.
20. Berliana S. Status Kehamilan dan Pengaruhnya Terhadap Perilaku Perawatn Kehamilan. 2010.
21. PKBI. KTD (Kehamilan yang Tidak Diinginkan) Seri Kesehatan Reproduksi Perempuan. Jakarta; 1998.
22. Joyce TJ, Kaestner R, Korenman S. The effect of pregnancy intention on child development. Demography [Internet]. Springer; 2000;37(1):83–94. Available from: http://link.springer.com/article/10.2307/2648098
23. Anggraini K. NoNiat Kehamilan dan Perilaku Pemeriksaan K1 dan K4 pada Perempuan Usia Reproduksi di Indonesia (Analisis Data SDKI Tahun 2012). Title. Universitas Indonesia; 2014.
24. Hambert.L et.all. The Effect of Pregnancy Intention on Important Maternal Behaviors and Satisfaction with Care in a Socially and Economically At-Risk Population. , 15 : Matern Child Heal J. 2011;(15):1055–66.
25. Dye TD, Wojtowycz MA, Aubry RH, Quade J, Kilburn H. Unintended pregnancy and breast-feeding behavior. Am J Public Health [Internet]. American Public Health Association; 1997;87(10):1709–11. Available from: http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.87.10.1709
26. Graft-johnson J De, Kerber K, Tinker A, Otchere S, Narayanan I, Shoo R, et al. continuum of care. :23–36.
27. Aprianda R. Hubungan Kehamilan Tidak Diinginkan dengan Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Perkotaan di Indonesia Tahun 2012 (Analisis Data Riskesdas 2010). 2014.
28. Pulley.et.all. The Extent of Pregnancy Mistiming and Its Association With Maternal Characteristics and Behaviors and Pregnancy Outcomes. Perspect Sex Reprod Health. 2002;34(4):206–11.
29. Dewi Y. Penghayatan Peran Ibu pada Perempuan yang Mengalami Kehamilan Tidak Diinginkan. Universitas Indonesia; 2005.
30. Tawi M (2008). Imunisasi dan Faktor yang Mempengaruhinya. 2010;
31. Kementerian Kesehatan. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019 KepMenKes RI Nomor HK 02 02 MENKES 52 2015. 2015; Available from: www.perpustakaan.depkes.go.id

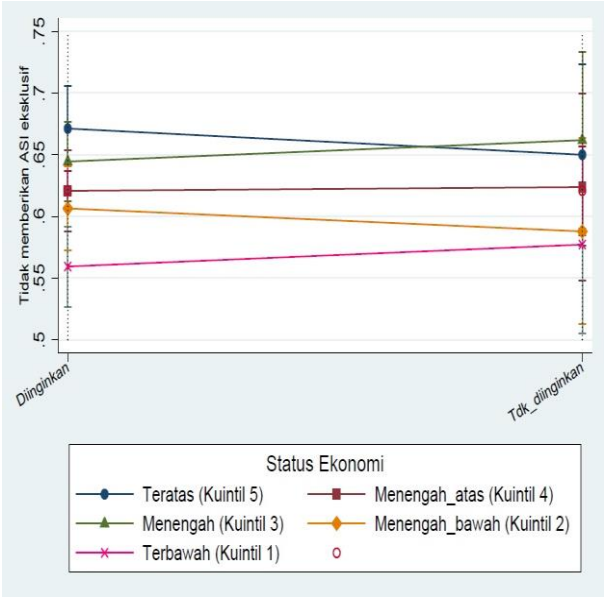
Lampiran

Tabel 4 Pengaruh status kehamilan tidak diinginkan terhadap perilaku ibu selama kehamilan dan setelah kelahiran dilihat dari status ekonomi di Indoneisa, tahun 2012

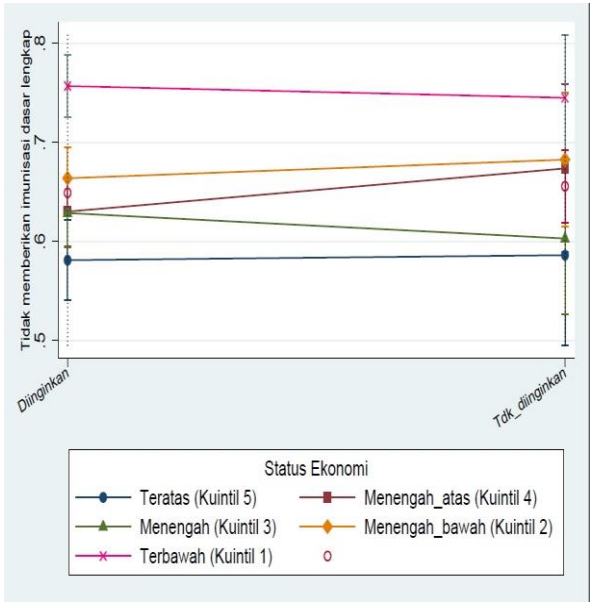
Variabel terikat	Status Ekonomi															
	Kuintil 5				Kuintil 4				Kuintil 3				Kuintil 2				Kuintil 1			
	Intended	Unintended	Beda proporsi	Odd Ratio (OR)	Intended	Unintended	Beda proporsi	Odd Ratio (OR)	Intended	Unintended	Beda proporsi	Odd Ratio (OR)	Intended	Unintended	Beda proporsi	Odd Ratio (OR)	Intended	Unintended	Beda proporsi	Odd Ratio (OR)
Tidak melakukan perawatan kehamilan sesuai kriteria	9,3	**18,0**	8,7	2,2	14,5	**30,3**	15,8	2,5	19,1	**39,1**	20,0	2,8	26,7	**40,7**	14,0	1,9	42,8	**56,1**	13,3	1,7
Tidak memberikan ASI eksklusif	69,6	**65,0**	4,9	0,8	63,6	**60,5**	3,1	0,8	65,2	**63,8**	1,4	0,9	60,3	**55,9**	4,4	0,8	53,1	**52,7**	0,4	1,0
Tidak memberikan imunisasi dasar lengkap	56,1	**60,5**	4,4	1,2	61,5	**70,9**	9,4	1,5	61,8	**64,2**	2,4	1,1	66,0	**71,3**	5,3	1,3	76,9	**78,7**	1,8	1,1



Gambar 2a. Pengaruh status kehamilan tidak diinginkan terhadap perilaku perawatan kehamilan berdasarkan status ekonomi



Gambar 2b. Pengaruh status kehamilan tidak diinginkan terhadap perilaku pemberian ASI eksklusif berdasarkan status ekonomi



Gambar 2c. Pengaruh status kehamilan tidak diinginkan terhadap perilaku pemberian imunisasi dasar lengkap berdasarkan status ekonomi