



Universitas Indonesia

**NIAT KEHAMILAN DAN PERILAKU PEMERIKSAAN K1
DAN K4 PADA PEREMPUAN USIA REPRODUKSI DI
INDONESIA (ANALISIS DATA SDKI TAHUN 2012)**

TESIS

Kirana Anggraini

1306351430

KLAS :
INDIK : 8847
TERIMA : 02/02/20
ALFA :
BACINDARI :

**PROGRAM MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
DEPARTEMEN KESEHATAN REPRODUKSI
UNIVERSITAS INDONESIA**

2014



Universitas Indonesia

**NIAT KEHAMILAN DAN PERILAKU PEMERIKSAAN K1
DAN K4 PADA PEREMPUAN USIA REPRODUKSI DI
INDONESIA (ANALISIS DATA SDKI TAHUN 2012)**

TESIS

Kirana Anggraini

1306351430

**PROGRAM MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
DEPARTEMEN KESEHATAN REPRODUKSI
UNIVERSITAS INDONESIA**

2014



Universitas Indonesia

**NIAT KEHAMILAN DAN PERILAKU PEMERIKSAAN K1
DAN K4 PADA PEREMPUAN USIA REPRODUKSI DI
INDONESIA (ANALISIS DATA SDKI TAHUN 2012)**

TESIS

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Magister Kesehatan
Masyarakat Pada Program Studi Kesehatan Reproduksi Fakultas Kesehatan
Masyarakat Universitas Indonesia**

Kirana Anggraini

1306351430

**PROGRAM MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
DEPARTEMEN KESEHATAN REPRODUKSI
UNIVERSITAS INDONESIA**

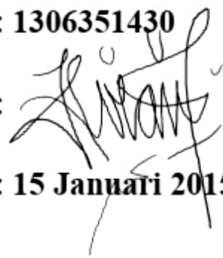
2014

Tesis ini adalah hasil karya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar.

Nama : Kirana Anggraini

NPM : 1306351430

Tanda Tangan :



Tanggal : 15 Januari 2015

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Kirana Anggraini

NPM : 1306351430

Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Judul Tesis : Niat Kehamilan dan Perilaku Pemeriksaan K1 dan K4 Pada Perempuan Usia Reproduksi di Indonesia (Analisis Data SDKI Tahun 2012)

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia




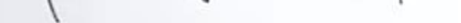
Dewan penguji

Pembimbing : Dr. dr. Krisnawati Bantas, MKes

Pembimbing : Dr. drg. Sandra Fikawati, MPH

Penguji : dr. Anung Sugihantono, M.Kes

Penguji : Dr. dr. Assangga Guyansyah. SpOG (K), M.kes

()
()
()
() 14/1/15

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 15 Januari 2015

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, berkat, dan karunia-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan tesis, yang merupakan salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Indonesia. Ucapan terima kasih juga saya sampaikan kepada berbagai pihak yang telah membantu saya dalam proses penyelesaian tesis ini. Ucapan terima kasih saya sampaikan kepada:

1. Dr.dr. Krisnawati Bantas, MKes, selaku dosen pembimbing yang telah mencurahkan segenap pikiran, waktu dan tenaga untuk membimbing saya dalam proses penyelesaian tesis ini. Setiap pikiran yang beliau curahkan, sangat membantu saya untuk membangun pemahaman dan benang merah dari setiap masalah yang saya hadapi dalam menyelesaikan tesis ini.
2. Dr. drg. Sandra Fikawati, MPH selaku dosen pembimbing yang telah membimbing saya untuk melakukan penulisan dengan benar. Setiap masukan yang beliau berikan telah meningkatkan pengetahuan saya untuk dapat menulis dengan benar, sehingga tujuan yang saya ingin sampaikan dari penelitian ini dapat lebih mudah dipahami.
3. Dr Anung Sugihantono, M Kes selaku penguji eksternal. Terima kasih atas segenap masukan yang telah diberikan, yang telah membantu membangun pemahaman saya tentang ilmu perilaku dengan lebih mendalam.
4. Dr. dr Assangga Guyansyah. SpOG(K) FER, MKes, selaku penguji eksternal. Terima kasih atas segenap masukan yang telah diberikan, sehingga mendorong saya untuk melakukan penelitian lebih lanjut untuk memahami masalah ini di Indonesia.
5. Seluruh staf pengajar dari Departemen Kesehatan Reproduksi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, yang dengan pengajarannya telah memperluas pemahaman saya tentang masalah kesehatan reproduksi di Indonesia.
6. Seluruh staf penunjang akademik dari Departemen Kesehatan Reproduksi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, yang telah sangat membantu saya dalam menyelesaikan segala permasalahan yang saya hadapi selama menjalankan proses perkuliahan sampai sidang akhir.
7. Dr Rifalisanto, suamiku tersayang, yang dengan sabar memahami kesibukan . yang saya jalani dalam proses penyelesaian tesis ini. Haidar Ibrahim Al-Fatih, putraku tersayang, yang selalu memberikan semangat kepada saya untuk menyelesaikan setiap masalah yang saya hadapi dalam proses penyelesaian tesis ini.

8. Ayahanda Djoko Sulistyو dan ayahanda Rusdi Malik, serta ibunda Emilia Amir dan ibunda Essy Malik, orang tua yang amat saya sayangi dan saya hormati. Setiap doa yang terucap telah memudahkan langkah saya dalam menyelesaikan tesis ini.
9. Seluruh teman-teman di bagian Kesehatan Reproduksi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Melalui penelitian yang telah saya lakukan, semoga dapat memberikan manfaat dan masukkan , serta meningkatkan pengetahuan tentang masalah kesehatan reproduksi di Indonesia.

Depok, 15 Januari 2015

Kirana Anggraini

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Kirana. Anggraini
NPM : 1306351430
Program Studi : Pasca Sarjana
Departemen : Kesehatan reproduksi
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Nonesklusif** (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Niat Kehamilan dan Perilaku Pemeriksaan K1 dan K4 pada Perempuan Usia Reproduksi di Indonesia (Analisis Data SDKI Tahun 2012)

Dengan Hak Bebas Royalti Nonesklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada Tanggal : 15 Januari 2015

Yang menyatakan

(Kirana Anggraini)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan di bawah ini, saya :

Nama : Kirana Anggraini

NPM : 1306351430

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Peminatan : Kesehatan Reproduksi

Tahun Akademik : 2013/2014

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam tesis yang berjudul:

Niat Kehamilan dan Perilaku Pemeriksaan K1 dan K4 pada Perempuan Usia Reproduksi di Indonesia (Analisis Data SDKI Tahun 2012)

Apabila suatu saat nanti saya terbukti melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar – benarnya

Jakarta, 15 Januari 2015



Kirana Anggraini

ABSTRAK

Nama : Kirana. Anggraini

Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Judul : Niat Kehamilan dan Perilaku Pemeriksaan K1 dan K4 Pada Perempuan Usia Reproduksi di Indonesia (Analisis Data SDKI Tahun 2012)

Latar Belakang: Penelitian tentang niat kehamilan dengan perilaku pemeriksaan kehamilan di Indonesia belum pernah dilakukan. Adanya perbedaan persepsi sebesar 0,6 persen antara fertilitas yang diinginkan, yaitu bayi yang dilahirkan dari perempuan yang menginginkan kehamilannya (2 persen) dengan fertilitas total, yaitu bayi yang dilahirkan dari seluruh perempuan (2,6 persen) serta rendahnya kunjungan K1 dan K4 di Indonesia melatarbelakangi peneliti untuk melakukan penelitian ini.

Metode penelitian: Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional*, dengan menggunakan data sekunder, yaitu Survei Demografi Kesehatan Indonesia Tahun 2012, dari 3955 responden yang melahirkan anak dalam waktu 5 tahun sebelum survey dilakukan. Peneliti melakukan penilaian tentang prevalensi kehamilan yang diinginkan, tidak diinginkan, tidak direncanakan, serta prevalensi kunjungan K1 dan K4. Penelitian ini juga menilai hubungan antara kehamilan tidak diinginkan maupun yang tidak direncanakan dengan kunjungan K1 dan K4 dengan menggunakan analisis multivariat regresi logistik.

Hasil Penelitian: Prevalensi perempuan yang mengalami kehamilan yang diinginkan sebesar 85 persen, kehamilan yang tidak direncanakan sebesar 7 persen, dan kehamilan yang tidak diinginkan sebesar 8 persen. Sedangkan prevalensi perempuan yang melakukan kunjungan K1 sebesar 91,3 persen dan K4 sebesar 86,6 persen. Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan antara kehamilan yang tidak diinginkan dan tidak direncanakan dengan perilaku perempuan dalam melakukan kunjungan K1 dan K4 ($p=0,000$). Perempuan yang mengalami kehamilan yang tidak diinginkan mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K1 sebesar 1,719 kali dibandingkan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan (IK 95% 1,430-2,068). Perempuan yang mengalami kehamilan yang tidak direncanakan mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K1 sebesar 1,638 kali dibandingkan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan (IK 95% 1,373-1,954). Perempuan yang mengalami kehamilan yang tidak diinginkan mempunyai kecenderungan

untuk tidak melakukan kunjungan K4 sebesar 1,440 kali dibandingkan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan (IK95% 1,219-1,702). Perempuan yang mengalami kehamilan yang tidak direncanakan mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K4 sebesar 1,518 kali dibandingkan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan (IK 95% 1,294-1,782).

Kata kunci: perempuan, kehamilan tidak diinginkan, kehamilan tidak direncanakan, kunjungan K1, kunjungan K4.

ABSTRACT

Name : Kirana. Anggraini
Program : Postgraduate Public Health
Title : Pregnancy Intentions and Behavior of Women Visiting K1 and K4 by
Reproducing Women Age in Indonesia (DHS Data Analysis, 2012)

Background: Research on behavioral intentions pregnancy with prenatal care in Indonesia has not been done. There is a difference in the perception at 0.6 percent between desired fertility, ie babies born from the women who wanted pregnancy (2 percent) with a total fertility, ie babies born from all women (2.6 percent) and low visiting by K1 and K4 in Indonesian.

Methods: This study used a cross-sectional design, using secondary data (Demographic Health Survey, 2012) from 3955 respondents who gave birth to a child within five years before the survey was conducted. Researchers conducted an assessment of the prevalence of wanted pregnancies, unwanted pregnancies, mistimed pregnancies, and the prevalence of visits K1 and K4. This study also assessed the relationship between unwanted pregnancy and mistimed pregnancy with visiting K1 and K4 by using multivariate logistic regression analysis.

Results: The prevalence of women facing wanted pregnancies by 85 percent, mistimed pregnancies by 7 percent, and unwanted pregnancies by 8 percent. While the prevalence of women who visit K1 by 91.3 percent and K4 by 86.6 percent. The results showed an association between unwanted and mistimed pregnancy by the behavior of women visiting K1 and K4 ($p = 0.000$). Women who experience an unwanted pregnancy have a tendency not make a visit to K1 at 1,719 times compared to women who wanted pregnancies (95% CI 1.430 to 2.068). Women who experience mistimed pregnancy have a tendency not make a visit to K1 at 1,638 times compared to women who wanted pregnancies (95% CI 1.373 to 1.954). Women who experience an unwanted pregnancy have a tendency not make a visit to K4 at 1,440 times compared to women who wanted pregnancies (95% CI 1.219 to 1.702). Women who experience mistimed pregnancy have a tendency not make a visit to K4 at 1,518 times compared to women who wanted pregnancies (95% CI 1.294 to 1.782).

Keywords: women, pregnancy is unwanted, mistimed pregnancy, visit to K1 and K4.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	vii
HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT	viii
ABSTRAK.....	ix
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL.....	xviii
DAFTAR GAMBAR	xx
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah.....	4
1.3 Pertanyaan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Penelitian.....	6
1.3.2 Tujuan Umum.....	6
1.3.3 Tujuan Khusus.....	6
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
1.5 Ruang Lingkup Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Perilaku.....	8
2.2 Sikap.....	9
2.3 Pemeriksaan Kehamilan	10
2.4 Faktor–Faktor Yang Berhubungan Dengan Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan	12
2.4.1 Niat Kehamilan.....	12
2.4.2 Status Ekonomi.....	13
2.4.3 Status Pernikahan	13
2.4.4 Pekerjaan.....	13

2.4.5 Pendidikan.....	13
2.4.6 Pengetahuan Tentang Manfaat Pemeriksaan Kehamilan.....	14
2.4.7 Usia.....	14
2.4.8 Agama.....	14
2.4.9 Etnis.....	14
2.4.10 Kondisi Kesehatan Saat Hamil.....	15
2.4.11 Riwayat Obstetrik Sebelumnya.....	15
2.4.12 Jarak Kehamilan.....	15
2.4.13 Paritas.....	15
2.4.14 Penghasilan Keluarga.....	16
2.5.15 Wilayah Tempat Tinggal.....	16
2.5.16 Sikap Dan Prilaku Petugas Kesehatan.....	16
2.5.17 Keikutsertaan Dalam Asuransi Kesehatan.....	16
2.5.18 Keterjangkauan Pelayanan Kesehatan.....	17
2.5 Niat Kehamilan.....	17
2.6 Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Niat Kehamilan.....	18
2.6.1 Pendidikan.....	18
2.6.2 Status Ekonomi.....	19
2.6.3 Status Pernikahan.....	19
2.6.4 Usia.....	19
2.6.5 Paritas.....	20
2.6.6 Wilayah Tempat Tinggal.....	20
2.6.7 Ras.....	20
2.6.8 Penghasilan.....	21
2.6.9 Pekerjaan.....	21
2.6.9 Jarak Antar Kehamilan.....	21
2.6.10 Agama.....	21
2.7 Kerangka Teori.....	22
BAB III KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL.	23
3.1 Kerangka Konsep.....	23
3.2 Hipotesis.....	24
3.3 Definisi Operasional.....	24

BAB IV METODOLOGI PENELITIAN.....	28
4.1 Desain Penelitian.....	28
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	28
4.3 Populasi, Sampel dan Besar Sampel	28
4.3.1 Sumber Sampel Penelitian	28
4.3.2 Besar Sampel.....	30
4.3.2.1 Perhitungan besar sampel untuk menghitung prevalensi.....	30
4.3.2.2 Perhitungan besar sampel untuk uji hipotesis	31
4.4 Cara pengambilan sampel.....	33
4.5 Pengolahan Data.....	33
4.6 Analisis Data.....	33
BAB V HASIL PENELITIAN	35
5.1 Prevalensi Kunjungan K1 dan K4 Menurut Provinsi di Indonesia	35
5.2 Prevalensi Niat Kehamilan Menurut Provinsi di Indonesia	37
5.3 Analisis Deskriptif Subjek Penelitian.....	39
5.3.1 Distribusi Frekuensi Usia Responden.....	39
5.3.2 Distribusi Frekuensi Jarak Lahir Responden	40
5.3.3 Distribusi Frekuensi Paritas Responden	41
5.3.4 Distribusi Frekuensi Wilayah Tempat Tinggal Responden	42
5.3.5 Distribusi Frekuensi Status Pernikahan Responden	42
5.3.6 Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan Responden.....	42
5.3.7 Distribusi Frekuensi Tingkat Ekonomi Responden.....	43
5.4 Analisis Bivariat	43
5.4.1 Hubungan Antara Variabel Independen Dengan Kunjungan K1	43
5.4.1.1 Hubungan Antara Niat Kehamilan Dengan Kunjungan K1	43
5.4.1.2 Hubungan Antara Jarak Lahir Dengan Kunjungan K1	44
5.4.1.3 Hubungan Antara Usia Dengan Kunjungan K1	45
5.4.1.4 Hubungan Antara Paritas Dengan Kunjungan K1	46
5.4.1.5 Hubungan Antara Wilayah Tempat Tinggal Dengan Kunjungan K1	47
5.4.1.6 Hubungan Antara Status Pernikahan Dengan Kunjungan K1	47
5.4.1.7 Hubungan Antara Tingkat Pendidikan Dengan Kunjungan K1	48
5.4.1.8 Hubungan Antara Tingkat Ekonomi Dengan Kunjungan K1	49

5.4.2 Hubungan Antara Variabel Independen Dengan Kunjungan K4	50
5.4.2.1 Hubungan Antara Niat Kehamilan Dengan Kunjungan K4	50
5.4.2.2 Hubungan Antara Jarak Lahir Dengan Kunjungan K4	50
5.4.2.3 Hubungan Antara Usia Dengan Kunjungan K4	51
5.4.2.4 Hubungan Antara Paritas Dengan Kunjungan K4	52
5.4.2.5 Hubungan Antara Wilayah Tempat Tinggal Dengan Kunjungan K4....	53
5.4.2.6 Hubungan Antara Status Pernikahan Dengan Kunjungan K4.....	53
5.4.2.7 Hubungan Antara Tingkat Pendidikan Dengan Kunjungan K1	54
5.4.2.8 Hubungan Antara Tingkat Ekonomi Dengan Kunjungan K1	55
5.5 Analisis Multivariat	56
5.5.1 Analisis Multivariat Regresi Logistik Kunjungan K1	57
5.5.1.1 Model Awal Analisis Multivariat	57
5.5.1.2 Analisis Variabel Interaksi	58
5.5.1.3 Model Akhir Analisis Multivariat.....	60
5.5.1.4 Analisis Variabel Konfounder	62
5.5.2 Analisis Multivariat Regresi Logistik Kunjungan K4	63
5.5.2.1 Model Awal Analisis Multivariat	63
5.5.2.2 Analisis Variabel Interaksi	64
5.5.2.3 Model Akhir Analisis Multivariat.....	67
5.5.2.4 Analisis Variabel Konfounder	69
BAB VI PEMBAHASAN.....	71
6.1 Keterbatasan Penelitian	71
6.1.1 Kerancuan Temporal	71
6.1.2 Keterbatasan Data	71
6.1.3 Recall Bias (Bias Mengingat)	71
6.1.4 Bias Misclassification	71
6.2 Hasil Analisis Univariat.....	72
6.2.1 Prevalensi Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan	72
6.2.2 Prevalensi Niat Kehamilan	73
6.2.3 Hasil Analisis Univariat Variabel Independen	74
6.3 Hasil Analisis Multivariat.....	76
6.3.1 Hubungan Antara Kehamilan Tidak Diinginkan Dengan Kunjungan K1.....	76

6.3.2 Hubungan Antara Kehamilan Tidak Direncanakan Dengan Kunjungan K1 ...	76
6.3.3 Hubungan Antara Kehamilan Tidak Diinginkan Dengan Kunjungan K4.....	77
6.3.4 Hubungan Antara Kehamilan Tidak Direncanakan Dengan Kunjungan K4 ...	78
6.3.5 Variabel Yang Berhubungan Dengan Kunjungan K1 dan K4.....	78
6.3.5.1 Usia.....	78
6.3.5.2 Tingkat Pendidikan	79
6.3.5.3 Tingkat Ekonomi.....	80
6.3.5.4 Paritas	81
6.3.5.5 Wilayah Tempat Tinggal	81
6.3.5.6 Status Pernikahan	82
6.3.5.7 Jarak Kelahiran	83
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN	84
7.1 Kesimpulan	84
7.2 Saran	85
7.2.1 Untuk Pembuat Program Dan Kebijakan	85
7.2.2 Untuk Ilmuan	86
DAFTAR REFERENSI	88
LAMPIRAN	96

DAFTAR TABEL

Tabel 3.3.1 Daftar definisi operasional variabel prediktor utama	24
Tabel 3.3.2 Daftar definisi operasional variabel potensial konfounder	24
Tabel 3.3.3 Daftar definisi operasional variabel outcome	27
Tabel 4.3.2.1 Besar sampel yang diperlukan untuk penelitian deskriptif kategorik.....	30
Tabel 4.3.2.2.1 Besar sampel yang diperlukan untuk uji hipotesis	32
Tabel 4.3.2.2.2 Perhitungan besar sampel minimal yang diperlukan	33
Tabel 5.1.1 Distribusi frekuensi kunjungan K1 dan K4.....	35
Tabel 5.1.2 Analisis deskriptif kunjungan K1 dan K4.....	36
Tabel 5.1.3 Prevalensi kunjungan K1 dan K4	36
Tabel 5.2.1 Distribusi frekuensi niat kehamilan	37
Tabel 5.2.2 Analisis deskriptif niat kehamilan	37
Tabel 5.2.3 Prevalensi niat kehamilan	38
Tabel 5.3.1.1 Analisis deskriptif usia responden	38
Tabel 5.3.1.2 Distribusi frekuensi usia responden	39
Tabel 5.3.1.3 Distribusi frekuensi usia pada kelompok usia 12-20 tahun	39
Tabel 5.3.1.4 Distribusi frekuensi usia pada kelompok usia 36-48 tahun	40
Tabel 5.3.2.1 Analisis deskriptif jarak lahir responden	40
Tabel 5.3.3.1 Analisis deskriptif paritas responden	41
Tabel 5.3.3.2 Distribusi frekuensi paritas responden	41
Tabel 5.3.4 Distribusi frekuensi wilayah tempat tinggal responden.....	42
Tabel 5.3.5 Distribusi frekuensi status pernikahan responden	42
Tabel 5.3.6 Distribusi frekuensi tingkat pendidikan responden	42
Tabel 5.3.7 Distribusi frekuensi tingkat ekonomi responden.....	43
Tabel 5.4.1.1 Hubungan antara niat kehamilan dengan kunjungan K1	44
Tabel 5.4.1.2 Hubungan antara jarak lahir dengan kunjungan K1	45
Tabel 5.4.1.3 Hubungan antara usia dengan kunjungan K1	45
Tabel 5.4.1.4 Hubungan antara paritas dengan kunjungan K1	46
Tabel 5.4.1.5 Hubungan antara wilayah tempat tinggal dengan kunjungan K1	47
Tabel 5.4.1.6 Hubungan antara status pernikahan dengan kunjungan K1	47
Tabel 5.4.1.7 Hubungan antara tingkat pendidikan dengan kunjungan K1	48

Tabel 5.4.1.8 Hubungan antara tingkat ekonomi dengan kunjungan K1	49
Tabel 5.4.2.1 Hubungan antara niat kehamilan dengan kunjungan K4	50
Tabel 5.4.2.2 Hubungan antara jarak lahir dengan kunjungan K4	51
Tabel 5.4.2.3 Hubungan antara usia dengan kunjungan K4.....	52
Tabel 5.4.2.4 Hubungan antara paritas dengan kunjungan K4.....	53
Tabel 5.4.2.5 Hubungan antara wilayah tempat tinggal dengan kunjungan K4.....	53
Tabel 5.4.2.6 Hubungan antara status pernikahan dengan kunjungan K4	54
Tabel 5.4.2.7 Hubungan antara tingkat pendidikan dengan kunjungan K4	55
Tabel 5.4.2.8 Hubungan antara tingkat ekonomi dengan kunjungan K4.....	56
Tabel 5.5.1.1 Model awal analisis multivariat (K1)	57
Tabel 5.5.1.2 Model awal analisis variabel interaksi (K1).....	58
Tabel 5.5.1.3 Model akhir analisis multivariat (K1).....	61
Tabel 5.5.1.4 Hasil analisis variabel konfounder (K1)	62
Tabel 5.5.2.1 Model awal analisis multivariat (K4)	63
Tabel 5.5.2.2 Model awal analisis variabel interaksi (K4).....	65
Tabel 5.5.2.3 Model akhir analisis multivariat (K4).....	67
Tabel 5.5.2.4 Hasil analisis variabel konfounder (K4)	69

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.7 Kerangka Teori Penelitian	22
Gambar 3.1.1 Kerangka Konsep Hubungan Antara Niat Kehamilan Dengan K1	23
Gambar 3.1.1 Kerangka Konsep Hubungan Antara Niat Kehamilan Dengan K4	23
Gambar 4.3.1 Alur Pemilihan Populasi Sumber	29

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Setiap tahun di seluruh dunia terdapat jutaan perempuan yang mengalami kehamilan. Kehamilan tersebut dapat terjadi pada perempuan dengan berbagai niat kehamilan. Berdasarkan niat kehamilan tersebut, maka kehamilan dapat dibedakan menjadi 3, yaitu kehamilan yang diinginkan, kehamilan yang tidak direncanakan, dan kehamilan yang tidak diinginkan. Kehamilan disebut diinginkan (*wanted*), apabila kehamilan terjadi pada suami istri yang ingin memiliki anak lagi. Kehamilan disebut tidak direncanakan (*mistimed*), apabila kehamilan terjadi pada pasangan suami istri yang masih menginginkan kehamilan, namun kehamilan tersebut terjadi lebih cepat dari yang direncanakan. Kehamilan disebut tidak diinginkan (*unwanted*), apabila kehamilan terjadi pada pasangan suami istri yang sudah tidak menginginkan anak sama sekali (Eggleston, 2000).

Di dunia, terdapat 210 juta kehamilan yang terjadi setiap tahunnya, sebanyak 38 persen diantaranya merupakan kehamilan tidak diinginkan, 22 persen berakhir dengan aborsi. Di negara maju, dari 28 juta kehamilan setiap tahunnya, sebesar 49 persen merupakan kehamilan tidak diinginkan, 36 persen berakhir dengan aborsi. Di negara berkembang, dari 182 juta kehamilan setiap tahunnya, sebanyak 36 persen merupakan kehamilan tidak diinginkan, 20 persen berakhir dengan aborsi (Tew Susan, 2006). Di Amerika Serikat, dengan menggunakan data dari *National Surveys of Family Growth* (NSFG) tahun 2006-2012, didapatkan 62,9 persen kehamilan yang diinginkan, 23,3 persen kehamilan yang tidak direncanakan, dan 13,8 persen kehamilan yang tidak diinginkan (Henshaw, 1998). Di Indonesia, berdasarkan Survei Demografi Kesehatan Indonesia tahun 2012 (BPS, 2013), terdapat 86 persen kelahiran yang diinginkan, 7 persen kelahiran yang tidak direncanakan dan 7 persen kelahiran yang tidak diinginkan. Berdasarkan keinginan untuk memiliki anak lagi, pada responden perempuan berusia 15-49 tahun yang sudah menikah, didapatkan sebanyak 15 persen perempuan 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 ingin menginginkan anak lagi, 25 persen belum merencanakan memiliki anak lagi, dan 45 persen tidak ingin memiliki anak lagi.

Kehamilan tidak diinginkan merupakan masalah global. Kehamilan tidak diinginkan menyumbang 700.000 kematian ibu setiap tahunnya, yang terjadi akibat komplikasi yang terjadi saat hamil dan melahirkan (36 persen) dan komplikasi akibat aborsi yang tidak aman (64 persen). Penelitian menunjukkan bahwa kematian ibu yang berhubungan dengan kehamilan tidak diinginkan terbanyak terjadi di negara berkembang (Tew Susan, 2006). Berbagai penelitian menunjukkan bahwa anak yang lahir dari ibu yang mengalami kehamilan tidak diinginkan memiliki hasil kesehatan yang lebih buruk dibandingkan dengan anak yang lahir hidup dari ibu dengan kehamilan yang tidak direncanakan maupun kehamilan yang diinginkan. Penelitian menunjukkan bahwa perempuan dengan kehamilan yang tidak diinginkan cenderung lebih sedikit untuk melakukan pemeriksaan kehamilan sebelum persalinan, merokok pada trimester ketiga, melahirkan anak dengan berat bayi lahir rendah, dan tidak menyusui bayinya (D'Angelo DV, 2004). Anak-anak yang dilahirkan dari ibu yang tidak menginginkan kehamilannya memiliki hasil kesehatan dan pencapaian pendidikan yang lebih buruk (Marston, 2003). Perempuan yang tidak menginginkan kehamilan saat hamil cenderung memiliki hasil kesehatan yang lebih buruk (Barber, 1999).

Negara – negara yang memiliki tingkat kehamilan tidak diinginkan yang tinggi, akan memiliki masalah dalam ketersediaan dan distribusi sumber daya nasional dibandingkan dengan negara dengan tingkat kehamilan tidak diinginkan yang rendah (Petro, 2002). Studi menunjukkan bahwa ibu yang mengalami kehamilan tidak diinginkan berisiko untuk melahirkan bayi prematur serta memiliki risiko terjadinya gangguan psikososial dalam perkembangannya (Orr, 2000). Studi lain menunjukkan bahwa kehamilan dan kelahiran yang tidak diinginkan dapat menurunkan partisipasi ibu untuk meningkatkan pendidikan dan mendapatkan pekerjaan. Hal ini dapat menyebabkan masalah ekonomi baik pada ibu dan anak (Thomas, 2012).

Pengaruh kehamilan yang tidak diinginkan terhadap perilaku perempuan dalam melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan menjadi perhatian karena pemeriksaan kehamilan yang dilakukan secara rutin bermanfaat untuk mengetahui kondisi kesehatan perempuan yang dapat mempengaruhi kesehatannya selama hamil serta mempengaruhi pertumbuhan janin yang dikandungnya. Jenis-jenis pemeriksaan yang dilakukan saat kunjungan bermanfaat untuk melakukan penapisan terhadap kondisi yang dapat mengancam nyawa seperti anemia berat, infeksi, perdarahan pervaginam, eklampsi/preeklampsi, kelainan pertumbuhan janin, kelainan letak janin pada usia 36 minggu, serta kondisi lain seperti deteksi malaria, tuberkulosis, sifilis, dan penyakit menular seksual lainnya, serta deteksi kelainan sistemik seperti diabetes, penyakit jantung, anemia serta malnutrisi yang memerlukan perawatan selama kehamilan (USAID, 2007). Beberapa penelitian menunjukkan bahwa

kurangnya kunjungan pemeriksaan kehamilan merupakan faktor risiko kematian pada ibu. Risiko kematian pada ibu dapat diturunkan dengan melakukan skrining kondisi kehamilan yang buruk saat pemeriksaan kehamilan (Kwast, 1993).

Penelitian tentang hubungan antara niat kehamilan dengan perilaku ibu hamil dalam melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan telah dilakukan di beberapa negara. Perilaku ibu dalam melakukan pemeriksaan kehamilan yang dinilai meliputi kunjungan K1 dan K4. K1 adalah kunjungan pemeriksaan kehamilan pertama kali sebelum bulan keempat kehamilan. K4 adalah kelengkapan kunjungan pemeriksaan kehamilan sebanyak 4 kali dengan jadwal minimal 1 kali pada trimester pertama, minimal 1 kali pada trimester kedua, dan minimal dua kali pada trimester ketiga (BPS, 2013).

Penelitian tentang hubungan antara niat kehamilan dengan perilaku ibu selama kehamilan telah banyak dilakukan. Penelitian di Ecuador menunjukkan bahwa perempuan dengan kehamilan yang tidak diinginkan 30 persen lebih sedikit yang melakukan pemeriksaan kehamilan ke petugas kesehatan, 25 persen lebih sedikit yang melakukan pemeriksaan pada trimester pertama kehamilan, dan 29 persen lebih sedikit yang melakukan pemeriksaan kehamilan dengan lengkap dibandingkan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan (Eggleston, 2000). Secara keseluruhan, studi menunjukkan hubungan yang konsisten antara kehamilan yang tidak diinginkan dan keterlambatan pemeriksaan kehamilan meskipun menggunakan sampel yang beragam (sampel nasional dari perempuan di Amerika Serikat, sampel besar yang terdiri dari perwakilan perempuan yang tinggal di Amerika Serikat, dan sampel perempuan di Thailand). Penelitian ini secara konsisten menunjukkan bahwa perempuan dengan kehamilan yang tidak direncanakan dan kehamilan yang tidak diinginkan memulai pemeriksaan kehamilan di waktu yang berbeda dibandingkan perempuan yang menginginkan kehamilan tersebut. Perempuan dengan kehamilan yang tidak direncanakan dan tidak diinginkan lebih sedikit yang melakukan kunjungan untuk melakukan pemeriksaan kehamilan ke pelayanan kesehatan dibandingkan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan (Ragupathy, 1997).

Adanya perbedaan persepsi sebesar 0,6 persen antara fertilitas yang diinginkan, yaitu bayi yang dilahirkan dari perempuan yang menginginkan kehamilannya (2 persen) dengan fertilitas total, yaitu bayi yang dilahirkan dari seluruh perempuan (2,6 persen) diduga berhubungan dengan cakupan kunjungan K1 (80 persen) dan K4 (74 persen) yang masih dibawah target Program Kesehatan Ibu di Indonesia sebesar 95 persen (BPS, 2013).

1.2 Perumusan Masalah

Saat ini di Indonesia, terdapat 86 persen kelahiran yang diinginkan, 7 persen kelahiran yang tidak direncanakan dan 7 persen kelahiran yang tidak diinginkan. Selain itu, juga terdapat perbedaan persepsi sebesar 0,6 persen antara fertilitas yang diinginkan, yaitu bayi yang dilahirkan dari perempuan yang menginginkan kehamilannya sebesar 2 persen dengan fertilitas total, yaitu bayi yang dilahirkan dari seluruh perempuan sebesar 2,6 persen (BPS, 2013). Kehamilan tidak diinginkan merupakan masalah global. Kehamilan tidak diinginkan menyumbang 700.000 kematian ibu setiap tahunnya. Penelitian menunjukkan bahwa kematian ibu yang berhubungan dengan kehamilan tidak diinginkan terbanyak terjadi di negara berkembang. Sebanyak 36 persen dari kematian tersebut disebabkan karena komplikasi yang terjadi saat hamil dan melahirkan, dan sebanyak 64 persen disebabkan karena komplikasi akibat aborsi yang tidak aman (Tew Susan, 2006).

Penelitian menunjukkan bahwa perempuan dengan kehamilan yang tidak diinginkan cenderung lebih sedikit untuk melakukan pemeriksaan kehamilan sebelum persalinan (D'Angelo, 2004). Pengaruh kehamilan yang tidak diinginkan terhadap perilaku perempuan dalam melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan menjadi perhatian karena pemeriksaan kehamilan yang dilakukan secara rutin bermanfaat untuk mengetahui kondisi kesehatan perempuan yang dapat mempengaruhi kesehatannya selama hamil serta mempengaruhi pertumbuhan janin yang dikandungnya. Jenis-jenis pemeriksaan yang dilakukan saat kunjungan bermanfaat untuk melakukan penapisan terhadap kondisi yang dapat mengancam nyawa seperti anemia berat, infeksi, perdarahan pervaginam, eklamsi/preeklamsi, kelainan pertumbuhan janin, kelainan letak janin pada usia 36 minggu, serta kondisi lain seperti deteksi malaria, tuberkulosis, sifilis, dan penyakit menular seksual lainnya, serta deteksi kelainan sistemik seperti diabetes, penyakit jantung, anemia serta malnutrisi yang memerlukan perawatan selama kehamilan (USAID, 2007). Beberapa penelitian menunjukkan bahwa kurangnya kunjungan pemeriksaan kehamilan merupakan faktor risiko kematian pada ibu. Risiko kematian pada ibu dapat diturunkan dengan melakukan skrining kondisi kehamilan yang buruk saat pemeriksaan kehamilan (Kwast, 1993).

Di Indonesia, cakupan kunjungan K1 (80 persen) dan K4 (74 persen) masih dibawah target Program Kesehatan Ibu (95 persen). Selain itu, juga terdapat kesenjangan sebesar 0,6 persen antara angka fertilitas yang diinginkan (2,0 anak per perempuan) dengan angka fertilitas total (2,6 anak per perempuan). Sehingga, peneliti menduga bahwa terdapat hubungan antara cakupan kunjungan K1 dan K4 yang masih dibawah target dengan adanya kesenjangan antara fertilitas total dengan fertilitas yang diinginkan di Indonesia (BPS, 2013).

Penelitian tentang hubungan antara niat kehamilan dengan perilaku ibu selama kehamilan telah banyak dilakukan. Penelitian di Ecuador menunjukkan bahwa perempuan dengan kehamilan yang tidak diinginkan 30 persen lebih sedikit yang melakukan pemeriksaan kehamilan ke petugas kesehatan, 25 persen lebih sedikit yang melakukan pemeriksaan pada trimester pertama kehamilan, dan 29 persen lebih sedikit yang melakukan pemeriksaan kehamilan dengan lengkap dibandingkan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan (Eggleston, 2000). Penelitian lain secara konsisten menunjukkan bahwa perempuan dengan kehamilan yang tidak direncanakan dan kehamilan yang tidak diinginkan memulai pemeriksaan kehamilan di waktu yang berbeda dibandingkan perempuan yang menginginkan kehamilan tersebut. Perempuan dengan kehamilan yang tidak direncanakan dan tidak diinginkan lebih sedikit yang melakukan kunjungan untuk melakukan pemeriksaan kehamilan ke pelayanan kesehatan dibandingkan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan (Ragupathy, 1997). Namun, penelitian tentang hubungan antara niat kehamilan dengan perilaku pemeriksaan kehamilan belum pernah dilakukan di Indonesia.

1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Berapakah prevalensi perempuan yang mengalami kehamilan yang diinginkan?
2. Berapakah prevalensi perempuan yang mengalami kehamilan tidak direncanakan?
3. Berapakah prevalensi perempuan yang mengalami kehamilan yang tidak diinginkan?
4. Berapakah prevalensi perempuan yang melakukan kunjungan K1?
5. Berapakah prevalensi perempuan yang melakukan kunjungan K4?
6. Apakah terdapat hubungan antara kehamilan yang tidak diinginkan dengan perilaku perempuan dalam melakukan kunjungan K1 setelah dikontrol dengan variabel konfounder?
7. Apakah terdapat hubungan antara kehamilan yang tidak direncanakan dengan perilaku perempuan dalam melakukan kunjungan K1 setelah dikontrol dengan variabel konfounder?
8. Apakah terdapat hubungan antara kehamilan yang tidak diinginkan dengan perilaku perempuan dalam melakukan kunjungan K4 setelah dikontrol dengan variabel konfounder?
9. Apakah terdapat hubungan antara kehamilan yang tidak direncanakan dengan perilaku perempuan dalam melakukan kunjungan K4 setelah dikontrol dengan variabel konfounder?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui prevalensi dari berbagai niat kehamilan (kehamilan diinginkan, kehamilan tidak direncanakan, kehamilan tidak diinginkan), prevalensi kunjungan K1 dan K4, serta hubungannya antara berbagai niat kehamilan tersebut (kehamilan diinginkan, kehamilan tidak direncanakan, kehamilan tidak diinginkan) dengan perilaku perempuan dalam melakukan kunjungan K1 dan K4.

1.4.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah :

1. Mengetahui prevalensi perempuan yang mengalami kehamilan yang diinginkan.
2. Mengetahui prevalensi perempuan yang mengalami kehamilan tidak direncanakan.
3. Mengetahui prevalensi perempuan yang mengalami kehamilan yang tidak diinginkan.
4. Mengetahui prevalensi perempuan yang melakukan kunjungan K1.
5. Mengetahui prevalensi perempuan yang melakukan kunjungan K4.
6. Mengetahui hubungan antara kehamilan yang tidak diinginkan dengan perilaku perempuan dalam melakukan kunjungan K1 setelah dikontrol dengan variabel konfounder.
7. Mengetahui hubungan antara kehamilan yang tidak direncanakan dengan perilaku perempuan dalam melakukan kunjungan K1 setelah dikontrol dengan variabel konfounder.
8. Mengetahui hubungan antara kehamilan yang tidak diinginkan dengan perilaku perempuan dalam melakukan kunjungan K4 setelah dikontrol dengan variabel konfounder.
9. Mengetahui hubungan antara kehamilan yang tidak direncanakan dengan perilaku perempuan dalam melakukan kunjungan K4 setelah dikontrol dengan variabel konfounder?

1.5. Manfaat Penelitian

- 1 Pengetahuan tentang prevalensi dari berbagai niat kehamilan (kehamilan diinginkan, kehamilan tidak direncanakan, kehamilan tidak diinginkan) dan prevalensi kunjungan

K1 dan K4 bermanfaat untuk mengetahui besar masalah yang terkait dengan niat kehamilan dan pemeriksaan kehamilan.

- 2 Pengetahuan tentang hubungan antara berbagai niat kehamilan dengan perilaku perempuan dalam melakukan kunjungan K1 dan K4 diharapkan dapat membantu untuk mengetahui apakah diperlukan atau tidaknya pembuatan program untuk meningkatkan kunjungan K1 dan K4 yang terkait dengan niat kehamilan tersebut.

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui prevalensi dari berbagai niat kehamilan (kehamilan diinginkan, kehamilan tidak diinginkan, kehamilan tidak direncanakan), prevalensi kunjungan K1 dan K4, serta hubungan antara kehamilan tidak diinginkan dan kehamilan tidak direncanakan dengan perilaku kunjungan pemeriksaan kehamilan. Latar belakang dilakukannya penelitian ini disebabkan karena adanya perbedaan persepsi sebesar 0,6 persen antara fertilitas yang diinginkan, yaitu bayi yang dilahirkan dari perempuan yang menginginkan kehamilannya (2 persen) dengan fertilitas total, yaitu bayi yang dilahirkan dari seluruh perempuan (2,6 persen) serta rendahnya kunjungan K1 dan K4 di Indonesia. Penelitian ini dilakukan pada tahun 2014 menggunakan data sekunder dari SDKI, 2012 dengan desain *cross sectional*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Sikap

Sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan. Menurut Campbell tahun 1950, dalam Notoadmodjo, 2010, sikap adalah suatu sindrom atau kumpulan gejala dalam merespon stimulus atau objek yang melibatkan pikiran, perasaan, perhatian dan gejala kejiwaan yang lain. Menurut Newcomb, dalam Notoadmodjo, 2010, sikap adalah kesiapan untuk bertindak, bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sehingga fungsi sikap merupakan reaksi tertutup yang mempengaruhi perilaku. Menurut Allport, 1954 dalam Notoadmodjo, 2010, sikap terdiri dari 3 komponen pokok, yakni:

- a. Kepercayaan, keyakinan, ide atau konsep terhadap objek.
- b. Penilaian emosional atau evaluasi seseorang terhadap objek.
- c. Kecendrungan seseorang untuk melakukan tindakan (tend to behave).

Ketiga komponen diatas membentuk sikap yang utuh (total attitude), yang dipengaruhi oleh pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi. Selain itu, sikap juga mempunyai tingkatan berdasarkan intensitasnya, yaitu:

- a. Menerima (receiving), yaitu sikap subjek berupa penerimaan terhadap stimulus yang diberikan.
- b. Menanggapi (responding), yaitu memberikan jawaban atau tanggapan terhadap objek yang dihadapi.
- c. Menghargai (valuing), yaitu memberikan nilai yang positif terhadap objek atau stimulus, seperti mengajak atau mempengaruhi orang lain untuk merespon objek.
- d. Bertanggung jawab (responsible), merupakan sikap yang paling tinggi tingkatannya. Merupakan keyakinan seseorang untuk melakukan tindakan tertentu meskipun terdapat risiko yang terjadi akibat tindakan yang dilakukannya tersebut (Notoadmodjo, 2010).

2.2 Perilaku

Perilaku adalah segala aktifitas makhluk hidup yang terbentuk dalam diri seseorang, yang disebabkan oleh faktor eksternal atau stimulus yang terdiri dari faktor lingkungan fisik dan lingkungan non fisik (sosial, budaya, ekonomi, politik), serta faktor internal yang menentukan

seseorang dalam merespons stimulus dari luar yang meliputi perhatian, pengamatan, persepsi, motivasi, fantasi. Menurut penelitian, faktor eksternal yang memiliki peran yang paling besar dalam membentuk perilaku manusia adalah faktor sosial dan budaya. Perilaku kesehatan adalah respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat sakit seperti lingkungan, makanan, minuman, dan pelayanan kesehatan (Notoadmodjo, 2010).

Salah satu model teoritis yang dapat diterapkan untuk memahami perilaku pemeriksaan kehamilan pada populasi adalah Teori *Planned Behavior* (TPB). TPB merupakan teori yang dikembangkan oleh Ajzen. Teori ini menjelaskan bahwa niat merupakan penentu utama yang mempengaruhi perilaku pemeriksaan kehamilan. Terdapat 3 faktor dari niat yang mempengaruhi perilaku pemeriksaan kehamilan, yaitu:

1. *Attitude* (sikap). Sikap merupakan keyakinan yang dimiliki seseorang yang menentukan perilaku tertentu yang akan dilakukannya. Dalam perilaku pemeriksaan kehamilan, maka semakin positif sikap responden akan semakin optimal tingkat kunjungan pemeriksaannya. Sikap yang mempengaruhi kunjungan pemeriksaan kehamilan antara lain:
 - Niat kehamilan, yaitu apakah perempuan menginginkan kehamilan, tidak merencanakan kehamilan atau tidak menginginkan kehamilan.
 - Pengalaman seseorang terhadap kehamilan sebelumnya. Perempuan yang sudah memiliki banyak anak akan merasa semakin berpengalaman dibandingkan perempuan yang hamil anak pertama.
 - Adanya komplikasi pada kehamilannya yang sekarang atau kehamilan yang sebelumnya.
 - Jarak lahir yang terlalu dekat, menyebabkan perempuan memiliki lebih sedikit waktu luang karena tanggung jawab yang harus dilakukannya untuk mengurus anaknya yang masih kecil.
2. Norma subyektif. Norma subyektif merupakan pengaruh lingkungan sosial atau tekanan sosial pada individu yang akan mempengaruhi perilaku perempuan dalam melakukan pemeriksaan kehamilan. Apabila terdapat penolakan dari lingkungan sosialnya, maka akan semakin sedikit kunjungan pemeriksaan kehamilannya. Norma subjektif yang mempengaruhi perilaku perempuan dalam melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan meliputi:
 - Adanya penolakan dari masyarakat pada perempuan yang hamil sebelum menikah, sehingga merasa malu apabila melakukan pemeriksaan kehamilan.
 - Sikap tenaga kesehatan yang tidak dapat diterima oleh masyarakat.

3. *Perceived behavioral control* (PBC). PBC merupakan usaha untuk melakukan perilaku pada situasi dimana seseorang tidak memiliki kendali penuh untuk mengontrol situasi yang dihadapinya. Sehingga, perilaku yang dilakukannya sangat berhubungan erat dengan tingkat kepercayaan dirinya untuk melakukan perilaku tersebut. Tingkat kepercayaan diri seseorang untuk melakukan pemeriksaan kehamilan ini berhubungan dengan ketersediaan sumber daya yang diperlukan, persepsi yang dimiliki seseorang, serta informasi yang berisi pengalaman masa lalu dari keluarga atau teman tentang melakukan pemeriksaan kehamilan di pusat pelayanan tertentu (Mutuli, 2014).

2.3 Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan

2.3.1 Kunjungan K1

Kunjungan K1 pada kehamilan adalah kontak ibu hamil yang pertama kali dengan petugas kesehatan pada usia kehamilan kurang dari 28 minggu. Apabila cakupan K1 rendah, maka akan berdampak pada rendahnya deteksi dini kehamilan yang berisiko, yang akan mempengaruhi tingginya angka kematian bayi dan angka kematian ibu. Pemeriksaan kesehatan standar yang dilakukan pada K1 meliputi:

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan.
2. Ukur Tekanan Darah
3. Imunisasi *Tetanus Toxoid* (TT)
4. Ukur tinggi fundus uteri
5. Pemberian Tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan
6. Test Laboratorium
7. Temu wicara (konseling), yang terdiri dari Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB pasca persalinan.
8. Nilai status Gizi dengan mengukur lingkaran lengan atas
9. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
10. Tata laksana kasus.

K1 ini mempunyai peranan penting dalam program kesehatan ibu dan anak, yaitu sebagai indikator pemantauan yang dipergunakan untuk mengetahui jangkauan pelayanan antenatal serta kemampuan program dalam menggerakkan masyarakat. Tujuan dilakukannya K1 adalah:

1. Menjalin hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dan klien.

2. Mendeteksi komplikasi-komplikasi/masalah yang dapat diobati yang dapat mengancam nyawa ibu.
3. Melakukan tindakan pencegahan terjadinya tetanus neonatorum, anemia, maupun penggunaan praktek tradisional yang merugikan
4. Memulai mempersiapkan kelahiran dan memberikan pendidikan untuk meningkatkan pengetahuan ibu hamil.
5. Mendorong perilaku yang sehat yang meliputi perbaikan asupan gizi, olahraga, menjaga kebersihan dan istirahat.
6. Mengidentifikasi faktor risiko dengan mengetahui riwayat obstetrik, medis, dan riwayat penyakit pada pasien maupun keluarga.
7. Memberi kesempatan pada ibu dan keluarganya mendiskusikan adanya kekhawatiran tentang kehamilan dan persalinannya (Kemenkes, 2010).

2.3.2 Kunjungan K4

K4 merupakan kelengkapan kunjungan ibu hamil sebanyak 4 kali dengan jadwal minimal 1 kali pada trimester pertama, 1 kali pada trimester kedua dan 2 kali pada trimester ketiga. K4 bertujuan untuk mengenali adanya kelainan letak dan persentasi yang memerlukan keahlihiran di rumah sakit serta mengenali tanda-tanda persalinan. Menurut beberapa sumber, K4 mempunyai beberapa pengertian, yaitu:

1. Berdasarkan indikator MDGs pada *goal 5*, K4 adalah kunjungan ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar paling sedikit empat kali, dengan distribusi pemberian pelayanan minimal satu kali pada triwulan pertama, satu kali pada triwulan kedua dan dua kali pada triwulan ketiga umur kehamilan dan mendapat 90 tablet Fe selama periode kehamilannya di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
2. Berdasarkan Pedoman SPM Bidang Kesehatan tahun 2009 Depkes RI 2009. Menyebutkan bahwa Cakupan kunjungan ibu hamil K-4 adalah cakupan Ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar paling sedikit 4 kali di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
3. Sementara itu berdasarkan Pedoman SPM Bidang Kesehatan Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur sebagai penjabaran dari SPM Bidang Kesehatan Depkes RI, K4 adalah ibu hamil yang kontak dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pelayanan ANC sesuai dengan standar 5 T dengan frekuensi kunjungan minimal 4 kali

selama hamil, dengan syarat trimester I minimal 1 kali, trimester II minimal 1 kali dan trimester III minimal 2 kali (Kemenkes, 2010)

2.3.3 Angka Drop Out

Angka Drop Out (DO) dihitung dengan mengurangi K1 dengan K4. Perhitungan ini dilakukan untuk menganalisis cakupan ibu hamil. Apabila angka DO lebih dari 10 % berarti wilayah tersebut bermasalah dan perlu penelusuran dan intervensi lebih lanjut. Tingginya angka DO menunjukkan bahwa masih banyak ibu hamil yang tidak meneruskan pemeriksaan kehamilannya hingga kunjungan keempat pada trisemester ketiga kehamilannya sehingga akan sulit bagi petugas kesehatan untuk memantau faktor-faktor resiko yang berhubungan dengan kehamilan maupun deteksi dini adanya kelainan pada janin (Kemenkes,2010).

2.4 Faktor–faktor yang berhubungan dengan perilaku kunjungan K1 dan K4

2.4.1 Niat Kehamilan

Penelitian tentang hubungan antara niat kehamilan dengan perilaku ibu selama kehamilan telah banyak dilakukan. Secara keseluruhan, studi menunjukkan hubungan yang konsisten antara kehamilan yang tidak diinginkan dan tidak direncanakan dengan keterlambatan kunjungan K1 dan ketidaklengkapan kunjungan K4 meskipun menggunakan sampel yang beragam, yaitu sampel nasional dari perempuan di Amerika Serikat, sampel besar yang terdiri dari perwakilan perempuan yang tinggal di Amerika Serikat, dan sampel perempuan di Thailand (Ragupathy, 1997). Pada penelitian yang dilakukan di New Jersey's tahun 2000, menggunakan sampel berjumlah 90,000 responden, dengan analisis multivariat regresi logistik, didapatkan bahwa kehamilan tidak diinginkan merupakan faktor risiko yang memiliki dampak terbesar terhadap keterlambatan pemeriksaan kehamilan. Perempuan dengan kehamilan tidak diinginkan 67 persen lebih sedikit untuk melakukan kunjungan K1 (Deanna, 2000). Pada penelitian yang dilakukan di Equador tahun 2000 pada 3041 responden dengan desain *cross sectional*. Hasil analisis multivariat regresi logistik pada penelitian ini menunjukkan hubungan yang bermakna antara kehamilan tidak diinginkan dengan kunjungan K1 ($p < 0.001$, IK 95% 0,6-0,92). Pada penelitian tersebut didapatkan perempuan dengan kehamilan tidak diinginkan, 25 persen lebih sedikit dalam melakukan kunjungan K1 dibandingkan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan (Eggleston, 2000).

Pada penelitian yang dilakukan di 3 wilayah di Tanzania (Rufiji, Kilombero dan Rufanga) tahun 2013, menggunakan sampel berjumlah 910 responden yang melahirkan dalam waktu 2 tahun sebelum dilakukan wawancara. Penelitian ini menggunakan desain *cross*

sectional, uji regresi logistik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perempuan dengan kehamilan tidak direncanakan lebih sedikit dalam melakukan pemeriksaan K1 dibandingkan perempuan dengan kehamilan tidak diinginkan (Exavery, 2013). Pada penelitian yang dilakukan di Thailand tahun 2010 pada 1061 responden dengan desain penelitian *cross sectional*, analisis multivariat regresi logistik. Didapatkan hubungan yang bermakna antara kehamilan tidak direncanakan dengan kunjungan pemeriksaan K1 ($p < 0,001$, OR 0,492). Perempuan yang mengalami kehamilan yang tidak direncanakan 51 persen lebih sedikit yang melakukan kunjungan K1 dibandingkan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan (Masmalai, 2010).

Pada penelitian yang dilakukan di Philipina, menggunakan data DHS tahun 1998 pada perempuan berusia 15-49 tahun yang hamil dalam waktu 5 tahun sebelum dilakukan survei, didapatkan hubungan yang bermakna antara kehamilan tidak diinginkan dengan kunjungan pemeriksaan K4. Perempuan dengan kehamilan tidak diinginkan lebih sedikit yang melakukan kunjungan pemeriksaan K4 dibandingkan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan (Karch, 2012). Pada penelitian yang dilakukan di Thailand tahun 2000 pada 1061 responden dengan desain penelitian *cross sectional*, menggunakan analisis multivariat regresi logistik, didapatkan hubungan yang bermakna antara kehamilan tidak direncanakan dengan kunjungan pemeriksaan K4 ($p < 0,001$). Perempuan yang mengalami kehamilan yang tidak direncanakan 59 persen (OR 0,417) lebih sedikit yang melakukan pemeriksaan K4 dibandingkan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan (Masmalai, 2000). Pada penelitian yang dilakukan di Philipina, menggunakan data DHS tahun 1998 pada perempuan berusia 15-49 tahun yang hamil dalam waktu 5 tahun sebelum dilakukan survei, didapatkan terdapat hubungan yang bermakna antara kehamilan tidak direncanakan dengan kunjungan pemeriksaan K4. Perempuan dengan kehamilan tidak direncanakan lebih sedikit yang melakukan kunjungan pemeriksaan K4 dibandingkan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan (Karch, 2012).

Penelitian tentang hubungan antara niat kehamilan dengan perilaku perempuan dalam melakukan pemeriksaan kehamilan yang dilakukan di Amerika Serikat menunjukkan bahwa perempuan dengan kehamilan yang tidak diinginkan dan yang tidak direncanakan lebih sedikit yang melakukan pemeriksaan pertama sebelum usia kehamilan 4 bulan dibandingkan dengan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan (Kost, 1998). Hasil analisis data DHS dari Kenya dan Namibia tahun 1991 menemukan bahwa di Kenya baik perempuan dengan kehamilan yang tidak diinginkan dan tidak direncanakan melakukan pemeriksaan kehamilan yang lebih sedikit dibandingkan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan. Penelitian di Peru menunjukkan bahwa perempuan dengan kehamilan yang tidak diinginkan lebih sedikit

yang memeriksakan kehamilannya dibandingkan dengan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan dan kehamilan yang tidak direncanakan (Tam, 1991).

2.4.2 Status Ekonomi

Menurut data SDKI, 2012, cakupan pemeriksaan kehamilan pada ibu dengan kuintil kekayaan terbawah (86,9 persen) lebih rendah dibandingkan ibu dengan kuintil kekayaan menengah (97,7 persen) maupun teratas (99,4 persen). Penelitian yang dilakukan oleh Das tahun 2001 menunjukkan bahwa status ekonomi berhubungan dengan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan. Kunjungan pemeriksaan kehamilan lebih rendah pada ibu dengan status ekonomi yang rendah (Das, 2001). Pada penelitian yang dilakukan di Ecuador tahun 2000 dengan sampel berjumlah 3008 responden, desain penelitian *cross sectional*, menggunakan analisis multivariat regresi logistik, menunjukkan hubungan yang bermakna antara tingkat ekonomi dengan kunjungan pemeriksaan K1 ($p < 0,01$). Perempuan dengan sosial ekonomi tinggi 61 persen lebih mungkin untuk melakukan pemeriksaan K1 dan 80 persen lebih mungkin untuk melakukan pemeriksaan K4 (Eggleston, 2000). Pada penelitian metaanalisis tahun 2008 pada 28 jurnal dengan metode penelitian kualitatif maupun kuantitatif, didapatkan hubungan yang bermakna antara tingkat ekonomi dengan kunjungan pemeriksaan kehamilan. Perempuan dengan status ekonomi yang lebih tinggi memiliki kecenderungan untuk melakukan pemeriksaan K1 dan K4 dibandingkan perempuan dengan sosial ekonomi rendah. Responden yang memiliki rumah, mobil, toilet, dan hidup dengan standard kehidupan yang tinggi berhubungan positif dengan kunjungan pemeriksaan kehamilan (Simkhada, 2008).

2.4.3 Status Pernikahan

Penelitian yang dilakukan oleh MacDonald tahun 1992 menunjukkan, bahwa perempuan hamil yang belum menikah, lebih banyak yang mengalami keterlambatan dalam melakukan pemeriksaan kehamilan dibandingkan dengan perempuan yang telah menikah (Mac Donald, 1992). Pada penelitian yang dilakukan di Ecuador tahun 2000 dengan sampel berjumlah 3008 responden, desain penelitian *cross sectional*, menggunakan analisis multivariat regresi logistik, menunjukkan hubungan yang bermakna antara status pernikahan dengan kunjungan pemeriksaan K1 dan K4 ($p < 0,01$). Pada penelitian tersebut didapatkan perempuan yang belum menikah 54 persen lebih sedikit dalam melakukan pemeriksaan K1 dan 43 persen lebih sedikit untuk melakukan pemeriksaan K4 (Eggleston, 2000). Pada penelitian yang dilakukan di Brazil tahun 2009 pada 611 perempuan, dengan desain penelitian

cross sectional, analisis multivariat regresi logistik, didapatkan hubungan antara status pernikahan dengan kunjungan pemeriksaan kehamilan ($p=0,000$). Perempuan yang belum menikah memiliki risiko 2,8 kali lebih besar untuk tidak melakukan pemeriksaan kehamilan dibandingkan perempuan yang sudah menikah. Rendahnya kunjungan pemeriksaan pada perempuan yang belum menikah disebabkan karena ketidakhadiran ayah dari bayi yang dikandungnya yang akan mempengaruhi perilaku ibu terhadap kesehatannya (Diego, 2009).

2.4.4 Pekerjaan

Menurut Puspita tahun 2004, status pekerjaan istri berhubungan dengan kunjungan pemeriksaan kehamilan. Perempuan yang bekerja lebih banyak yang melakukan kunjungan K1 dan K4 dibandingkan perempuan yang tidak bekerja. (Puspita, 2004). Menurut Wibowo tahun 1992, status pekerjaan suami juga berpengaruh terhadap pemeriksaan kehamilan. Ibu dengan suami pegawai negeri atau swasta cenderung lebih banyak melakukan kunjungan K1 dan K4 dibandingkan dengan ibu yang suaminya petani, pedagang, atau buruh (Wibowo, 1992).

2.4.5 Tingkat Pendidikan

Menurut Puspita tahun 2004, status pendidikan seseorang akan mempengaruhi seseorang dalam menggunakan pelayanan kesehatan. Banyak penelitian yang menyatakan bahwa penggunaan layanan kesehatan meningkat seiring dengan peningkatan jenjang pendidikan. Penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan ibu terhadap kunjungan pemeriksaan kehamilan. Perempuan yang berpendidikan tinggi cenderung melakukan pemeriksaan pada awal kehamilan (Puspita, 2004). Menurut data SDKI, 2012, cakupan pemeriksaan kehamilan pada ibu yang tidak sekolah dan tidak tamat SD lebih rendah dibandingkan perempuan yang tamat SD dan perguruan tinggi (BPS, 2013). Pada penelitian yang dilakukan di Ecuador tahun 2000 pada 3008 responden, dengan desain penelitian *cross sectional*, menggunakan analisis multivariat regresi logistik, menunjukkan hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan kunjungan pemeriksaan K1 ($p < 0,01$). Pada penelitian tersebut didapatkan perempuan dengan pendidikan primer lebih sedikit dalam melakukan pemeriksaan K1 dan K4 dibandingkan perempuan yang telah mencapai tingkat pendidikan sekunder (Eggleston, 2000). Penelitian yang dilakukan oleh Digest tahun 2000 juga menunjukkan bahwa perempuan yang mendapatkan pendidikan kurang dari 12 tahun akan melakukan pemeriksaan kehamilan setelah trimester pertama atau sama sekali tidak melakukan pemeriksaan kehamilan dibandingkan perempuan dengan masa

pendidikan lebih dari 12 tahun (Digest, 2000). Pada penelitian yang dilakukan di Thailand tahun 2000 pada 1061 responden, dengan desain penelitian *cross sectional* menggunakan analisis multivariat regresi logistik. Didapatkan hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan kunjungan pemeriksaan K1 dan K4 ($p < 0,001$). Perempuan yang sudah tamat SD, tamat SMP dan tamat SMA memiliki nilai OR yang lebih tinggi (1.895, 2.039, dan 3.811) dalam melakukan pemeriksaan K1 dan K4 dibandingkan perempuan yang tidak berpendidikan (Masmalai, 2000).

2.4.6 Pengetahuan tentang manfaat pemeriksaan kehamilan

Hasil penelitian yang dilakukan Bernadetha tahun 1995 menunjukkan terdapat hubungan antara pengetahuan ibu hamil dengan kunjungan pemeriksaan kehamilan. Semakin baik pengetahuan ibu hamil tentang manfaat pemeriksaan kehamilannya, maka akan semakin tinggi tingkat kunjungan pemeriksaan kehamilannya (Bernadetha, 1995). Pada penelitian yang dilakukan di Puskesmas Mongolato Kecamatan Telaga Kabupaten Gorontalo tahun 2013 dengan menggunakan desain penelitian survei analitik, dengan pendekatan *cross sectional* pada 45 ibu hamil trimester 3 yang berkunjung di Puskesmas Mongolato, didapatkan hubungan yang bermakna antara pengetahuan ($p=0,004$) dengan rendahnya kunjungan K1 dan K4 di Puskesmas Mongolato Kabupaten Gorontalo (Rabiatul, 2013). Pada penelitian yang dilakukan di Puskesmas Runding Kota Subulussalam Nangroe Aceh Darussalam tahun 2008, pada 98 responden ibu hamil. Didapatkan bahwa responden yang memiliki tingkat pengetahuan yang rendah berhubungan dengan rendahnya kunjungan K1 dan K4. Pengetahuan responden diukur dengan melakukan wawancara dengan pertanyaan yang memiliki nilai p pada korelasi *pearson* $< 0,05$ dan nilai *alpha cronbach* lebih dari 0,6 (Adri, 2008).

2.4.7 Usia

Penelitian yang dilakukan oleh Wibowo tahun 1992 menunjukkan bahwa perempuan berusia kurang dari 20 tahun dan diatas 35 tahun lebih sedikit yang melakukan pemeriksaan kehamilan dibandingkan perempuan usia produktif, yaitu 20-35 tahun (Wibowo, 1992). Pada penelitian yang dilakukan di Equador tahun 2000 pada 3008 responden, dengan desain penelitian *cross sectional*, menggunakan analisis multivariat regresi logistik, menunjukkan hubungan yang bermakna antara usia dengan kunjungan pemeriksaan K1 dan K4 ($p < 0,01$). Pada penelitian tersebut didapatkan perempuan yang berusia kurang dari 20 tahun, 24 persen (IK 95% 0,60 – 0,98) lebih sedikit dalam melakukan kunjungan K1 dan 23 persen (IK 95% 0,59 – 1,01) lebih sedikit dalam melakukan kunjungan K4 dibandingkan perempuan berusia

20-34 tahun (Eggleston, 2000). Pada penelitian yang dilakukan di Thailand pada tahun 2000 dengan sampel berjumlah 1061 responden, desain penelitian *cross sectional* menggunakan analisis multivariat regresi logistik. Didapatkan hubungan yang bermakna antara usia dengan kunjungan pemeriksaan K1 ($p < 0.001$, OR 0.542). Perempuan yang berusia kurang dari 20 tahun merupakan kelompok yang paling berisiko untuk tidak melakukan pemeriksaan K1 dibandingkan kelompok usia lainnya. Responden yang berusia kurang dari 20 tahun, 46 persen lebih sedikit yang melakukan pemeriksaan K1 dibandingkan perempuan berusia 40-49 tahun (Masmalai, 2000).

Pada penelitian yang dilakukan tahun 1995 pada 49 responden remaja perempuan berusia 13-18 tahun yang sedang hamil, yang bertujuan untuk mengetahui penyebab remaja tersebut terlambat melakukan kunjungan K1, didapatkan bahwa alasan perempuan terlambat dalam melakukan kunjungan disebabkan karena mereka tidak mengetahui gejala kehamilannya, tidak mengakui bahwa diri mereka hamil, memiliki rasa takut akan tanggapan dari orang tua terhadap kehamilannya, dan kurangnya sumber daya keuangan. Sebaliknya pada remaja perempuan yang hamil dan tidak mengalami keterlambatan dalam melakukan kunjungan K1, disebabkan karena adanya dukungan yang besar dari keluarga terhadap kehamilannya. Selain itu mereka juga memiliki pengetahuan yang lebih baik tentang kehamilan dibandingkan remaja yang terlambat dalam melakukan pemeriksaan kehamilan. Partisipasi dari perawat dan tenaga kesehatan lainnya dalam praktek klinis untuk memberikan informasi tentang gejala-gejala dan tanda-tanda kehamilan, serta tentang pentingnya memulai pemeriksaan kehamilan sejak awal sangat diperlukan untuk meningkatkan kunjungan remaja dalam melakukan pemeriksaan sejak awal kehamilan (Lee, 1995).

2.4.8 Kondisi Kesehatan saat hamil

Penelitian yang dilakukan oleh Wibowo tahun 1992 menunjukkan kondisi kesehatan saat hamil berhubungan dengan pemeriksaan kehamilan. Ibu yang mengalami gangguan kesehatan saat hamil lebih sering untuk melakukan pemeriksaan kehamilan dibandingkan ibu yang tidak memiliki gangguan kesehatan saat hamil (Wibowo, 1992). Penelitian yang dilakukan oleh Bernadetha tahun 1995 menunjukkan bahwa riwayat obstetrik yang tidak baik pada kehamilan sebelumnya berhubungan dengan adekuasi kunjungan pemeriksaan kehamilan. Ibu yang memiliki riwayat obstetrik yang tidak baik pada kehamilan sebelumnya lebih sering untuk melakukan pemeriksaan kehamilan dibanding ibu yang memiliki riwayat obstetrik yang baik (Bernadetha, 1995).

2.4.9 Jarak Lahir

Jarak yang baik antara kelahiran anak pertama dengan anak berikutnya adalah 3 tahun. Apabila terlalu dekat, maka rahim ibu belum siap, sehingga jarak yang terlalu dekat perlu diantisipasi terjadinya pertumbuhan janin terganggu, persalinan lama, atau perdarahan post partum. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Bernadetha dan Tachyat tahun 1995 menunjukkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara jarak kehamilan dengan kunjungan pemeriksaan kehamilan (Bernadetha, 1995; Tachyat, 1995). Penelitian menunjukkan, bahwa semakin dekat jarak kehamilan, maka semakin tinggi kunjungan pemeriksaan kehamilan (Bernadetha, 1995).

Penelitian untuk mengetahui hubungan antara jarak kelahiran dengan kunjungan pemeriksaan kehamilan pernah dilakukan di New Jersey tahun 2012 pada 113,662 sertifikat kelahiran yang berisi informasi tentang waktu kunjungan pemeriksaan kehamilan, tanggal kelahiran antara anak yang dilahirkan dan anak yang sebelumnya, serta informasi demografi pada perempuan yang melahirkan pada tahun 1996 dan 2000. Penelitian ini menggunakan analisis multivariat regresi logistik. Jarak kelahiran dikategorikan menjadi kurang dari 18 bulan, 18-59 bulan, dan lebih dari 60 bulan. Hasil penelitian ini didapatkan bahwa 85 persen perempuan melakukan kunjungan pertama pada bulan pertama sampai keempat, 12 persen melakukan kunjungan pertama pada bulan keempat sampai bulan keenam, dan 3 persen melakukan kunjungan pertama pada bulan ketujuh sampai bulan kesembilan. Hubungan antara jarak kelahiran dengan kunjungan K1 dan K4 didapatkan bahwa perempuan yang hamil dengan jarak kurang dari 18 bulan memiliki risiko 1,2-1,6 kali untuk tidak melakukan pemeriksaan kehamilan dibandingkan perempuan hamil dengan jarak 18-59 bulan dengan anak berikutnya. Pada penelitian ini ditemukan adanya hubungan antara interval kehamilan yang lebih pendek dengan rendahnya kunjungan K1. Perempuan yang memiliki anak dengan jarak kurang dari 18 bulan dengan anak sebelumnya 19 persen lebih banyak yang memulai kunjungan pertama pada trimester kedua dibandingkan perempuan yang memiliki anak dengan jarak 18-59 bulan. Perempuan yang memiliki anak dengan jarak kurang dari 18 bulan dibandingkan anak sebelumnya meningkatkan risiko sebanyak 23 persen untuk tidak melakukan kunjungan K4. Penelitian juga menunjukkan bahwa perempuan yang melakukan kunjungan pertama pada trimester kedua kehamilan, berhubungan positif dengan jarak kelahiran yang lebih pendek, terutama pada perempuan dengan lama pendidikan kurang dari 16 tahun (Julien, 2012).

2.4.10 Paritas

Menurut Wiknjosastro tahun 2009, jumlah persalian yang sebelumnya pernah dialami akan memberikan pengalaman pada ibu untuk kehamilan dan persalinan yang berikutnya. Pada ibu yang belum pernah melahirkan akan memiliki kecenderungan untuk melakukan pemeriksaan kehamilan dibandingkan ibu yang sudah pernah melahirkan. Risiko kematian maternal pada paritas ke 1 dan lebih dari 3 memiliki risiko yang lebih tinggi dibandingkan paritas ke 2 dan ke 3 (Wiknjosastro, 2009). Penelitian yang dilakukan oleh Simkhada tahun 2008 menunjukkan bahwa, perempuan dengan paritas tinggi lebih sedikit yang melakukan pemeriksaan kehamilan. Paritas lebih tinggi pada umumnya merupakan penghalang bagi ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan kehamilan. Hal ini disebabkan ibu dengan paritas tinggi akan lebih percaya diri tentang kehamilannya dan merasa kurang perlu untuk melakukan pemeriksaan kehamilan (Simkhada, 2008).

Pada penelitian yang dilakukan di Equador tahun 200 dengan sampel berjumlah 3008 responden, desain penelitian *cross sectional*, menggunakan analisis multivariat regresi logistik, menunjukkan hubungan yang bermakna antara paritas dengan kunjungan pemeriksaan K1 ($p < 0,01$). Pada penelitian tersebut didapatkan perempuan dengan paritas lebih dari empat 15 persen lebih sedikit dalam melakukan pemeriksaan K1 dan 24 persen lebih sedikit dalam melakukan pemeriksaan K4 dibandingkan perempuan yang belum memiliki anak (Eggleston, 2000). Pada penelitian yang dilakukan oleh Sohag tahun 2013 pada 250 perempuan berusia 15-45 tahun di Karachi, dengan desain penelitian *cross sectional*, uji korelasi non parametrik (uji *Kendall's*), didapatkan hubungan yang bermakna antara paritas dengan kunjungan pemeriksaan kehamilan ($p < 0,000$). Peningkatan paritas berhubungan dengan penurunan kunjungan pemeriksaan kehamilan (Sohag, 2013). Pada penelitian yang dilakukan di Kassala, Sudan Timur pada tahun 2009, menggunakan desain penelitian *cross sectional* pada 900 responden perempuan yang hamil dalam waktu 1 tahun sebelum wawancara, didapatkan hubungan yang bermakna antara paritas dengan kunjungan pemeriksaan kehamilan ($p < 0,001$). Perempuan dengan paritas tinggi 2 kali lebih berisiko untuk tidak melakukan pemeriksaan kehamilan (IK 95% 1,1–3,5) dibandingkan perempuan dengan paritas rendah (Aziem, 2010).

2.4.11 Biaya Pemeriksaan

Pada penelitian survei analitik dengan desain *cross sectional*, analisis univariat dan bivariat dengan uji *chi square* pada 52 responden yang dilakukan di Puskesmas Mamasa tahun 2013, Sulawesi Barat, didapatkan variabel yang berhubungan dengan keteraturan

pemanfaatan *antenatal care* adalah tingkat pengetahuan ($p = 0,04$), pendapatan ($p = 0,000$), dan persepsi responden tentang biaya perawatan antenatal ($p = 0,002$). Persepsi responden yang dinilai pada penelitian ini apakah responden mengatakan biaya pemeriksaan kehamilan di Puskesmas tersebut murah atau mahal. Responden yang mengatakan biaya pemeriksaan murah lebih banyak yang memanfaatkan pelayanan secara teratur dibandingkan responden yang menyatakan biaya pemeriksaan mahal. Sedangkan paritas, aksesibilitas dan dukungan keluarga tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan keteraturan pelayanan antenatal (Surniati, 2013).

2.4.12 Wilayah Tempat Tinggal

Menurut data SDKI, 2012, Perempuan yang tinggal di perkotaan lebih banyak yang melakukan kunjungan pertama pada usia kehamilan kurang dari 4 bulan dibandingkan perempuan yang tinggal di pedesaan (BPS, 2013). Pada penelitian lain yang dilakukan di Vietnam dan Haiti tahun 2011 didapatkan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan lebih rendah pada perempuan yang tinggal di pedesaan dibandingkan perempuan yang tinggal di perkotaan (PK Alexandre, 2005; K Tran, 2011). Pada penelitian metaanalisis yang menelaah 28 jurnal dengan metode penelitian kualitatif maupun kuantitatif yang dilakukan oleh Simkhada tahun 2008, menunjukkan bahwa hubungan antara wilayah tempat tinggal dengan kunjungan pemeriksaan kehamilan masih belum dapat disimpulkan. Hasil penelitian di Ethiopia menunjukkan bahwa perempuan yang tinggal di kota akan melakukan pemeriksaan kehamilan yang lebih banyak dibandingkan perempuan yang tinggal di desa. Namun sebaliknya, pada penelitian yang dilakukan di Karnataka India, perempuan yang tinggal di kota 45 persen lebih sedikit dalam melakukan pemeriksaan kehamilan dibandingkan perempuan yang tinggal di desa. Pada penelitian di Pakistan, tidak didapatkan perbedaan kunjungan pemeriksaan kehamilan antara perempuan yang tinggal di kota maupun di desa (Simkhada, 2008).

2.4.13 Sikap dan perilaku petugas kesehatan

Penelitian yang dilakukan oleh Bernadetha tahun 2005 menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara sikap dan perilaku petugas kesehatan dengan kunjungan pemeriksaan kehamilan. Semakin baik pelayanan yang diberikan oleh petugas kesehatan, maka semakin tinggi tingkat kunjungan pemeriksaan kehamilan (Bernadetha, 2005). Pada penelitian yang dilakukan di seluruh puskesmas di kota Jambi tahun 2012 pada 150 orang ibu hamil yang

bertujuan untuk mengetahui tingkat kepuasan ibu hamil terhadap layanan antenatal dengan menggunakan *single global rating* untuk mengukur kepuasan, didapatkan bahwa sebagian besar responden (56,2 persen) sudah puas dengan layanan *antenatal* di seluruh Puskesmas di Kota Jambi. Dimensi kepuasan dengan nilai kesesuaian terbesar tampak pada dimensi *tangible*, dimana dari segi fisik puskesmas tampak sudah cukup memadai. Demensi kepuasan dengan nilai kesesuaian terendah tampak pada dimensi *assurance*, dimana ibu hamil merasa kurang yakin dengan kapabilitas pengetahuan petugas kesehatan yang ada (Maulana, 2012).

2.4.14 Keikutsertaan dalam asuransi kesehatan

Pada penelitian yang dilakukan di Turki tahun 2000, menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara keikutsertaan dalam asuransi kesehatan dengan kunjungan pemeriksaan kehamilan. Perempuan yang memiliki asuransi kesehatan lebih sering untuk melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan dibandingkan perempuan yang tidak memiliki asuransi kesehatan (Celix, 2000). Pada penelitian yang dilakukan di Amerika Serikat tahun 2008 menggunakan data tahun 1978, 1983, 1988, 1993, 1998, and 2003 pada 3 kelompok responden berusia 10-14 tahun, 15-16 tahun, 17-19 tahun, didapatkan pergeseran trend pemeriksaan kehamilan pada kelompok remaja yang telah memiliki asuransi kesehatan. Kelompok remaja yang telah memiliki asuransi kesehatan memulai pemeriksaan sejak trimester pertama kehamilan (Hueston, 2008).

2.4.15 Keterjangkauan pelayanan kesehatan

Penelitian yang dilakukan di Afrika tahun 2014 menunjukkan terdapat hubungan antara keterlambatan pemeriksaan kehamilan dengan ketersediaan transportasi menuju fasilitas kesehatan. Jauhnya jarak anantara tempat tinggal dengan klinik, serta minimnya jumlah sarana transportasi dengan biaya yang terjangkau menyebabkan keterlambatan pemeriksaan kehamilan (Amnesty International, 2014). Pada penelitian yang dilakukan di Puskesmas Runding Kota Subulussalam Nangroe Aceh Darussalam tahun 2008, pada 98 responden ibu hamil. Didapatkan bahwa faktor yang berhubungan dengan kunjungan pemeriksaan kehamilan adalah faktor geografis seperti jarak, waktu tempuh dan sarana transportasi ($p < 0,05$) serta variabel perilaku seperti pengetahuan, sikap dan tindakan ($p < 0,005$). Responden yang letak tempat tinggalnya lebih dari 5 km, dengan jarak tempuh lebih dari 15 menit dan tidak tersedia transportasi berhubungan dengan rendahnya kunjungan K1 dan K4 (Adri, 2008).

2.5 Niat Kehamilan

Niat kehamilan merupakan keinginan untuk memiliki anak yang dinilai pada saat seseorang perempuan mengetahui kehamilannya. Berdasarkan niat kehamilan tersebut, maka kehamilan dapat dibedakan menjadi 3, yaitu kehamilan yang diinginkan, kehamilan yang tidak direncanakan, dan kehamilan yang tidak diinginkan. Kehamilan disebut diinginkan (*wanted*), apabila kehamilan terjadi pada suami istri yang ingin memiliki anak lagi. Kehamilan disebut tidak direncanakan (*mistimed*), apabila kehamilan terjadi pada pasangan suami istri yang masih menginginkan kehamilan, namun kehamilan tersebut terjadi lebih cepat dari yang direncanakan. Kehamilan disebut tidak diinginkan (*unwanted*), apabila kehamilan terjadi pada pasangan suami istri yang sudah tidak menginginkan anak sama sekali (Eggleston, 2000).

Pengukuran niat kehamilan dapat dilakukan dengan meminta perempuan menjawab apakah mereka menginginkan atau tidak menginginkan kehamilan tersebut pada saat perempuan mengetahui kehamilannya. Contoh pertanyaan yang sering ditemukan dalam *National Survey of Family Growth* (NSFG) dan *Pregnancy Risk Assessment Monitoring System* (PRAMS) adalah apakah perempuan menganggap kehamilan ini terjadi pada saat yang tepat, terlalu cepat, terlambat, atau apakah dia tidak menginginkan kehamilan tersebut (Santelli, 2003). Penelitian lain mengukur niat kehamilan dengan meminta responden mengutarakan perasaan mereka tentang kehamilan. Seperti, apakah anda merasa senang mengalami kehamilan (Ispa, 2007). Perempuan yang tidak menginginkan kehamilannya disimpulkan apabila perempuan itu mengatakan bahwa dia tidak berpikir untuk menjadi hamil atau tidak ingin orang lain tahu tentang kehamilannya (Sable, 1997). Selain itu seseorang perempuan dapat disimpulkan tidak menginginkan kehamilan apabila perempuan tersebut menggunakan kontrasepsi ketika dia hamil (Santelli, 2003; Crissey, 2006) atau mencoba untuk melakukan aborsi selama kehamilan (David, 2006).

Kehamilan tidak diinginkan biasanya terjadi tanpa ada perencanaan yang menyebabkan perilaku ibu yang merugikan, seperti keterlambatan melakukan pemeriksaan kehamilan, rendahnya asupan gizi selama hamil, mengkonsumsi rokok selama hamil, menggunakan alkohol dan obat-obatan lainnya, melahirkan anak dengan berat bayi lahir rendah, dan tidak menyusui bayinya (D'Angelo DV, 2004). Anak-anak yang dilahirkan dari ibu yang tidak menginginkan kehamilannya memiliki hasil kesehatan dan pencapaian pendidikan yang lebih buruk (Marston, 2003). Perempuan yang tidak menginginkan kehamilan saat hamil cenderung memiliki hasil kesehatan yang lebih buruk (Barber, 1999).

Negara – negara yang memiliki tingkat kehamilan tidak diinginkan yang tinggi, akan memiliki masalah dalam ketersediaan dan distribusi sumber daya nasional dibandingkan dengan negara dengan tingkat kehamilan tidak diinginkan yang rendah (Petro, 2002). Studi menunjukkan bahwa ibu yang mengalami kehamilan tidak diinginkan berisiko untuk melahirkan bayi prematur serta memiliki risiko terjadinya gangguan psikososial dalam perkembangannya (Orr, 2000). Studi lain menunjukkan bahwa kehamilan dan kelahiran yang tidak diinginkan dapat menurunkan partisipasi ibu untuk meningkatkan pendidikan dan mendapatkan pekerjaan. Hal ini dapat menyebabkan masalah ekonomi baik pada ibu dan anak (Thomas, 2012)

2.6 Faktor-faktor yang berhubungan dengan niat kehamilan

2.6.1 Pendidikan

Berdasarkan data SDKI, 2012, semakin tinggi tingkat pendidikan perempuan maupun pasangannya, maka semakin tinggi keinginan untuk memiliki anak lagi. Pada responden yang berpendidikan tinggi, berusia lebih muda, dan berada pada tahap pembentukan keluarga, lebih tinggi keinginan untuk memiliki anak lagi dibandingkan responden yang berusia lebih tua dengan pendidikan yang lebih rendah (BPS, 2013). Penelitian yang dilakukan oleh Ragupathy tahun 1997 lain menunjukkan kejadian kehamilan tidak diinginkan terbanyak pada kelompok perempuan dengan pendidikan yang rendah (Ragupathy, 1997).

2.6.2 Status Ekonomi

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa tingkat kehamilan yang tidak diinginkan jauh lebih tinggi pada perempuan yang berada di bawah tingkat kemiskinan (Chandra, 2005; D'Angelo, 2002; Ragupathy, 1997; Prosannajid, 2009).

2.6.3 Status Pernikahan

Penelitian menunjukkan, proporsi kehamilan yang tidak diinginkan lebih tinggi di kalangan perempuan yang belum menikah atau masih lajang (kumpul kebo) dibandingkan dengan perempuan yang sudah menikah (Henshaw, 1998; Chandra, 2005; Finner, 2006, D'Angelo, 2002).

2.6.4 Usia

Kejadian kehamilan tidak diinginkan tingkatnya bervariasi menurut usia. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa kelompok remaja merupakan kelompok yang memiliki persentase tertinggi untuk mengalami kehamilan yang tidak diinginkan, namun laju terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan yang tertinggi terjadi pada perempuan di awal usia dua puluhan (Finner, 2006). Berdasarkan data nasional dari *National Center for Health Statistics* (NCHS) tahun 2002, dari semua kehamilan di kalangan perempuan berusia 15-44 tahun, sebanyak 14 persen adalah kehamilan yang tidak diinginkan dan 21 persen adalah kehamilan yang tidak direncanakan. Pada kelompok perempuan di bawah usia 20 tahun, sebanyak 21 persen kehamilan tersebut tidak diinginkan dan 57 persen kehamilan tersebut tidak direncanakan. Pada kelompok perempuan di awal usia 20 tahun, sebanyak 17 persen kehamilan tidak diinginkan dan 27 persen kehamilan tidak direncanakan. Pada kelompok perempuan berusia 25-29 tahun, sebanyak 10 persen dari kehamilan tersebut tidak diinginkan dan 16 persen tidak direncanakan (Chandra, 2005).

2.6.5 Paritas

Berdasarkan data SDKI, 2012, semakin banyak jumlah anak yang dimiliki kelahiran, semakin tinggi risiko perempuan untuk mengalami kehamilan tidak diinginkan. Kehamilan anak ke empat atau lebih, berisiko untuk mengalami kehamilan tidak diinginkan dan tidak direncanakan dibandingkan kehamilan anak pertama, kedua maupun ketiga (BPS, 2013). Penelitian lain menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara paritas dengan kejadian kehamilan tidak diinginkan. Semakin tinggi paritas maka semakin tinggi risiko terjadinya kehamilan tidak diinginkan (Ragupathy, 1997; D'Angelo, 2004; Bitto, 1997).

2.6.6 Wilayah Tempat Tinggal

Penelitian di Bangladesh tahun 2008 menunjukkan bahwa tingkat kehamilan yang tidak diinginkan sedikit lebih tinggi pada perempuan yang tinggal di kota dibandingkan perempuan yang tinggal di desa (Prosannajid, 2009).

2.6.7 Pekerjaan

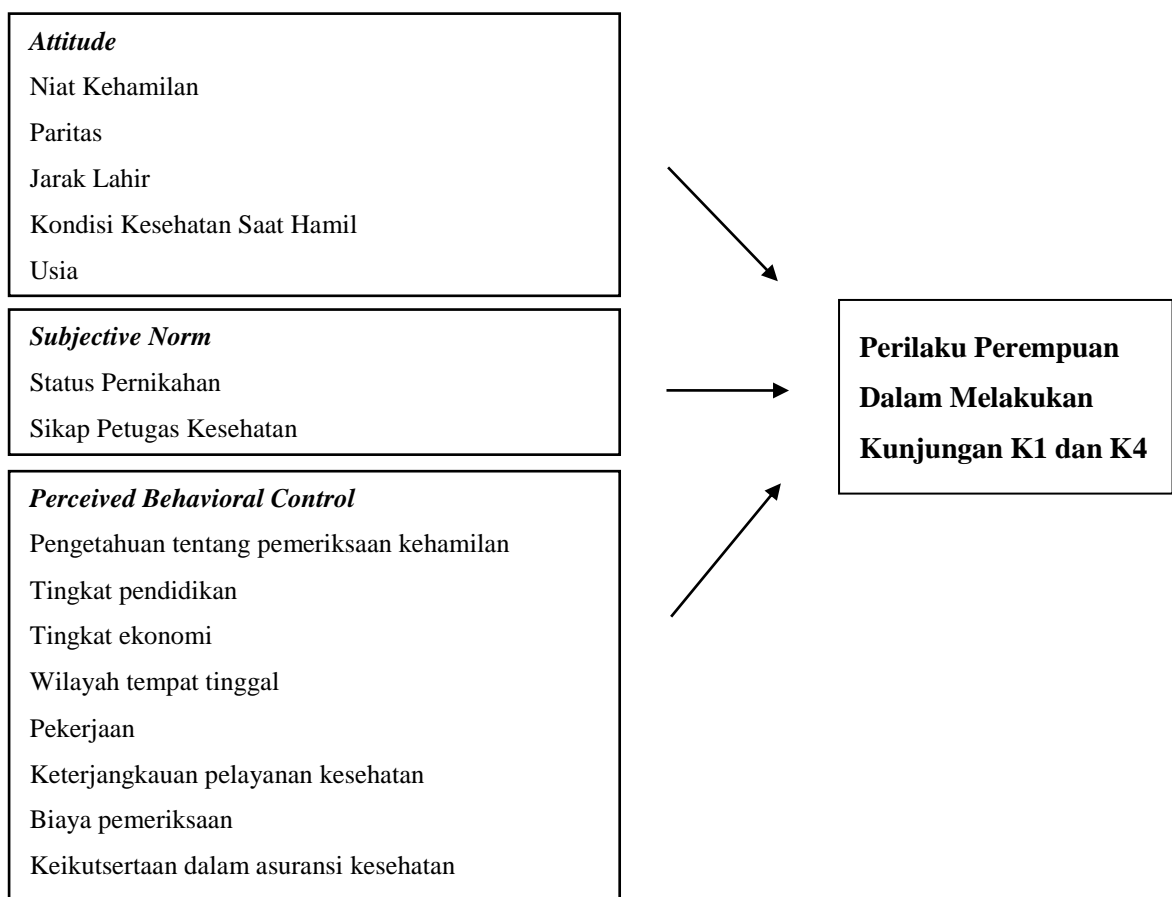
Penelitian yang dilakukan di Ecuador tahun 2003 menunjukkan kejadian kehamilan tidak diinginkan lebih tinggi terjadi pada ibu yang tidak bekerja (Eggleston, 2003). Penelitian yang dilakukan oleh Finer tahun 2006 dan Henshaw tahun 2003 menunjukkan bahwa laju terjadinya kehamilan tidak diinginkan tertinggi terjadi pada kelompok perempuan dengan penghasilan yang rendah (Finer, 2006; Henshaw, 2003)

2.6.8 Jarak antar kehamilan

Penelitian menunjukkan terdapat hubungan antara jarak kehamilan dengan kehamilan yang tidak diinginkan. Pada kehamilan yang dilakukan oleh Wind, tahun 2013, perempuan yang hamil dengan jarak kurang dari 18 bulan dengan kelahiran anak yang sebelumnya berhubungan dengan peningkatan risiko terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan (Wind, 2013).

2.7 Kerangka Teori

Gambar 2.7 Kerangka teori faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku perempuan dalam melakukan kunjungan K1 dan K4 berdasarkan Teori *Planned Behavior* (Mutuli, 2014).

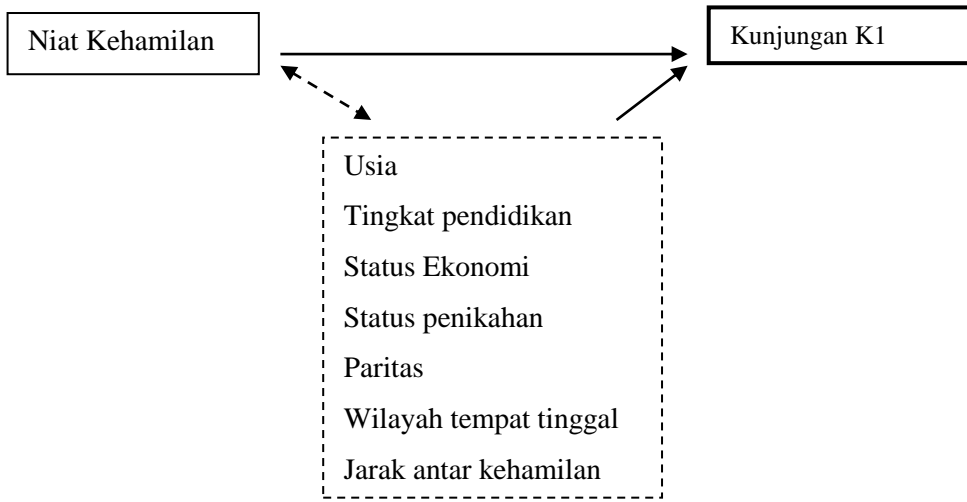


BAB III
KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

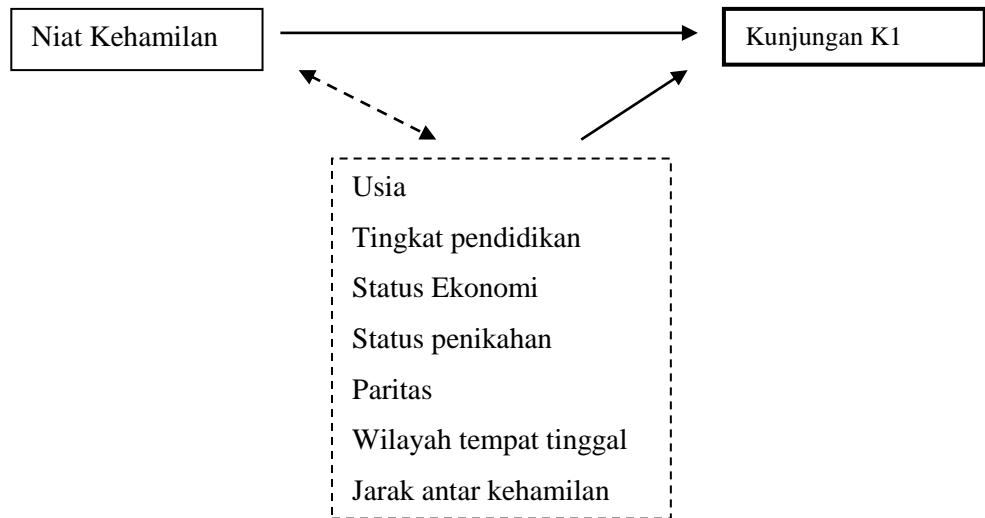
3.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori yang ada, maka dibuat kerangka konsep sebagai berikut:

Gambar 3.1.1 Kerangka konsep etiologik. Hubungan antara niat kehamilan dengan kunjungan K1



Gambar 3.1.2 Kerangka konsep etiologik. Hubungan antara niat kehamilan dengan kunjungan K4



- : Variabel bebas
- : Variabel tergantung
- : Variabel perancu

3.2 Hipotesis

1. Terdapat hubungan antara niat kehamilan dengan perilaku perempuan dalam melakukan kunjungan K1.
2. Terdapat hubungan antara niat kehamilan dengan perilaku perempuan dalam melakukan kunjungan K4.

3.3 Definisi Operasional

Tabel 3.3.1 Daftar definisi operasional variabel prediktor utama

No	Variabel	Keterangan
1.	Niat kehamilan (Eggleston, 2000)	<p>Definisi Niat kehamilan pada anak terakhir yang dilahirkan baik hidup maupun meninggal dalam waktu 5 tahun sebelum wawancara. Niat kehamilan dikategorikan menjadi 3 yaitu kehamilan diinginkan, tidak direncanakan dan tidak diinginkan. Kehamilan disebut diinginkan apabila terjadi pada saat perempuan menginginkan kehamilan tersebut. Kehamilan disebut tidak direncanakan apabila kehamilan lebih cepat dari waktu yang direncanakan. Kehamilan disebut tidak diinginkan apabila kehamilan terjadi pada perempuan yang tidak menginginkan anak sama sekali.</p> <p>Metode Ukur Mengolah informasi dari kuesioner SDKI, 2012 Daftar Pertanyaan Wanita no : 405, 406</p> <p>Hasil Ukur 0 = kehamilan diinginkan 1 = kehamilan tidak direncanakan 2 = kehamilan tidak diinginkan</p> <p>Skala Ukur Nominal</p>

Tabel 3.3.2 Daftar definisi operasional variabel potensial konfounder

No	Variabel	Keterangan
1.	Pendidikan Ibu (UNSID, 2013)	<p>Definisi Tingkat pendidikan tertinggi yang telah dicapai oleh ibu saat mengetahui dirinya hamil anak yang terakhir. Tingkat pendidikan dihitung dengan rumus: usia ibu saat dilakukan wawancara - usia anak yang terakhir - 7,5 bulan. Angka 7,5 bulan didapatkan dengan mengurangi usia rata-rata kehamilan (9 bulan) dengan usia rata-rata perempuan saat mengetahui dirinya hamil (1,5 bulan). Hasil pengurangan diatas dibandingkan dengan usia rata-rata seseorang</p>

			pada tingkat pendidikan tersebut.
	Metode Ukur		Mengolah informasi dari kuesioner SDKI, 2012 Daftar Pertanyaan Wanita no:105
	Hasil Ukur		0 = Perguruan tinggi 1 = Tamat SMA 2 = Tidak tamat SMA 3 = Tamat SD 4 = Tidak tamat SD
	Skala Ukur		Ordinal
2.	Wilayah tempat tinggal (UNSID, 2013)	Definisi	Wilayah tempat tinggal responden secara <i>de jure</i> (pencatatan penduduk yang didasarkan atas bukti hukum yang dimiliki penduduk berupa Kartu Tanda Penduduk atau Kartu Keluarga), yang dikategorikan menjadi 2 yaitu kota dan desa. Pembagian wilayah tempat tinggal tidak ditanyakan saat wawancara, namun dibuat berdasarkan apakah cluster tempat tinggal responden tersebut didefinisikan sebagai kota atau desa.
	Metode Ukur		Mengolah informasi dari kuesioner SDKI, 2012 Daftar Pertanyaan Wanita no : 5
	Hasil Ukur		0 = kota 1 = desa
	Skala Ukur		Nominal
3.	Tingkat ekonomi (UNSID, 2013)	Definisi	Tingkat ekonomi dinilai dengan mengukur indeks kekayaan. Indeks kekayaan adalah ukuran gabungan dari standar hidup kumulatif rumah tangga. Indeks kekayaan dihitung berdasarkan kepemilikan aset rumah tangga seperti televisi, sepeda, konstruksi rumah tinggal, dan cara untuk mengakses air serta fasilitas sanitasi.
	Metode Ukur		Mengolah informasi dari kuesioner SDKI, 2012 Daftar Rumah Tangga no:101-123,137-139
	Hasil Ukur		0 = Sangat kaya 1 = Kaya 2 = Pertengahan 3 = Miskin 4 = Sangat miskin
	Skala Ukur		Ordinal
4.	Paritas (UNSID, 2013)	Definisi	Jumlah anak hidup yang dimiliki oleh seorang perempuan.
	Metode Ukur		Mengolah informasi dari kuesioner SDKI, 2012 Daftar Pertanyaan Wanita no: 403
	Hasil Ukur		0 = 0

			1 = 1
			2 = 2
			3 = 3
			4 = ≥ 4
		Skala Ukur	Ordinal
5.	Usia Ibu (UNSID, 2013)	Definisi	Usia ibu pada saat mengetahui kehamilan anak yang terakhir. Usia ibu dihitung dengan rumus: usia ibu saat dilakukan wawancara - usia anak yang terakhir - 7,5 bulan. Angka 7,5 bulan didapatkan dengan mengurangi usia rata-rata kehamilan (9 bulan) dengan usia rata-rata perempuan saat mengetahui dirinya hamil (1,5 bulan).
		Metode Ukur	Mengolah informasi dari kuesioner SDKI, 2012 Daftar Pertanyaan Wanita no : 103, 217
		Hasil Ukur	Sesuai usia ibu
		Skala Ukur	Numerik
6.	Status Pernikahan (UNSID, 2013)	Definisi	Status pernikahan responden saat mengetahui kehamilannya. Status pernikahan dibagi menjadi menikah atau tidak menikah (cerai hidup, cerai mati, pisah dan hidup bersama). Status pernikahan dihitung dengan rumus: tahun saat dilakukan wawancara - usia anak terakhir - 7,5 bulan. Angka 7,5 bulan didapatkan dengan mengurangi usia rata-rata kehamilan (9 bulan) dengan usia rata-rata perempuan saat mengetahui dirinya hamil (1,5 bulan). Hasil ukur diperoleh dengan membandingkan tahun saat kehamilan dengan tahun pernikahan. Apabila tahun saat hamil anak yang terakhir lebih awal dibandingkan tahun pernikahan, maka hasil ukur status pernikahan responden adalah 0. Apabila tahun hasil pengurangan lebih lama dibandingkan tahun pernikahan, maka hasil ukur status pernikahan responden adalah 1.
		Metode Ukur	Mengolah informasi dari kuesioner SDKI, 2012 Daftar Pertanyaan Wanita no : 601, 602, 610
		Hasil Ukur	0 = menikah 1 = tidak menikah
		Skala Ukur	Nominal
7.	Jarak Kelahiran (UNSID, 2013)	Definisi	Jarak antara kelahiran anak yang terakhir dengan kelahiran anak yang sebelumnya. Jarak kelahiran dihitung dengan rumus: usia anak terakhir - usia anak sebelumnya.
		Metode Ukur	Mengolah informasi dari kuesioner SDKI, 2012 Daftar Pertanyaan Wanita no : 217
		Hasil Ukur	Sesuai jarak kelahiran (dalam bulan)

Skala Ukur Numerik

Tabel 3.3.3 Daftar definisi operasional variabel *outcome*

No	Variabel	Keterangan	
1.	Kunjungan K1 (BPS, 2013)	Definisi	Kunjungan pemeriksaan kehamilan yang pertama kali sebelum usia kehamilan 4 bulan.
		Metode Ukur	Mengolah informasi dari kuesioner SDKI, 2012 Daftar Pertanyaan Wanita no : 411
		Hasil Ukur	0 = Ya (Melakukan kunjungan pertama sebelum usia kehamilan 4 bulan) 1= Tidak (Melakukan pemeriksaan pertama setelah usia kehamilan 4 bulan)
		Skala Ukur	Nominal
2.	Kunjungan K4 (BPS, 2013)	Definisi	Kelengkapan kunjungan pemeriksaan sebanyak 4 kali selama kehamilan dengan jadwal minimal 1 kali pada trimester 1, minimal 1 kali pada trimester kedua dan minimal 2 kali pada trimester ketiga. Dalam menilai kelengkapan kunjungan K4, peneliti mengelompokkan responden yang melakukan kunjungan K1 dengan total kunjungan sebanyak 4 kali kedalam kategori lengkap. Sedangkan responden yang tidak melakukan K1 dengan total kunjungan sebanyak empat kali atau lebih kedalam kategori tidak lengkap.
		Metode Ukur	Mengolah informasi dari kuesioner SDKI, 2012 Daftar Pertanyaan Wanita no : 412B
		Hasil Ukur	0 = Lengkap (melakukan kunjungan sebanyak 4 kali sesuai jadwal) 1 = Tidak lengkap (Melakukan kunjungan kurang dari 4 kali/ melakukan kunjungan sebanyak 4 kali atau lebih namun tidak sesuai jadwal)
		Skala Ukur	Nominal

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan data sekunder dengan desain *cross sectional*. Studi *cross sectional* pada penelitian ini dipilih untuk mengetahui prevalensi dari berbagai niat kehamilan (kehamilan diinginkan, kehamilan tidak diinginkan, kehamilan tidak direncanakan) dan prevalensi kunjungan K1 dan K4, serta hubungan antara kehamilan tidak diinginkan dan tidak direncanakan dengan perilaku perempuan dalam melakukan kunjungan K1 dan K4.

4.2 Lokasi dan waktu penelitian

Penelitian ini menggunakan data sekunder dari data SDKI, 2012. Sampel data SDKI, 2012 berasal dari kabupaten atau kota di 33 propinsi di seluruh Indonesia. Permohonan pemakaian data SDKI, 2012 untuk penelitian diajukan sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan oleh instansi terkait. Sebelum melakukan penelitian, peneliti terlebih dahulu mempelajari kuesioner yang digunakan, kemudian memilih dari variabel-variabel yang tersedia untuk diambil dan disesuaikan dengan tujuan penelitian. Waktu penelitian ini dilaksanakan pada bulan Oktober sampai November 2014.

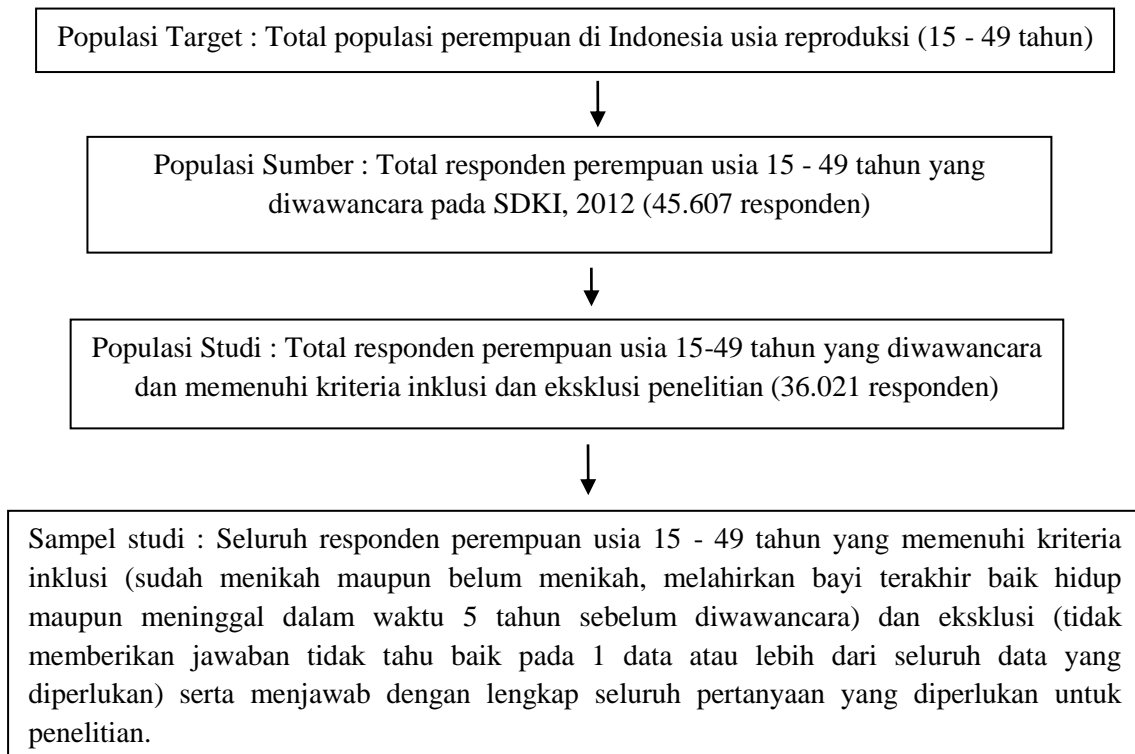
4.3 Populasi, Sampel dan Besar Sampel

4.3.1 Sumber Sampel Penelitian

Populasi target pada penelitian ini adalah total populasi perempuan di Indonesia yang berusia 15-49 tahun. Populasi sumber adalah total responden perempuan berusia 15-49 tahun yang diwawancarai pada SDKI, 2012. Populasi studi adalah responden perempuan usia 15-49 tahun yang diwawancarai pada survei dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi penelitian. Sampel dalam penelitian ini adalah total responden perempuan usia 15-49 tahun yang diwawancarai pada survei dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi penelitian, dan menjawab dengan lengkap seluruh data yang diperlukan untuk penelitian. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah perempuan usia reproduksi (15-49 tahun), baik yang sudah menikah maupun yang belum menikah, yang hamil dan melahirkan anak terakhir baik hidup maupun meninggal dalam waktu kurang dari 5 tahun sebelum dilakukan survei. Kriteria eksklusi

adalah responden yang menjawab tidak tahu baik pada 1 data atau lebih dari seluruh data yang diperlukan untuk penelitian.

Gambar 4.3.1 Alur Pemilihan Populasi Sumber



4.3.2 Besar Sampel

Perhitungan besar sampel dilakukan untuk menilai *power of studi* pada penelitian ini.

4.3.2.1 Perhitungan besar sampel untuk menghitung prevalensi

Berdasarkan tujuan penelitian, peneliti ingin mengetahui prevalensi niat kehamilan (kehamilan yang diinginkan, kehamilan tidak direncanakan, kehamilan tidak diinginkan) serta prevalensi perempuan yang melakukan kunjungan K1 dan K4. Rumus besar sampel yang digunakan untuk meneliti prevalensi sesuai tujuan penelitian tersebut adalah (Lemeshow, 1997):

$$n = \frac{\{ Z_{1-\alpha/2} \sqrt{P_o(1-P_o)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_a(1-P_a)} \}^2}{(P_a - P_o)^2} \quad \text{X Deff}$$

N	= jumlah sampel
$Z_{1-\alpha/2}$	= derajat kemaknaan alpha pada uji 2 sisi (5 persen)
Z_{1-B}	= derajat kemaknaan beta
P_a	= proporsi kategori variabel yang diteliti untuk mendeteksi perbedaan sebesar 5%
P_o	= proporsi kategori variabel yang diteliti
$Deff$	= 2

Berdasarkan rumus diatas, nilai P_o yang digunakan untuk perhitungan mengacu pada hasil penelitian sebelumnya. Perhitungan besar sampel dihitung sebanyak dua kali, sekali dengan nilai P_a yang lebih besar dari P_o , sekali dengan nilai P_a yang lebih kecil dari P_o . Besar sampel yang digunakan adalah nilai yang terbesar diantara kedua perhitungan tersebut. Besar sampel yang diperlukan untuk menghitung prevalensi sesuai tujuan penelitian tersebut disajikan pada tabel dibawah ini :

Tabel 4.3.2.1 Daftar besar sampel yang diperlukan untuk penelitian deskriptif kategorik

No.	Tujuan Penelitian	P_o (%)	$P_a - P_o$ (%)	Besar sampel
1.	Mengetahui prevalensi perempuan yang mengalami kehamilan yang diinginkan.	61,3	5	1656
2.	Mengetahui prevalensi perempuan yang mengalami kehamilan tidak direncanakan.	18,2	5	1098
3.	Mengetahui prevalensi perempuan yang mengalami kehamilan yang tidak diinginkan.	20,4	5	1178
4.	Mengetahui prevalensi perempuan yang melakukan kunjungan K1	72,4	5	1440
5.	Mengetahui prevalensi perempuan yang melakukan kunjungan K4	73,6	5	1382

Besar sampel yang digunakan untuk menghitung prevalensi adalah besar sampel terbesar, yaitu sebesar 1656 responden.

4.3.2.2 Perhitungan besar sampel untuk uji hipotesis

Perhitungan besar sampel yang digunakan untuk uji hipotesis dengan melakukan perbandingan risiko kejadian lebih dari 2 kelompok dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Menghitung besar sampel untuk membandingkan risiko kejadian antara kelompok A dan C.
2. Menghitung besar sampel untuk membandingkan risiko kejadian antara kelompok B dan C.
3. Menghitung besar sampel untuk membandingkan risiko kejadian antara kelompok A dan B.
4. Mengambil kesimpulan besar sampel (Dahlan, 2012).

Perhitungan besar sampel yang digunakan untuk membandingkan rerata antara kelompok A dan C, B dan C, serta A dan B menggunakan rumus sebagai berikut (Lemeshow, 1997):

$$n = \frac{\left(z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right)^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

n = jumlah sampel minimal

$z_{1-\alpha/2}$ = deviat baku alfa

$z_{1-\beta}$ = deviat baku beta

P_2 = proporsi pajanan pada kelompok kontrol

P_1 = proporsi pajanan pada kelompok kasus

P = Proporsi total $(P_1+P_2) / 2$

Berdasarkan rumus diatas, nilai P_1-P_2 ditentukan dengan menetapkan OR minimal yang dianggap bermakna adalah 1,5. Nilai P_2 yang digunakan untuk perhitungan mengacu pada hasil penelitian sebelumnya. Nilai P_1 diperoleh dengan menggunakan persamaan sebagai berikut : $OR = P_1(1-P_2)/P_2(1-P_1)$. Peneliti menetapkan kesalahan tipe I sebesar 5 persen, kesalahan tipe II sebesar 20 persen, hipotesis dua arah. Kelompok A adalah kelompok perempuan dengan kehamilan yang tidak direncanakan. Kelompok B adalah kelompok perempuan dengan kehamilan yang tidak diinginkan. Kelompok C adalah kelompok perempuan dengan kehamilan yang diinginkan. Daftar besar sampel yang diperlukan untuk uji hipotesis, disajikan pada tabel dibawah ini :

Tabel 4.3.2.2.1 Daftar besar sampel yang diperlukan untuk uji hipotesis

Hipotesis	P ₂	Nilai
Terdapat hubungan antara niat kehamilan (kehamilan diinginkan, kehamilan tidak direncanakan, kehamilan tidak diinginkan) dengan perilaku perempuan dalam melakukan kunjungan K4.	Proporsi perempuan dengan kehamilan yang tidak direncanakan yang melakukan kunjungan K4 (A:C).	P ₂ :72,1% OR : 1,5 P ₁ :82,3% Besar sampel: 288 (1 kel) Besar sampel: 576 (2 kel)
	Proporsi perempuan dengan kehamilan yang tidak diinginkan yang melakukan kunjungan K4 (B:C)	P ₂ :64,6% OR : 1,5 P ₁ :82,3% Besar sampel: 105 (1 kel) Besar sampel: 210 (2 kel)
Terdapat hubungan antara niat kehamilan (kehamilan diinginkan, kehamilan tidak direncanakan, kehamilan tidak diinginkan) dengan perilaku perempuan dalam melakukan kunjungan K1.	Proporsi perempuan dengan kehamilan yang tidak direncanakan yang melakukan kunjungan K1 (A:C).	P ₂ : 77,3% OR : 1,5 P ₁ :88,9% Besar sampel: 153 (1 kel) Besar sampel: 306 (2 kel)
	Proporsi perempuan dengan kehamilan yang tidak diinginkan yang melakukan kunjungan K1 (B:C).	P ₂ : 62,9% OR : 1,5 P ₁ :42,8% Besar sampel: 97 (1 kel) Besar sampel: 194 (2 kel)

Tabel 4.3.2.2.2 Perhitungan besar sampel minimal yang diperlukan untuk penelitian

Keterangan	Prevalensi	Besar sampel yang dibutuhkan	Besar sampel yang diambil untuk memenuhi kebutuhan besar sampel
Kunjungan K4	73,6%	576	782
Kunjungan K1	72,4%	306	422

4.4 Cara pengambilan sampel

Dalam penelitian ini peneliti tidak melakukan pengambilan sampel. Pengambilan sampel dilakukan oleh tim survei pengumpulan data SDKI, 2012. Seluruh responden yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi pada data SDKI, 2012 akan diikutsertakan dalam penelitian.

4.5 Pengolahan Data

Pengolahan data menggunakan bantuan komputer dengan program untuk pengolahan data survei. Tahapan pengolahan data dilakukan sebagai berikut :

1. Pemeriksaan data

Pemeriksaan data dilakukan dari daftar pertanyaan yang ada dengan melakukan telaah terhadap variabel yang akan dianalisis, kemudian dilakukan explorasi data dengan melihat sebaran data untuk mengetahui jenis distribusi data. Selain itu dilakukan pembersihan untuk data yang tidak sesuai dengan kepentingan analisis maupun data yang hilang (*missing data*). Sehingga data ini tidak akan diikutkan dalam analisis selanjutnya.

2. Transformasi data

Transformasi data dilakukan seperti membuat kode ulang terhadap variabel yang akan diteliti serta disesuaikan dengan kepentingan analisis.

4.6 Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini dilakukan melalui tiga tahap, yaitu : explorasi data, analisis hubungan sederhana dan analisis multivariabel dengan bantuan program untuk mengolah data SDKI, 2012 yaitu SPSS Statistik versi 17.0. Hasil analisis data disajikan dalam bentuk tabel. Tahapan analisis data dilakukan sebagai berikut :

1. Explorasi Data

Tujuan dilakukan explorasi data adalah untuk memperoleh gambaran distribusi dan frekuensi serta karakteristik data penelitian. Penyajian distribusi frekuensi data penelitian dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan standard deviasi untuk variabel numerik dan proporsi untuk variabel kategorik dengan interval kepercayaan 95 persen.

2. Analisis Hubungan Sederhana (Bivariat)

Analisis hubungan sederhana dilakukan untuk melihat perbandingan antara variabel independen dengan variabel dependen untuk mengetahui kekuatan hubungannya satu per satu. Analisis hubungan sederhana dilakukan dengan menggunakan regresi logistik sederhana dengan $\alpha = 0,05$.

3. Analisis Multivariat

a. Seleksi Variabel

Seleksi variabel dilakukan dengan cara menyeleksi variabel yang akan masuk ke multivariat dan menyusunnya berdasarkan prinsip *hierarchically well formulated* (HWF). Variabel yang dimasukkan kedalam analisis multivariat regresi logistik

adalah variabel utama, variabel konfounder yang memiliki nilai p kurang dari 0,25 dan variabel interaksi. Variabel bebas akan disusun berdasarkan prinsip HWF.

b. Analisis variabel interaksi secara *backward* dan prinsip hirarkis

Apabila variabel interaksi bermakna, maka variabel penyusunnya akan dipertahankan dalam model regresi. Bila variabel interaksi tidak bermakna, maka akan dieliminir secara bertahap *hierarchical backward elimination procedure*.

c. Analisis variabel konfounder dengan prinsip valid dan presisi

Setelah dilakukan analisis terhadap variabel interaksi, selanjutnya dilakukan analisis terhadap variabel yang diduga sebagai konfounder dengan mencari model yang paling sederhana yang bisa memberikan *odds ratio* (OR) yang sama dengan model utama (valid) serta memberikan interval kepercayaan yang lebih sempit. Bila tidak ada model lain yang valid, model utama akan menjadi model akhir.

d. Memperoleh dan menginterpretasikan model akhir

Berdasarkan analisis yang dilakukan, akan diperoleh OR murni dari variabel utama terhadap variabel dependen setelah mengontrol semua variabel perancu (Dahlan, 2012).

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Berdasarkan tujuan penelitian yang telah dikemukakan, hasil dari penelitian ini berisi tentang prevalensi kunjungan K1, prevalensi kunjungan K4, prevalensi perempuan yang mengalami kehamilan diinginkan, prevalensi perempuan yang mengalami kehamilan tidak direncanakan, dan prevalensi perempuan yang mengalami kehamilan tidak diinginkan. Selain itu, hasil penelitian ini juga menguji kekuatan hubungan antara niat kehamilan tersebut dengan perilaku perempuan dalam melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan. Penelitian ini menganalisis data sekunder yaitu SDKI, 2012, yang merupakan hasil wawancara dari responden perempuan berusia 15-49 tahun di 33 provinsi di seluruh Indonesia. Pada data SDKI, 2012, terdapat 14.008 responden yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi penelitian. Namun, dari 14008 responden tersebut terdapat responden yang tidak menjawab atau menjawab tidak tahu sehingga tidak diikutsertakan dalam analisis. Jumlah total responden yang menjawab dengan lengkap seluruh variabel yang diperlukan dalam penelitian 13.955 responden. *Respon rate* pada penelitian ini sebesar 99,6 persen.

5.1 Prevalensi Kunjungan Pemeriksaan K1 dan K4 Menurut Provinsi di Indonesia Tahun 2012

Pada tahun 2012, prevalensi kunjungan K1 di Indonesia sebesar 91,3 persen dan prevalensi kunjungan K4 sebesar 86,6 persen.

Tabel 5.1.1 Distribusi frekuensi kunjungan K1 dan K4 menurut provinsi di Indonesia

Pemeriksaan Kehamilan	Kategori	Frekuensi N=13.955	Persen
Kunjungan K1	Ya	12741	91.3
	Tidak	1214	8.7
Kunjungan K4	Lengkap	12085	86.6
	Tidak Lengkap	1870	13.4

Tabel 5.1.2 dan tabel 5.1.3 menunjukkan prevalensi kunjungan K1 terendah di Gorontalo (65,9 persen), tertinggi di Lampung (96,8 persen). Sedangkan prevalensi kunjungan K4 terendah di Sulawesi Barat (59,2 persen), tertinggi di Yogyakarta (95,9 persen). Provinsi dengan angka *Drop Out* (DO) lebih dari 10 persen adalah provinsi Aceh, Sumatera Utara, Sumatera Selatan dan S³⁸ i Barat.

Tabel 5.1.2 Analisis deskriptif kunjungan K1 dan K4

Variabel	Minimum (%)	Maksimum (%)	Modus	Mean
Kunjungan K1	65.9	96.8	89	86,5
Kunjungan K4	59.2	95.9	86.4	80.6

Tabel 5.1.3 Prevalensi kunjungan pemeriksaan K1 dan K4 menurut provinsi di Indonesia tahun 2012

No.	Provinsi	Kunjungan K1 (%)		Kunjungan K4 (%)		DO K1-K4
		Ya	Tidak	Lengkap	Tidak Lengkap	
1.	Aceh	89.0	11.0	76.4	23.6	12.6
2.	Sumatera Utara	90.6	9.4	80.4	19.6	10.2
3.	Sumatera Barat	91.7	8.3	86.4	13.6	5.3
4.	Riau	86.3	13.7	79.8	20.2	6.5
5.	Jambi	86.9	13.1	77.4	22.6	9.5
6.	Sumatera selatan	88.3	11.7	77.7	22.3	10.6
7.	Bengkulu	89.0	11.0	86.3	13.7	2.7
8.	Lampung	96.8	3.2	93.8	6.2	3
9.	Bangka Belitung	90.5	9.5	86.7	13.3	3.8
10.	Kepulauan Riau	93.1	6.9	86.4	13.6	6.7
11.	Jakarta	96.3	3.7	95.6	4.4	0.7
12.	Jawa Barat	93.8	6.2	89.6	10.4	4.2
13.	Jawa Tengah	95.8	4.2	94.5	5.5	1.3
14.	Yogyakarta	96.7	3.3	95.9	4.1	0.8
15.	Jawa Timur	94.3	5.7	91.2	8.8	3.1
16.	Banten	93.0	7.0	86.6	13.4	6.4
17.	Bali	95.2	4.8	94.1	5.9	1.1
18.	Nusa Tenggara Barat	95.5	4.5	93.5	6.5	2
19.	Nusa Tenggara Timur	83.7	16.3	80.6	19.4	3.1
20.	Kalimantan Barat	86.1	13.9	77.2	22.8	8.9
21.	Kalimantan Tengah	78.8	21.2	73.1	26.9	5.7
22.	Kalimantan Selatan	90.3	9.7	87.2	12.8	3.1
23.	Kalimantan Timur	88.8	11.2	86.9	13.1	1.9
24.	Sulawesi Utara	81.3	18.7	77.0	23.0	4.3
25.	Sulawesi Tengah	77.9	22.1	68.6	31.4	9.3
26.	Sulawesi Selatan	79.9	20.1	71.3	28.7	8.6
27.	Sulawesi Tenggara	77.2	22.8	70.8	29.2	6.4
28.	Gorontalo	65.9	34.1	60.9	39.1	5
29.	Sulawesi Barat	74.7	25.3	59.2	40.8	15.5
30.	Maluku	76.3	23.7	66.8	33.2	9.5
31.	Maluku Utara	80.5	19.5	74.7	25.3	5.8
32.	Papua Barat	78.8	21.2	72.3	27.7	6.5
33.	Papua	70.3	29.7	61.8	38.2	8.5
	Indonesia	91.3	8.7	86.6	13.4	4.7

5.2 Prevalensi Niat Kehamilan Menurut Provinsi di Indonesia

Di Indonesia, pada tahun 2012, prevalensi perempuan yang mengalami kehamilan tidak diinginkan sebesar 8 persen, lebih tinggi dibandingkan prevalensi perempuan yang mengalami kehamilan tidak direncanakan sebesar 7 persen.

Tabel 5.2.1 Distribusi Frekuensi Niat Kehamilan

Niat Kehamilan	Frekuensi	Persen
Kehamilan tidak diinginkan (<i>unwanted</i>)	1116	8.0
Kehamilan tidak direncanakan (<i>mistimed</i>)	977	7.0
Kehamilan yang diinginkan (<i>wanted</i>)	11862	85.0
Total	13.955	100

Tabel 5.2.2 dan 5.2.3 menunjukkan bahwa prevalensi perempuan yang mengalami kehamilan tidak diinginkan terendah di Kalimantan Barat (2,8 persen) dan tertinggi di Sulawesi Tengah (11,9 persen). Prevalensi perempuan yang mengalami kehamilan tidak direncanakan terendah di Lampung (2,4 persen) dan tertinggi di Gorontalo (15,0 persen). Prevalensi perempuan yang mengalami kehamilan diinginkan terendah di Gorontalo (76,4 persen) dan tertinggi di Kalimantan Barat, yaitu sebesar (94,7 persen).

Tabel 5.2.2 Analisis deskriptif niat kehamilan

Variabel	Min (%)	Mak (%)	Modus	Mean
Unwanted	2.8	11.9	10.4	7.6
Mistimed	2.4	15.0	7	7.4
Wanted	76.4	94.7	84	85.1

Tabel 5.2.3 Prevalensi niat kehamilan menurut provinsi di Indonesia, tahun 2012

No.	Provinsi	Unwanted (%)	Mistimed (%)	Wanted (%)
1.	Aceh	4.3	8.2	87.5
2.	Sumatera Utara	7.2	6.6	86.1
3.	Sumatera Barat	8.0	7.9	84.1
4.	Riau	10.1	8.5	81.5
5.	Jambi	6.7	7.1	86.2
6.	Sumatera Selatan	4.8	4.1	91.1
7.	Bengkulu	10.4	7.0	82.6
8.	Lampung	6.0	2.4	91.6
9.	Bangka Belitung	10.9	2.6	86.5
10.	Kepulauan Riau	10.7	9.4	79.9
11.	Jakarta	8.2	9.1	82.8
12.	Jawa Barat	10.9	9.5	79.6

13.	Jawa Tengah	9.8	6.3	84.0
14.	Yogyakarta	10.7	7.9	81.4
15.	Jawa Timur	5.9	4.9	89.2
16.	Banten	7.7	6.5	85.8
17.	Bali	6.9	7.8	85.3
18.	Nusa Tenggara Barat	2.9	7.0	90.1
19.	Nusa Tenggara Timur	5.7	7.0	87.3
20.	Kalimantan Barat	2.8	2.5	94.7
21.	Kalimantan Tengah	5.5	3.1	91.4
22.	Kalimantan Selatan	7.0	10.2	82.9
23.	Kalimantan Timur	10.4	11.9	77.7
24.	Sulawesi Utara	11.1	10.9	78.0
25.	Sulawesi Tengah	11.9	10.7	77.4
26.	Sulawesi Selatan	10.5	6.0	83.5
27.	Sulawesi Tenggara	6.9	9.1	84.0
28.	Gorontalo	8.6	15.0	76.4
29.	Sulawesi Barat	5.0	6.5	88.5
30.	Maluku	6.8	5.1	88.2
31.	Maluku Utara	4.0	10.7	85.3
32.	Papua Barat	8.1	7.3	84.7
33.	Papua	2.9	4.9	92.2
	Indonesia	4.0	10.7	85.3

5.3 Analisis Deskriptif Subjek Penelitian

5.3.1 Distribusi Frekuensi Usia Responden

Pada tabel 5.3.1.1 terlihat bahwa usia responden termuda pada saat hamil adalah 12 tahun, dan usia responden tertua saat hamil adalah 48 tahun.

Tabel 5.3.1.1 Analisis Deskriptif Usia Responden

Variabel	Minimum (tahun)	Maksimum (tahun)	Modus (tahun)	Mean (tahun)	Median (tahun)
Usia	12	48	21	24	21

Distribusi frekuensi usia responden dapat dilihat pada tabel 5.3.1.2, terlihat bahwa sebagian besar responden berusia 21-29 tahun (49,8 persen), diikuti 30-39 tahun (31,1 persen), 12-20 tahun (16,4 persen), dan 40-48 tahun (2,7 persen). Variabel usia dikategorikan dengan membagi usia menjadi 4 kuartil, yaitu kuartil I (12-20 tahun), kuartil II (21-29 tahun), kuartil III (30-39 tahun) dan kuartil IV (40-48 tahun). Pengkategorikan variabel usia disebabkan karena tidak terdapat peningkatan nilai OR pada setiap peningkatan usia sebesar 1 tahun.

Tabel 5.3.1.2 Distribusi Frekuensi Usia Responden

Usia	Frekuensi	Persen
12-20 tahun	2283	16.4
21-29 tahun	6956	49.8

30-39 tahun	4337	31.1
40-48 tahun	379	2.7
Total	13.955	100

Distribusi frekuensi usia responden pada kelompok usia 12-20 tahun dapat dilihat pada tabel 5.3.1.3. Responden termuda hamil pada usia 12 tahun, yaitu sebanyak 2 responden.

Tabel 5.3.1.3 Distribusi frekuensi usia pada kelompok usia 12-20 tahun

Usia (Tahun)	Frekuensi	Persen
12	2	.0
13	5	.0
14	15	.1
15	87	.6
16	187	1.3
17	335	2.4
18	446	3.3
19	588	4.3
20	618	4.4
Total	2283	16,4

Distribusi frekuensi usia responden pada kelompok usia 36-48 tahun dapat dilihat pada tabel 5.3.1.4. Responden yang berusia lebih dari 35 tahun sebanyak 10,9 persen. Usia responden yang paling tua saat hamil adalah 48 tahun, yaitu sebanyak 1 responden.

Tabel 5.3.1.4 Distribusi frekuensi usia pada kelompok usia 36-48 tahun

Usia	Frekuensi	Persen
36	384	2.8
37	328	2.4
38	268	1.9
39	167	1.2
40	154	1.1
41	81	.6
42	70	.5
43	34	.2
44	19	.1
45	13	.1
46	5	.0
47	2	.0
48	1	.0
Total	1526	10,9

5.3.2 Distribusi Frekuensi Jarak Lahir Responden

Pada tabel 5.3.2 terlihat bahwa jarak lahir responden paling rendah adalah 0 tahun (responden belum memiliki anak) dan paling tinggi adalah 26 tahun.

Tabel 5.3.2 Analisis deskriptif jarak lahir responden

Variabel	Minimum (tahun)	Maksimum (tahun)	Modus (tahun)	Mean (tahun)	Median (tahun)
Jarak Lahir	0	26	0	3,4	2.7

Distribusi frekuensi lahir responden dapat dilihat pada tabel 5.3.4.1, terlihat bahwa sebagian besar responden memiliki jarak lahir 0 bulan/belum memiliki anak (38,9 persen), diikuti lebih dari 72 bulan (25,2 persen), 25-36 bulan (7,9 persen), 37-48 bulan (7,5 persen), 49-60 bulan (7,4 persen), 61-72 bulan (6,7 persen), dan 1-12 bulan (0,5 persen).

Tabel 5.3.2.2 Distribusi frekuensi jarak lahir responden

Jarak Lahir	Frekuensi	Persen
0 bulan	5428	38.9
1-12 bulan	70	0.5
13-24 bulan	823	5.9
25-36 bulan	1102	7.9
37-48 bulan	1047	7.5
49-60 bulan	1033	7.4
61-72 bulan	935	6.7
> 72 bulan	3517	25.2

5.3.3 Distribusi Frekuensi Paritas Responden

Pada tabel 5.3.3.1 dapat dilihat bahwa paritas terendah adalah paritas 0, dan paritas tertinggi adalah paritas 13.

Tabel 5.3.3.1 Analisis deskriptif paritas responden

Variabel	Minimum (anak)	Maksimum (anak)	Modus (anak)	Mean (anak)	Median (anak)
Paritas	0	13	1	2,3	2

Distribusi frekuensi paritas responden dapat dilihat pada tabel 5.3.3.2. Sebagian besar responden memiliki paritas 0/belum memiliki anak (38 persen), diikuti paritas satu (32,4

persen), paritas dua (16,1 persen), paritas tiga (7,2 persen) dan terendah paritas lebih dari empat (6,3 persen).

Tabel 5.3.3.2 Distribusi frekuensi paritas responden

Paritas	Frekuensi	Persen
≥4	879	6.3
3	1005	7.2
2	2247	16.1
1	4521	32.4
0	5303	38
Total	13955	100.0

5.3.4 Distribusi Frekuensi Wilayah Tempat Tinggal Responden

Pada tabel 5.3.4, menunjukkan responden yang tinggal di kota (50,5 persen) lebih banyak dibandingkan responden yang tinggal di desa (49, 5 persen).

Tabel 5.3.4 Distribusi frekuensi wilayah tempat tinggal responden

Wilayah Tempat Tinggal	Frekuensi	Persen
Desa	6908	49.5
Kota	7047	50.5
Total	13.955	100

5.3.5 Distribusi Frekuensi Status Pernikahan Responden

Pada tabel 5.3.5, menunjukkan bahwa responden yang sudah menikah (97,1 persen) lebih banyak dibandingkan responden yang belum menikah (2,9 persen).

Tabel 5.3.5 Distribusi frekuensi status pernikahan responden

Status Pernikahan	Frekuensi	Persen
Tidak Menikah	405	2.9
Menikah	13550	97.1
Total	13.955	100

5.3.6 Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan Responden

Pada tabel 5.3.6, terlihat bahwa sebagian besar responden tamat SMA (27,8 persen), diikuti tidak tamat SMA (27,9 persen), tamat SD (24,2 persen), perguruan tinggi (11,9 persen) dan tidak tamat SD (8,2 persen).

Tabel 5.3.6 Distribusi frekuensi tingkat pendidikan responden

Tingkat Pendidikan	Frekuensi	Persen
Tidak Tamat SD	1339	8.2
Tamat SD	2976	24.2
Tidak Tamat SMA	3712	27.8
Tamat SMA	4070	27.9
Perguruan Tinggi	1858	11.9
Total	13955	100

5.3.7 Distribusi Frekuensi Tingkat Ekonomi Responden

Pada tabel 5.3.7, terlihat bahwa sebagian besar responden kaya (21,7 persen), diikuti pertengahan (20,4 persen), miskin (19,8 persen), sangat kaya (19,1 persen), dan sangat miskin (19,0 persen).

Tabel 5.3.7 Distribusi frekuensi tingkat ekonomi responden

Tingkat Pendidikan	Frekuensi	Persen
Sangat Miskin	2652	19.0
Miskin	2763	19.8
Pertengahan	2847	20.4
Kaya	3028	21.7
Sangat Kaya	2665	19.1
Total	13.955	100

5.4 Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk melihat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen dengan menggunakan regresi logistik. Analisis bivariat dilakukan untuk menyeleksi variabel yang akan dimasukkan kedalam analisis multivariat. Variabel yang akan dimasukkan ke dalam analisis multivariat adalah variabel konfounder, yang pada analisis bivariat mempunyai nilai p kurang dari 0,25.

5.4.1 Hubungan Antara Variabel Independen dengan Kunjungan K1

5.4.1.1 Hubungan Antara Niat Kehamilan dengan Kunjungan K1

Hubungan antara niat kehamilan dengan kunjungan K1 dapat dilihat pada tabel 5.4.1.1. Dari 1.116 responden yang mengalami kehamilan tidak diinginkan, terdapat 16,6 persen yang tidak melakukan kunjungan K1. Dari 977 responden yang mengalami kehamilan tidak direncanakan, terdapat 14,3 persen yang tidak melakukan kunjungan K1. Dari 11.862

responden yang mengalami kehamilan diinginkan, terdapat 7,5 responden yang tidak melakukan kunjungan K1.

Responden yang mengalami kehamilan tidak diinginkan mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K1 sebesar 1,8 kali lebih besar dibandingkan responden dengan kehamilan yang diinginkan ($p=0.000$). Responden yang mengalami kehamilan tidak direncanakan mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K1 sebesar 1,9 kali lebih besar dibandingkan responden dengan kehamilan yang diinginkan ($p=0.000$).

Tabel 5.4.1.1 Hubungan antara niat kehamilan dengan kunjungan K1

Variabel	Kunjungan K1				Total N=13.995	p	OR	IK 95%	
	Tidak		Ya					Min	Max
	N	%	N	%					
Niat hamil									
<i>Unwanted</i>	185	16.6	931	83.4	1116	.000	1.888	1.604	2.223
<i>Mistimed</i>	140	14.3	837	85.7	977	.000	1.958	1.662	2.308
<i>Wanted</i>	890	7.5	10972	92.5	11862		1.000		

5.4.1.2 Hubungan Jarak Lahir dengan Kunjungan K1

Hubungan jarak lahir dengan kunjungan K1 dapat dilihat pada tabel 5.4.1.2. Dari 5428 responden dengan jarak lahir 0 bulan, terdapat 7,1 persen yang tidak melakukan kunjungan K1. Dari 70 responden dengan jarak lahir 1-12 bulan, terdapat 17,9 persen yang tidak melakukan kunjungan K1. Dari 823 responden dengan jarak lahir 13-24 bulan, terdapat 16,1 persen yang tidak melakukan kunjungan K1. Dari 1102 responden dengan jarak lahir 25-36 bulan, terdapat 12,4 persen yang tidak melakukan kunjungan K1. Dari 1047 responden dengan jarak lahir 37-48 bulan, terdapat 9,6 persen yang tidak melakukan kunjungan K1. Dari 1033 responden dengan jarak lahir 49-60 bulan, terdapat 9,1 persen yang tidak melakukan kunjungan K1. Dari 935 responden dengan jarak lahir 61-72 bulan, terdapat 9,3 persen yang tidak melakukan kunjungan K1. Dari 3517 responden dengan jarak lahir > 72 bulan, terdapat 7,4 persen yang tidak melakukan kunjungan K1. Responden yang hamil anak terakhir dengan jarak 1-12 bulan mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K1 sebesar 2,6 kali lebih besar dibandingkan responden yang belum memiliki anak ($p=0.000$, IK 95%=1.647-4.152). Responden yang hamil anak terakhir dengan jarak 13-24 bulan mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K1 sebesar 1,8 kali lebih besar dibandingkan responden yang belum memiliki anak ($p=0.000$, IK 95%=1.513-2.157). Responden yang hamil anak terakhir dengan jarak 25-36 bulan mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K1 sebesar 1,5 kali lebih besar dibandingkan responden yang belum memiliki anak ($p=0.000$, IK 95%=1.304-1.832).

Tabel 5.4.1.2 Hubungan Antara Jarak Lahir Dengan Kunjungan K1

Variabel	Kunjungan K1				Total N=13.995	p	OR	IK 95%	
	Tidak		Ya					Min	Max
	N	%	N	%					
Jarak Lahir									
1-12 bulan (1 tahun)	13	17.9	57	82.1	70	.000	2.615	1.647	4.152
13-24 bulan (2 tahun)	133	16.1	690	83.9	823	.000	1.806	1.513	2.157
25-36 bulan (3 tahun)	137	12.4	965	87.6	1102	.000	1.546	1.304	1.832
37-48 bulan (4 tahun)	101	9.6	946	90.4	1047	.295	1.106	.916	1.336
49-60 bulan (5 tahun)	94	9.1	939	90.9	1033	.158	.857	.692	1.062
61-72 bulan (6 tahun)	87	9.3	848	90.7	935	.699	1.043	.843	1.291
> 72 bulan (> 6 tahun)	260	7.4	3257	92.6	3517	.016	.838	.725	.968
0 bulan	385	7.1	5043	92.9	5428		1.000		

5.4.1.3 Hubungan Antara Usia dengan Kunjungan K1

Hubungan antara usia dengan kunjungan K1 dapat dilihat pada tabel 5.4.1.3. Dari 6956 responden yang berusia 21-29 tahun, terdapat 7,8 persen yang tidak melakukan kunjungan K1. Dari 2283 responden yang berusia 12-20 tahun, terdapat 12,1 persen yang tidak melakukan kunjungan K1. Dari 4337 responden yang berusia 30-39 tahun, terdapat 8,3 persen yang tidak melakukan kunjungan K1. Dari 379 responden yang berusia 40-48 tahun, terdapat 12,7 persen yang tidak melakukan kunjungan K1.

Reponden yang berusia 12-20 tahun saat hamil mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K1 sebesar 1,9 kali lebih besar dibandingkan reponden yang berusia 21-29 tahun ($p=0.000$, IK 95%=1.655-2.204). Reponden yang berusia 40-48 tahun saat hamil mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K1 sebesar 1,59 kali lebih besar dibandingkan reponden yang berusia 21-29 tahun ($p=0.000$, IK 95%=1.200-2.107).

Tabel 5.4.1.3 Hubungan Antara Usia Dengan Kunjungan K1

Variabel	Kunjungan K1				Total N=13.995	p	OR	IK 95%	
	Tidak		Ya					Min	Max
	N	%	N	%					
Usia									
12-20 tahun	276	12.1	2007	87.9	2283	.000	1.910	1.655	2.204
30-39 tahun	360	8.3	3977	91.7	4337	.902	.992	.876	1.124
40-48 tahun	48	12.7	331	87.3	379	.001	1.590	1.200	2.107
21-29 tahun	543	7.8	6413	92.2	6956		1.000		

5.4.1.4 Hubungan Antara Paritas dengan Kunjungan K1

Hubungan antara paritas dengan kunjungan K1 dapat dilihat pada tabel 5.4.1.4. Dari 879 responden dengan paritas 4 atau lebih, terdapat 18,2 persen yang tidak melakukan kunjungan K1. Dari 1005 responden dengan paritas 3, terdapat 11,7 persen yang tidak melakukan kunjungan K1. Dari 2247 responden dengan paritas 2, terdapat 10,8 persen yang tidak melakukan kunjungan K1. Dari 4521 responden dengan paritas 1, terdapat 6,9 persen

yang tidak melakukan kunjungan K1. Dari 5503 responden dengan paritas 0, terdapat 7,1 persen yang tidak melakukan kunjungan K1.

Reponden dengan paritas empat atau lebih, mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K1 sebesar 2,5 kali lebih besar dibandingkan reponden dengan paritas satu ($p=0.000$, IK 95%=1.108-3.001). Reponden dengan paritas tiga, mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K1 sebesar 1,5 kali lebih besar dibandingkan reponden dengan paritas satu ($p=0.000$, IK 95%=1.294-1.891). Reponden dengan paritas dua, mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K1 sebesar 1,3 kali lebih besar dibandingkan reponden dengan paritas satu ($p=0.000$, IK 95%=1.163-1.582). Reponden dengan paritas nol, mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K1 sebesar 1,1 kali lebih besar dibandingkan reponden dengan paritas satu ($p=0.016$, IK 95%=1.031-1.344).

Tabel 5.4.1.4 Hubungan Antara Paritas Dengan Kunjungan K1

Variabel	Kunjungan K1				Total N=13.995	p	OR	IK 95%	
	Tidak		Ya					Min	Max
	N	%	N	%					
Paritas									
≥4	160	18.2	719	81.8	879	.000	2.515	2.108	3.001
3	118	11.7	887	88.3	1005	.000	1.564	1.294	1.891
2	243	10.8	2004	89.2	2247	.000	1.357	1.163	1.582
0	377	7.1	4926	92.9	5303	.016	1.177	1.031	1.344
1	312	6.9	4209	93.1	4521		1.000		

5.4.1.5 Hubungan Antara Wilayah Tempat Tinggal dengan Kunjungan K1

Hubungan antara wilayah tempat tinggal dengan kunjungan K1 dapat dilihat pada tabel 5.4.1.5. Dari 6908 responden yang tinggal di desa, terdapat 10,9 persen yang tidak melakukan kunjungan K1. Dari 7074 responden yang tinggal di kota, terdapat 6,5 persen yang tidak melakukan kunjungan K1. Reponden yang tinggal di desa mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K1 sebesar 1,7 kali lebih besar dibandingkan reponden yang tinggal di kota ($p=0.000$, IK 95%=1.570-1.936).

Tabel 5.4.1.5 Hubungan Antara Wilayah Tempat Tinggal Dengan Kunjungan K1

Wilayah tempat tinggal	Kunjungan K1				Total N=13.995	p	OR	IK 95%	
	Tidak		Ya					Min	Max
	N	%	N	%					
Desa	753	10.9	6155	89.1	6908	.000	1.744	1.570	1.936
Kota	458	6.5	6589	93.5	7047		1.000		

5.4.1.6 Hubungan Antara Status Pernikahan dengan Kunjungan K1

Hubungan antara status pernikahan dengan kunjungan K1 dapat dilihat pada tabel 5.4.1.6. Dari 13550 responden yang menikah, terdapat 8,3 persen yang tidak melakukan kunjungan K1. Dari 405 responden yang menikah, terdapat 21,9 persen yang tidak melakukan kunjungan K1.

Reponden yang belum menikah mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K1 sebesar 3 kali lebih besar dibandingkan reponden yang sudah menikah ($p=0.000$, $IK\ 95\%=2.464-3.719$).

Tabel 5.4.1.6 Hubungan Status Pernikahan Dengan Kunjungan K1

Variabel	Kunjungan K1				Total N=13.995	p	OR	IK 95%	
	Tidak		Ya					Min	Max
	N	%	N	%					
Status Pernikahan									
tidak menikah	89	21.9	316	78.1	405	.000	3.027	2.464	3.719
menikah	1125	8.3	12425	91.7	13550		1.000		

5.4.1.7 Hubungan Antara Tingkat Pendidikan dengan Kunjungan K1

Hubungan antara tingkat pendidikan dengan kunjungan K1 dapat dilihat pada tabel 5.4.1.7. Dari 1.339 responden yang belum tamat SD, terdapat 19,1 persen yang tidak melakukan kunjungan K1. Dari 2976 responden yang tamat SD, terdapat 10,3 persen yang tidak melakukan kunjungan K1. Dari 3.712 responden yang belum tamat SMA, terdapat 8,4 persen yang tidak melakukan kunjungan K1. Dari 4.070 responden yang tamat SMA, terdapat 6,5 persen yang tidak melakukan kunjungan K1. Dari 1.858 responden yang sekolah sampai perguruan tinggi, terdapat 3,9 persen yang tidak melakukan kunjungan K1.

Hubungan tingkat pendidikan dengan kunjungan K1 terlihat bahwa semakin rendah tingkat pendidikan responden, maka semakin tinggi kemungkinan untuk tidak melakukan kunjungan K1. Reponden yang belum tamat SD, mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K1 sebesar 4,1 kali lebih besar dibandingkan reponden yang tingkat pendidikannya perguruan tinggi ($p=0.000$, $IK\ 95\%=3.316-5.174$). Reponden yang tamat SD,

mempunyai kecendrungan untuk tidak melakukan kunjungan K1 sebesar 2,3 kali lebih besar dibandingkan reponden yang tingkat pendidikannya perguruan tinggi ($p=0.000$, IK 95%=1.885-2.864). Reponden yang belum tamat SMA, mempunyai kecendrungan untuk tidak melakukan kunjungan K1 sebesar 2 kali lebih besar dibandingkan reponden yang tingkat pendidikannya perguruan tinggi ($p=0.000$, IK 95%=1,707-2,576). Reponden yang tamat SMA, mempunyai kecendrungan untuk tidak melakukan kunjungan K1 sebesar 1,4 kali lebih besar dibandingkan reponden yang tingkat pendidikannya perguruan tinggi ($p=0.000$, IK 95%=1,180-1,798).

Tabel 5.4.1.7 Hubungan Antara Tingkat Pendidikan Dengan Kunjungan K1

Variabel	Kunjungan K1				Total N=13.995	p	OR	IK 95%	
	Tidak		Ya					Min	Max
	N	%	N	%					
Tingkat Pendidikan									
Tidak Tamat SD	256	19.1	1883	80.9	1339	.000	4.142	3.316	5.174
Tamat SD	307	10.3	2669	89.7	2976	.000	2.323	1.885	2.864
Tidak Tamat SMA	312	8.4	3400	91.6	3712	.000	2.097	1.707	2.576
Tamat SMA	265	6.5	3805	93.5	4070	.000	1.457	1.180	1.798
Perguruan Tinggi	72	3.9	1786	96.1	1858		1.000		

5.4.1.8 Hubungan Antara Tingkat Ekonomi dengan Kunjungan K1

Hubungan antara tingkat ekonomi dengan kunjungan K1 dapat dilihat pada tabel 5.4.1.8. Dari 2.652 responden dengan tingkat ekonomi sangat miskin, terdapat 17 persen yang tidak melakukan kunjungan K1. Dari 2.763 responden dengan tingkat ekonomi miskin, terdapat 10,5 persen yang tidak melakukan kunjungan K1. Dari 2.847 responden dengan tingkat ekonomi pertengahan, terdapat 7.2 persen yang tidak melakukan kunjungan K1. Dari 3.028 responden dengan tingkat ekonomi kaya, terdapat 5,4 persen yang tidak melakukan kunjungan K1. Dari 2.665 responden dengan tingkat ekonomi sangat kaya, terdapat 3,8 persen yang tidak melakukan kunjungan K1.

Hubungan tingkat ekonomi dengan kunjungan K1, terlihat bahwa semakin rendah tingkat ekonomi responden, maka semakin tinggi kemungkinan untuk tidak melakukan kunjungan K1. Reponden yang sangat miskin, mempunyai kecendrungan untuk tidak melakukan kunjungan K1 sebesar 5,8 kali lebih besar dibandingkan reponden yang sangat kaya ($p=0.000$, IK 95%=4,686-7,255). Reponden yang miskin, mempunyai kecendrungan untuk tidak melakukan kunjungan K1 sebesar 3,3 kali lebih besar dibandingkan reponden yang sangat kaya ($p=0.000$, IK 95%=2,682-4,246). Reponden yang pada tingkat ekonomi pertengahan, mempunyai kecendrungan untuk tidak melakukan kunjungan K1 sebesar 2,6 kali lebih besar dibandingkan reponden yang sangat kaya ($p=0.000$, IK 95%=2,076-3,336).

Reponden yang kaya, mempunyai kecendrungan untuk tidak melakukan kunjungan K1 sebesar 1,5 kali lebih besar dibandingkan reponden yang sangat kaya ($p=0.000$, IK 95%=1,220-2,034).

Tabel 5.4.1.8 Hubungan Antara Tingkat Ekonomi Dengan Kunjungan K1

Variabel	Kunjungan K1				Total N=13.995	p	OR	IK 95%	
	Tidak		Ya					Min	Max
	N	%	N	%					
Tingkat ekonomi									
sangat miskin	451	17	2201	83.0	2652	.000	5.831	4.686	7.255
miskin	290	10.5	2473	89.5	2763	.000	3.375	2.682	4.246
pertengahan	205	7.2	2642	92.8	2847	.000	2.631	2.076	3.336
kaya	164	5.4	2864	94.6	3028	.000	1.575	1.220	2.034
sangat kaya	101	3.8	2564	96.2	2665		1.000		

5.4.2 Hubungan Antara Variabel Independen dengan Kunjungan K4

5.4.2.1 Hubungan Antara Niat Kehamilan dengan Kunjungan K4

Hubungan antara niat kehamilan dengan kunjungan K4 dapat dilihat pada tabel 5.4.2.1. Dari 1.116 responden yang mengalami kehamilan tidak diinginkan, terdapat 25 persen yang tidak melakukan kunjungan K4. Dari 977 responden yang mengalami kehamilan tidak direncanakan, terdapat 26,2 persen yang tidak melakukan kunjungan K1. Dari 11.862 responden yang mengalami kehamilan diinginkan, terdapat 16,5 responden yang tidak melakukan kunjungan K1.

Responden yang mengalami kehamilan tidak diinginkan mempunyai kecendrungan untuk tidak melakukan kunjungan K1 sebesar 1,6 kali lebih besar dibandingkan responden dengan kehamilan yang diinginkan ($p=0.000$). Responden yang mengalami kehamilan tidak direncanakan mempunyai kecendrungan untuk tidak melakukan kunjungan K1 sebesar 1,7 kali lebih besar dibandingkan responden dengan kehamilan yang diinginkan ($p=0.000$).

Tabel 5.4.2.1 Hubungan Antara Niat Kehamilan Dengan Kunjungan K4

Variabel	Kunjungan K4				Total	P	OR	IK 95%	
	Tidak		Ya					Min	Max
	N	%	N	%					
Niat hamil									
<i>Unwanted</i>	279	25	837	75	1116	.000	1.681	1.451	1.947
<i>Mistimed</i>	256	26.2	721	73.8	977	.000	1.787	1.542	2.071
<i>Wanted</i>	1957	16.5	9905	83.5	11862		1.000		

5.4.2.2 Hubungan Antara Jarak Lahir dengan Kunjungan K4

Hubungan antara jarak lahir dengan kunjungan K4 dapat dilihat pada tabel 5.4.2.2. Dari 5428 responden dengan jarak lahir 0 bulan, terdapat 10,6 persen yang tidak melakukan kunjungan K4. Dari 70 responden dengan jarak lahir 1-12 bulan, terdapat 26,2 persen yang tidak melakukan kunjungan K4. Dari 823 responden dengan jarak lahir 13-24 bulan, terdapat 22 persen yang tidak melakukan kunjungan K4. Dari 1102 responden dengan jarak lahir 25-36 bulan, terdapat 21,54 persen yang tidak melakukan kunjungan K4. Dari 1047 responden dengan jarak lahir 37-48 bulan, terdapat 15,6 persen yang tidak melakukan kunjungan K4. Dari 1033 responden dengan jarak lahir 49-60 bulan, terdapat 13,6 persen yang tidak melakukan kunjungan K4. Dari 935 responden dengan jarak lahir 61-72 bulan, terdapat 15,1 persen yang tidak melakukan kunjungan K4. Dari 3517 responden dengan jarak lahir > 72 bulan, terdapat 11,7 persen yang tidak melakukan kunjungan K4.

Reponden yang hamil anak terakhir dengan jarak 1-12 bulan mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K4 sebesar 2,5 kali lebih besar dibandingkan reponden yang belum memiliki anak ($p=0.000$, IK 95%=1.654-3,889). Reponden yang hamil anak terakhir dengan jarak 13-24 bulan mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K4 sebesar 1,8 kali lebih besar dibandingkan reponden yang belum memiliki anak ($p=0.000$, IK 95%=1.620-2,217). Reponden yang hamil anak terakhir dengan jarak 25-36 bulan mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K4 sebesar 1,7 kali lebih besar dibandingkan reponden yang belum memiliki anak ($p=0.000$, IK 95%=1.515-2.032). Reponden yang hamil anak terakhir dengan jarak 37-48 bulan mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K4 sebesar 1,1 kali lebih besar dibandingkan reponden yang belum memiliki anak ($p=0.000$, IK 95%=1.016-1.199).

Tabel 5.4.2.2 Hubungan Antara Jarak Lahir Dengan Kunjungan K4

Variabel	Kunjungan K4				Total N=13.995	p	OR	IK 95%	
	Tidak		Ya					Min	Max
	N	%	N	%					
Jarak Lahir									
1-12 bulan (1 tahun)	18	26.2	52	73.8	70	.000	2.539	1.654	3.899
13-24 bulan (2 tahun)	181	22.0	642	78.0	823	.000	1.895	1.620	2.217
25-36 bulan (3 tahun)	237	21.5	865	78.5	1102	.000	1.755	1.515	2.032
37-48 bulan (4 tahun)	163	15.6	884	84.4	1047	.032	1.195	1.016	1.405
49-60 bulan (5 tahun)	140	13.6	893	86.4	1033	.962	1.004	.841	1.199
61-72 bulan (6 tahun)	141	15.1	794	84.9	935	.085	1.172	.979	1.404
> 72 bulan (> 6 tahun)	411	11.7	3106	88.3	3517	.187	.921	.814	1.041
0 bulan	575	10.6	4853	89.4	5428		1.000		

5.4.2.3 Hubungan Antara Usia dengan Kunjungan K4

Hubungan antara usia dengan kunjungan K4 dapat dilihat pada tabel 5.4.2.3. Dari 6956 responden yang berusia 21-29 tahun, terdapat 12,5 persen yang tidak melakukan kunjungan

K4. Dari 2283 responden yang berusia 12-20 tahun, terdapat 17,6 persen yang tidak melakukan kunjungan K4. Dari 4337 responden yang berusia 30-39 tahun, terdapat 12,9 persen yang tidak melakukan kunjungan K4. Dari 379 responden yang berusia 40-48 tahun, terdapat 18,1 persen yang tidak melakukan kunjungan K4.

Reponden yang berusia 12-20 tahun saat hamil mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K4 sebesar 1,7 kali lebih besar dibandingkan reponden yang berusia 21-29 tahun ($p=0.000$, IK 95%=1.529-1.972). Reponden yang berusia 40-48 tahun saat hamil mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K4 sebesar 1,5 kali lebih besar dibandingkan reponden yang berusia 21-29 tahun ($p=0.000$, IK 95%=1.170-1.923).

Tabel 5.4.2.3 Hubungan Antara Usia Dengan Kunjungan K4

Variabel	Kunjungan K4				Total N=13.995	p	OR	IK 95%	
	Tidak		Ya					Min	Max
	N	%	N	%					
Usia									
12-20 tahun	402	17.6	1881	82.4	2283	.000	1.736	1.529	1.972
30-39 tahun	559	12.9	3778	87.1	4337	.914	.994	.895	1.104
40-48 tahun	69	18.1	310	81.9	379	.001	1.500	1.170	1.923
21-29 tahun	870	12.5	6087	87.5	6956		1.000		

5.4.2.4 Hubungan Antara Paritas dengan Kunjungan K4

Hubungan antara paritas dengan kunjungan K4 dapat dilihat pada tabel 5.4.2.4. Dari 879 responden dengan paritas empat atau lebih, terdapat 27,2 persen yang tidak melakukan kunjungan K4. Dari 1005 responden dengan paritas tiga, terdapat 18,3 persen yang tidak melakukan kunjungan K4. Dari 2247 responden dengan paritas dua, terdapat 17,4 persen yang tidak melakukan kunjungan K4. Dari 4521 responden dengan paritas 1, terdapat 10,6 persen yang tidak melakukan kunjungan K4. Dari 5503 responden dengan paritas 0, terdapat 10,9 persen yang tidak melakukan kunjungan K4.

Reponden dengan paritas empat atau lebih, mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K4 sebesar 2,4 kali lebih besar dibandingkan reponden dengan paritas satu ($p=0.000$, IK 95%=2.090-2.822). Reponden yang hamil dengan paritas tiga, mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K4 sebesar 1,5 kali lebih besar dibandingkan reponden dengan paritas satu ($p=0.000$, IK 95%=1.314-1.797). Reponden dengan paritas dua, mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K4 sebesar 1,2 kali lebih besar dibandingkan reponden dengan paritas satu ($p=0.000$, IK 95%=1.146-1.471).

Tabel 5.4.2.4 Hubungan Antara Paritas Dengan Kunjungan K4

Variabel	Kunjungan K4				Total N=13.995	p	OR	IK 95%	
	Tidak		Ya					Min	Max
	N	%	N	%					
Paritas									
≥4	239	27.2	640	72.8	879	.000	2.428	2.090	2.822
3	184	18.3	821	81.7	1005	.000	1.537	1.314	1.797
2	391	17.4	1856	82.6	2247	.000	1.298	1.146	1.471
0	578	10.9	4725	89.1	5303	.052	.893	.797	1.001
1	479	10.6	4042	89.4	4521		1.000		

5.4.2.5 Hubungan Antara Wilayah Tempat Tinggal dengan Kunjungan K4

Hubungan antara wilayah tempat tinggal dengan kunjungan K4 dapat dilihat pada tabel 5.4.2.5. Dari 6908 responden yang tinggal di desa, terdapat 17,6 persen yang tidak melakukan kunjungan K4. Dari 7047 responden yang tinggal di kota, terdapat 9,2 persen yang tidak melakukan kunjungan K4. Reponden yang tinggal di desa mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K4 sebesar 1,9 kali lebih besar dibandingkan reponden yang tinggal di kota ($p=0.000$, $IK\ 95\%=1.820-2.182$).

Tabel 5.4.2.5 Hubungan Antara Wilayah Tempat Tinggal Dengan Kunjungan K4

Wilayah tempat tinggal	Kunjungan K4				Total N=13.995	p	OR	IK 95%	
	Tidak		Ya					Min	Max
	N	%	N	%					
Desa	1216	17.6	5692	82.4	6908	.000	1.993	1.820	2.182
Kota	648	9.2	6399	90.8	7047		1.000		

5.4.2.6 Hubungan Antara Status Pernikahan dengan Kunjungan K4

Hubungan antara status pernikahan dengan kunjungan K4 dapat dilihat pada tabel 5.4.2.6. Dari 13550 responden yang menikah, terdapat 13,1 persen yang tidak melakukan kunjungan K4. Dari 405 responden yang tidak menikah, terdapat 24,3 persen yang tidak melakukan kunjungan K4.

Reponden yang belum menikah mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K4 sebesar 2,3 kali lebih besar dibandingkan reponden yang sudah menikah ($p=0.000$, $IK\ 95\%=1.943-2.878$).

Tabel 5.4.2.6 Hubungan Status Pernikahan Dengan Kunjungan K4

Variabel	Kunjungan K4				Total N=13.995	p	OR	IK 95%	
	Tidak		Ya					Min	Max
	N	%	N	%					
Status Pernikahan									
tidak menikah	98	24.3	307	75.7	405	.000	2.364	1.943	2.878

menikah	1775	13.1	11775	86.9	13550	1.000
---------	------	------	-------	------	-------	-------

5.4.2.7 Hubungan Antara Tingkat Pendidikan dengan Kunjungan K4

Hubungan antara tingkat pendidikan dengan kunjungan K4 dapat dilihat pada tabel 5.4.2.7. Dari 1.339 responden yang belum tamat SD, terdapat 28,4 persen yang tidak melakukan kunjungan K4. Dari 2.976 responden yang tamat SD, terdapat 17,7 persen yang tidak melakukan kunjungan K4. Dari 3.712 responden yang belum tamat SMA, terdapat 13 persen yang tidak melakukan kunjungan K4. Dari 4.070 responden yang tamat SMA, terdapat 9 persen yang tidak melakukan kunjungan K4. Dari 1.858 responden yang sekolah sampai perguruan tinggi, terdapat 5,7 persen yang tidak melakukan kunjungan K4.

Hubungan antara tingkat pendidikan dengan kunjungan K4 adalah, semakin rendah tingkat pendidikan responden, maka semakin tinggi kemungkinan untuk tidak melakukan kunjungan K4. Reponden yang belum tamat SD, mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K4 sebesar 5,1 kali lebih besar dibandingkan reponden yang tingkat pendidikannya perguruan tinggi ($p=0.000$, IK 95%= 4.214-6.233). Reponden yang tamat SD, mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K4 sebesar 2,9 kali lebih besar dibandingkan reponden yang tingkat pendidikannya perguruan tinggi ($p=0.000$, IK 95%=2.466-3.543). Reponden yang belum tamat SMA, mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K4 sebesar 2,3 kali lebih besar dibandingkan reponden yang tingkat pendidikannya perguruan tinggi ($p=0.000$, IK 95%= 1.934-2.770). Reponden yang tamat SMA, mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K4 sebesar 1,5 kali lebih besar dibandingkan reponden yang tingkat pendidikannya perguruan tinggi ($p=0.000$, IK 95%= 1.264-1.826).

Tabel 5.4.2.7 Hubungan Antara Tingkat Pendidikan Dengan Kunjungan K4

Variabel	Kunjungan K4				Total N=13.995	p	OR	IK 95%	
	Tidak		Ya					Min	Max
	N	%	N	%					
Tingkat Pendidikan									
Tidak Tamat SD	380	28.4	959	71.6	1339	.000	5.125	4.214	6.233
Tamat SD	527	17.7	2449	82.3	2976	.000	2.956	2.466	3.543
Tidak Tamat SMA	483	13.0	3229	87.0	3712	.000	2.315	1.934	2.770
Tamat SMA	366	9.0	3704	91.0	4070	.000	1.519	1.264	1.826
Perguruan Tinggi	106	5.7	1752	94.3	1858		1.000		

5.4.2.8 Hubungan Antara Tingkat Ekonomi dengan Kunjungan K4

Hubungan antara tingkat ekonomi dengan kunjungan K4 dapat dilihat pada tabel 5.4.2.8. Dari 2.652 responden dengan tingkat ekonomi sangat miskin, terdapat 28,5 persen yang tidak melakukan kunjungan K4. Dari 2.763 responden dengan tingkat ekonomi miskin, terdapat 16,2 persen yang tidak melakukan kunjungan K4. Dari 2.847 responden dengan tingkat ekonomi pertengahan, terdapat 9,9 persen yang tidak melakukan kunjungan K4. Dari 3.028 responden dengan tingkat ekonomi kaya, terdapat 7,9 persen yang tidak melakukan kunjungan K4. Dari 2.665 responden dengan tingkat ekonomi sangat kaya, terdapat 5,4 persen yang tidak melakukan kunjungan K4.

Hubungan antara tingkat ekonomi dengan kunjungan K4 adalah, semakin rendah tingkat ekonominya, maka semakin tinggi kemungkinan untuk tidak melakukan kunjungan K4. Reponden yang sangat miskin, mempunyai kecendrungan untuk tidak melakukan kunjungan K4 sebesar 6,6 kali lebih besar dibandingkan reponden yang sangat kaya ($p=0.000$, IK 95%= 5.584-8.031). Reponden yang miskin, mempunyai kecendrungan untuk tidak melakukan kunjungan K4 sebesar 3,2 kali lebih besar dibandingkan reponden yang sangat kaya ($p=0.000$, IK 95%=2.718-3.989). Reponden dengan tingkat ekonomi pertengahan, mempunyai kecendrungan untuk tidak melakukan kunjungan K4 sebesar 2,4 kali lebih besar dibandingkan reponden yang sangat kaya ($p=0.000$, IK 95%=2.000-2.977). Reponden yang kaya, mempunyai kecendrungan untuk tidak melakukan kunjungan K4 sebesar 1,4 kali lebih besar dibandingkan reponden yang sangat kaya ($p=0.000$, IK 95%=1.135-1.747).

Tabel 5.4.2.8 Hubungan Antara Tingkat Ekonomi Dengan Kunjungan K4

Variabel	Kunjungan K4				Total N=13.995	p	OR	IK 95%	
	Tidak		Ya					Min	Max
	N	%	N	%					
Tingkat ekonomi									
sangat miskin	756	28.5	1896	71.5	2652	.000	6.696	5.584	8.031
miskin	448	16.2	2315	83.8	2763	.000	3.293	2.718	3.989
pertengahan	282	9.9	2565	90.1	2847	.000	2.440	2.000	2.977
kaya	239	7.9	2789	92.1	3028	.002	1.408	1.135	1.747
sangat kaya	144	5.4	2521	94.6	2665		1.000		

5.5 Analisis Multivariat

Analisis multivariat adalah analisis yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antara beberapa variabel bebas dengan satu variabel tergantung. Analisis multivariat yang digunakan pada penelitian ini adalah analisis multivariat regresi logistik karena data yang akan diolah berupa data kategorik. Analisis multivariat pada penelitian ini menggunakan kerangka

konsep etiologi yang bertujuan untuk mengetahui hubungan yang murni antara variabel bebas utama dengan variabel terikatnya setelah dikontrol oleh variabel yang diduga sebagai konfounder.

Variabel yang dimasukkan dalam analisis multivariat regresi logistik adalah variabel utama (niat kehamilan), variabel yang diduga sebagai konfounder yang pada analisis bivariat mempunyai nilai p kurang dari 0,25 (jarak lahir, usia, paritas, wilayah tempat tinggal, status pernikahan, tingkat pendidikan dan tingkat ekonomi), serta variabel interaksi. Dimana secara teoritis terdapat interaksi antara niat hamil dengan jarak lahir, niat hamil dengan usia, niat hamil dengan paritas, niat hamil dengan wilayah tempat tinggal, niat hamil dengan status pernikahan, niat hamil dengan tingkat pendidikan, serta niat hamil dengan tingkat ekonomi.

5.5.1 Analisis Multivariat Regresi Logistik Kunjungan K1

5.5.1.1 Model Awal Analisis Multivariat

Pada model awal analisis multivariat, ditemukan hubungan yang tidak bermakna antara wilayah tempat tinggal dengan kunjungan K1. Pada langkah selanjutnya, wilayah tempat tinggal akan dikeluarkan dari model.

Tabel 5.5.1.1 Model Awal Analisis Multivariat

Variabel	B	P	OR	IK 95%	
				Min	Max
Niat Hamil		.000			
Unwanted	.529	.000	1.696	1.395	2.063
Mistimed	.470	.000	1.600	1.328	1.926
Wanted			1.000		
Jarak Lahir		.001			
1-12 bulan	.470	.218	1.600	.758	3.376
13-24 bulan	.263	.371	1.301	.731	2.318
25-36 bulan	.166	.570	1.181	.666	2.095
37-48 bulan	-.113	.703	.893	.500	1.596
49-60 bulan	-.204	.497	.815	.452	1.470
61-72 bulan	-.075	.804	.928	.514	1.676
> 72 bulan	-.159	.584	.853	.482	1.507
0 bulan			1.000		
Usia		.000			
12-20 tahun	.527	.000	1.694	1.421	2.020
30-39 tahun	-.273	.001	.761	.648	.895

40-48 tahun	-.091	.599	.913	.649	1.283
21-29 tahun			1.000		
Paritas		.000			
≥4	.678	.000	1.970	1.550	2.503
3	.371	.001	1.449	1.155	1.817
2	.347	.000	1.414	1.188	1.684
0	-.214	.464	.808	.456	1.432
1			1.000		
Wilayah Tempat tinggal		.378			
Desa	.057		1.059	.933	1.201
Kota			1.000		
Tingkat ekonomi		.000			
Sangat Miskin	1.456	.000	4.288	3.292	5.584
Miskin	.991	.000	2.693	2.072	3.500
Pertengahan	.840	.000	2.317	1.781	3.013
Kaya	.371	.009	1.450	1.099	1.913
Sangat kaya			1.000		
Tingkat Pendidikan		.000			
Tidak Tamat SD	.485	.000	1.624	1.238	2.131
Tamat SD	.132	.306	1.141	.887	1.468
Tidak Tamat SMA	.123	.320	1.131	.887	1.441
Tamat SMA	.068	.575	1.070	.845	1.355
Perguruan tinggi			1.000		
Status Pernikahan		.000			
Tidak menikah	1.123		3.075	2.401	3.939
Menikah			1.000		

5.5.1.2 Analisis Variabel Interaksi

Analisis variabel interaksi dilakukan dengan cara memasukkan variabel utama (niat kehamilan), variabel yang diduga sebagai konfounder yang pada analisis bivariat mempunyai nilai p kurang dari 0,25 (jarak lahir, usia, paritas, status pernikahan, tingkat pendidikan dan tingkat ekonomi), serta variabel interaksi kedalam model. Setelah didapatkan hasil, maka peneliti akan mengeluarkan variabel interaksi yang memiliki nilai $p > 0,05$ satu persatu dimulai dengan nilai p yang paling besar sampai tidak terdapat nilai p yang lebih dari 0,05. Setelah variabel interaksi dikeluarkan satu persatu, tidak ditemukan adanya variabel interaksi yang memiliki nilai p kurang dari 0,05.

Tabel 5.5.1.2 Model Awal Analisis Variabel Interaksi

Variabel	B	P	OR	IK 95%	
				Min	Max
Niat Hamil		.099			
Unwanted	1.402	.115	4.064	.712	23.198

Mistimed	1.787	.087	5.971	.769	46.365
Wanted			1.000		
Jarak Lahir		.064			
1-12 bulan	.470	.371	1.600	.572	4.477
13-24 bulan	.613	.105	1.846	.880	3.873
25-36 bulan	.438	.243	1.550	.742	3.238
37-48 bulan	.258	.495	1.294	.617	2.714
49-60 bulan	.142	.710	1.153	.545	2.439
61-72 bulan	.186	.628	1.204	.567	2.557
> 72 bulan	.240	.517	1.272	.614	2.633
0 bulan			1.000		
Usia		.000			
12-20 tahun	.569	.000	1.767	1.463	2.133
30-39 tahun	-.332	.000	.717	.596	.863
40-48 tahun	.116	.587	1.123	.740	1.703
21-29 tahun		1.000			
Paritas		.000			
≥4	.810	.000	2.248	1.698	2.975
3	.514	.000	1.671	1.281	2.180
2	.444	.000	1.559	1.277	1.904
0	.139	.708	1.149	.555	2.380
1			1.000		
Tingkat ekonomi		.000			
Sangat Miskin	1.586	.000	4.885	3.623	6.588
Miskin	1.112	.000	3.041	2.245	4.120
Pertengahan	.897	.000	2.452	1.801	3.339
Kaya	.462	.005	1.588	1.147	2.197
Sangat kaya			1.000		
Tingkat Pendidikan		.000			
Tidak Tamat SD	.390	.011	1.477	1.092	1.997
Tamat SD	-.013	.928	.987	.745	1.308
Tidak Tamat SMA	.032	.818	1.032	.788	1.353
Tamat SMA	-.083	.540	.920	.706	1.200
Perguruan Tinggi			1.000		
Status Pernikahan		.000			
Tidak menikah	1.092	.000	2.979	2.264	3.920
Menikah			1.000		
Niat Hamil*Usia		.132			
Unwanted*Usia 12-20 tahun	.719	.429	2.053	.345	12.219
Unwanted*Usia 30-39 tahun	.520	.060	1.682	.979	2.889
Unwanted*Usia 40-49 tahun	-.106	.804	.899	.388	2.085
Mistimed*Usia 12-20 tahun	-.451	.135	.637	.353	1.150
Mistimed*Usia 30-39 tahun	-.134	.635	.875	.503	1.522
Mistimed*Usia 40-48 tahun	-.411	.647	.663	.114	3.855
Niat Hamil*Paritas		.059			
Unwanted*Anak ke 5	-.363	.395	.695	.301	1.605
Unwanted*Anak ke 4	-.164	.695	.849	.373	1.930
Unwanted*Anak ke 3	.050	.896	1.051	.497	2.221
Unwanted*Anak ke 1	-2.036	.161	.131	.008	2.249

Mistimed*Anak ke 5	-.620	.167	.538	.223	1.296
Mistimed*Anak ke 4	-.934	.017	.393	.183	.845
Mistimed*Anak ke 3	-.755	.006	.470	.276	.801
Mistimed*Anak ke 1	-.937	.352	.392	.054	2.819
Niat Hamil*Jarak Lahir		.172			
Unwanted*1-12 bulan	-.106	.918	.900	.119	6.796
Unwanted*13-24 bulan	-1.233	.095	.292	.069	1.238
Unwanted*25-36 bulan	-1.080	.138	.340	.081	1.416
Unwanted*37-48 bulan	-1.371	.065	.254	.059	1.089
Unwanted*49-60 bulan	-1.299	.087	.273	.062	1.206
Unwanted*61-72 bulan	-1.394	.069	.248	.055	1.115
Unwanted*> 72 bulan	-1.685	.021	.185	.044	.773
Mistimed*1-12 bulan	-.497	.657	.609	.068	5.437
Mistimed*13-24 bulan	-1.117	.254	.327	.048	2.234
Mistimed*25-36 bulan	-.950	.332	.387	.057	2.637
Mistimed*37-48 bulan	-1.281	.200	.278	.039	1.974
Mistimed*49-60 bulan	-1.446	.164	.236	.031	1.805
Mistimed*61-72 bulan	-.317	.754	.728	.100	5.320
Mistimed*> 72 bulan	-1.387	.175	.250	.034	1.851
Niat Hamil*Tingkat Ekonomi		.713			
Unwanted*sangat miskin	-.206	.592	.814	.383	1.729
Unwanted*miskin	-.425	.268	.654	.308	1.387
Unwanted*pertengahan	-.088	.819	.916	.431	1.946
Unwanted*kaya	-.220	.592	.802	.358	1.797
Mistimed*sangat miskin	-.596	.148	.551	.246	1.236
Mistimed*miskin	-.453	.273	.636	.283	1.428
Mistimed*pertengahan	-.186	.650	.830	.371	1.855
Mistimed*kaya	-.527	.238	.591	.246	1.416
Niat Hamil*Tingkat Pendidikan		.149			
Unwanted*Tidak Tamat SD	.141	.776	1.151	.436	3.038
Unwanted*Tamat SD	.825	.073	2.282	.926	5.621
Unwanted*Tidak Tamat SMA	.341	.450	1.407	.580	3.414
Unwanted*Tamat SMA	.583	.192	1.791	.747	4.294
Mistimed*Tidak Tamat SD	.737	.118	2.090	.829	5.267
Mistimed*Tamat SD	.602	.159	1.825	.790	4.213
Mistimed*Tidak Tamat SMA	.443	.267	1.557	.712	3.404
Mistimed*Tamat SMA	.703	.062	2.020	.965	4.226
Niat Hamil*Status Pernikahan		.866			
Unwanted*Tidak menikah	-.829	.612	.437	.018	10.709
Mistimed*Tidak menikah	.061	.875	1.063	.496	2.280

5.5.1.3 Model Akhir Analisis Multivariat

Setelah menyelesaikan analisis terhadap variabel interaksi, tidak didapatkan variabel interaksi yang bermakna. Dari analisis terlihat bahwa perempuan yang mengalami kehamilan

yang tidak diinginkan mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K1 sebesar 1.696 kali dibandingkan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan (IK95% 1,395-2,063). Perempuan yang mengalami kehamilan yang tidak direncanakan mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K1 sebesar 1,6 kali dibandingkan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan (IK95% 1,328-1,926).

Tabel 5.5.1.3 Model Akhir Analisis Multivariat

Variabel	B	P	OR	C.I.95%	
				Min	Max
Niat Hamil		.000			
Unwanted	.529	.000	1.696	1.395	2.063
Mistimed	.470	.000	1.600	1.328	1.926
Wanted			1.000		
Jarak Lahir		.001			
1-12 bulan	.470	.218	1.600	.758	3.376
13-24 bulan	.263	.371	1.301	.731	2.318
25-36 bulan	.166	.570	1.181	.666	2.095
37-48 bulan	-.113	.703	.893	.500	1.596
49-60 bulan	-.204	.497	.815	.452	1.470
61-72 bulan	-.075	.804	.928	.514	1.676
> 72 bulan	-.159	.584	.853	.482	1.507
0 bulan			1.000		
Usia		.000			
12-20 tahun	.527	.000	1.694	1.421	2.020
30-39 tahun	-.273	.001	.761	.648	.895
40-49 tahun	-.091	.599	.913	.649	1.283
20-29 tahun			1.000		
Paritas		.000			
≥4	.892	.000	1.977	1.556	2.512
3	.584	.001	1.453	1.159	1.822
2	.560	.000	1.416	1.189	1.686
0	.214	.457	.805	.454	1.426
1			1.000		
Tingkat ekonomi		.000			
Sangat Miskin	1.456	.000	4.288	3.292	5.584
Miskin	.991	.000	2.693	2.072	3.500
Pertengahan	.840	.000	2.317	1.781	3.013
Kaya	.371	.009	1.450	1.099	1.913
Sangat kaya			1.000		
Tingkat Pendidikan		.000			
Tidak Tamat SD	.485	.000	1.624	1.238	2.131
Tamat SD	.132	.306	1.141	.887	1.468
Tidak Tamat SMA	.123	.320	1.131	.887	1.441
Tamat SMA	.068	.575	1.070	.845	1.355
Oerguruan tinggi			1.000		
Status Pernikahan					
Tidak menikah	1.123	.000	3.075	2.401	3.939
Menikah			1.000		

5.5.1.4 Analisis Variabel Konfounder

Prinsip analisis terhadap variabel konfounder adalah mencari model yang paling sederhana yang bisa memberikan OR mendekati model utama (*valid*) serta memberikan interval kepercayaan yang lebih sempit (persisi). Bila tidak ada model lain yang valid dan persisi, model utama akan menjadi model akhir. Untuk mengetahui apakah jarak lahir, usia, paritas, status pernikahan, tingkat pendidikan dan tingkat ekonomi adalah konfounder, maka peneliti akan membandingkan nilai OR niat kehamilan (kehamilan tidak diinginkan dan tidak direncanakan) pada model utama dengan beberapa model lain yang dibuat dengan cara mengeluarkan variabel yang diduga konfounder yaitu jarak lahir, usia, paritas, status pernikahan, tingkat pendidikan dan tingkat ekonomi satu persatu. Hasil analisis terhadap variabel yang diduga konfounder dapat dilihat pada tabel 5.5.1.4.

Tabel 5.5.1.4 Hasil Analisis Variabel Konfounder

Variabel	<i>Full Model (Model Utama)</i>	<i>Reduce Model 1</i>	<i>Reduce Model 2</i>	<i>Reduce Model 3</i>	<i>Reduce Model 4</i>	<i>Reduce Model 5</i>	<i>Reduce Model 6</i>
Niat Hamil	+	+	+	+	+	+	+
Jarak Lahir	+	-	+	+	+	+	+
Usia	+	+	-	-	-	-	-
Paritas	+	+	+	-	+	+	+
Status Pernikahan	+	+	+	+	-	+	+
Tingkat Pendidikan	+	+	+	+	+	-	-
Tingkat Ekonomi	+	+	+	+	+	+	-
OR							
<i>Unwanted</i>	1.696	1.718	1.756	1.981	1.785	1.719	1.436
<i>Mistimed</i>	1.600	1.717	1.664	1.640	1.841	1.638	1.590
Perubahan OR							
<i>Unwanted</i>	-	1	4	17	5	1	-15
<i>Mmistimed</i>	-	7	4	2	15	2	-1
IK95%							
<i>Unwanted</i>	1.395- 2063	1.414- 2.089	1.459- 2.114	1.663 -.361	1.483- 2.148	1.430- 2.068	1.200- 1.719
<i>Mistimed</i>	1.328- 1926	1.431- .061	1.394- 1.986	1.375- .957	1.546- 2.194	1.373- 1.954	1.337- 1.890
Persisi							
<i>Unwanted</i>	0.668	0.675	0.655	0.698	0.665	0.638	0.519
<i>Mistimed</i>	0.598	0.630	0.592	0.582	0.648	0.581	0.553

Suatu variabel dianggap konfounder apabila terjadi perubahan nilai OR dari model utama ke *reduce model* lebih 10 persen (Dahalan, 2012) Berdasarkan hasil analisis terhadap variabel yang diduga konfounder, didapatkan model kelima adalah model yang mengalami

perubahan OR kurang dari 10%, dan memiliki nilai persisi yang lebih lebih sempit dibandingkan model utama. Sehingga peneliti mengambil kesimpulan bahwa model kelima adalah model terbaik. Sehingga model akhir adalah: Model Y= niat hamil + jarak lahir + paritas + status pernikahan + tingkat ekonomi. Nilai *adjusted* OR dari kehamilan tidak diinginkan adalah 1.719 (IK 95% 1,430-2,068) dan nilai *adjusted* OR dari kehamilan tidak direncanakan adalah 1,638 (IK 95% 1,373-1,954). Perempuan yang mengalami kehamilan yang tidak diinginkan mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K1 sebesar 1.719 kali dibandingkan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan (IK 95% 1,430-2,068). Perempuan yang mengalami kehamilan yang tidak direncanakan mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K1 sebesar 1,638 kali dibandingkan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan (IK 95% 1,373-1,954).

5.5.2 Analisis Multivariat Regresi Logistik Kunjungan K4

5.5.2.1 Model Awal Analisis Multivariat

Pada model awal analisis multivariat, ditemukan hubungan yang bermakna antara seluruh variabel independen dengan kunjungan K4. Sehingga seluruh variabel independen akan dimasukkan pada langkah selanjutnya.

Tabel 5.5.2.1 Model Awal Analisis Multivariat

Variabel	B	P	OR	IK 95%	
				Min	Max
Niat Hamil		.000			
Unwanted	.379	.000	1.460	1.223	1.744
Mistimed	.420	.000	1.522	1.286	1.801
Wanted			1.000		
Jarak Lahir		.000			
1-12 bulan	.502	.150	1.653	.834	3.273
13-24 bulan	.346	.191	1.413	.842	2.372
25-36 bulan	.308	.240	1.361	.814	2.274
37-48 bulan	-.053	.842	.949	.565	1.594
49-60 bulan	-.048	.857	.953	.564	1.610
61-72 bulan	.053	.843	1.055	.623	1.785
> 72 bulan	-.095	.714	.909	.546	1.513
0 bulan			1.000		
Usia		.000			
12-20 tahun	.450	.000	1.569	1.342	1.834
30-39 tahun	-.288	.000	.749	.652	.862
40-48 tahun	-.147	.342	.863	.637	1.170
21-29 tahun			1.000		

Paritas		.000			
≥ 4	.876	.001	2.402	1.413	4.081
3	.554	.039	1.741	1.028	2.949
2	.537	.041	1.711	1.022	2.865
0	.118	.651	1.126	.674	1.879
1			1.000		
Wilayah Tempat tinggal					
Desa	.133	.018	1.142	1.023	1.275
Kota			1.000		
Tingkat ekonomi		.000			
Sangat miskin	1.452	.000	4.272	3.431	5.320
Miskin	.871	.000	2.388	1.920	2.971
Pertengahan	.678	.000	1.970	1.582	2.454
Kaya	.213	.073	1.237	.981	1.560
Sangat kaya			1.000		
Tingkat Pendidikan		.000			
Tidak Tamat SD	.610	.000	1.840	1.450	2.334
Tamat SD	.310	.005	1.363	1.096	1.696
Tidak Tamat SMA	.191	.077	1.210	.980	1.495
Tamat SMA	.108	.305	1.114	.907	1.368
Perguruan Tinggi			1.000		
Status Pernikahan					
Tidak menikah	.967	.000	2.629	2.079	3.325
Menikah			1.000		

5.5.2.2 Analisis Variabel Interaksi

Analisis variabel interaksi dilakukan dengan cara memasukkan variabel utama (niat kehamilan), variabel yang diduga sebagai konfounder yang pada analisis bivariat mempunyai nilai p kurang dari 0,25 (jarak lahir, usia, paritas, wilayah tempat tinggal, status pernikahan, tingkat pendidikan dan tingkat ekonomi), serta variabel interaksi kedalam model. Setelah didapatkan hasil, maka peneliti akan mengeluarkan variabel interaksi yang memiliki nilai $p > 0,05$ satu persatu dimulai dengan nilai p yang paling besar sampai tidak terdapat nilai p yang lebih dari 0,05 pada variabel interaksi. Setelah variabel interaksi dikeluarkan satu persatu, tidak ditemukan adanya variabel interaksi yang memiliki nilai p kurang dari 0,05.

Tabel 5.5.2.2 Model Awal Analisis Variabel Interaksi

Variabel	B	Sig.	OR	IK 95%	
				Min	Max
Niat Hamil		.085			
Unwanted	.478	.636	1.613	.223	11.689
Mistimed	.947	.029	2.577	1.104	6.016
Wanted			1.000		

Jarak Lahir		.003			
1-12 bulan	.635	.164	1.888	.772	4.616
13-24 bulan	.689	.036	1.992	1.046	3.795
25-36 bulan	.579	.076	1.784	.942	3.378
37-48 bulan	.281	.391	1.324	.697	2.517
49-60 bulan	.306	.354	1.358	.711	2.592
61-72 bulan	.371	.262	1.449	.758	2.772
> 72 bulan	.256	.426	1.292	.688	2.428
0 bulan			1.000		
Usia		.000			
12-20 tahun	.472	.000	1.604	1.359	1.892
30-39 tahun	-.293	.000	.746	.638	.873
40-49 tahun	.096	.612	1.101	.759	1.598
21-29 tahun			1.000		
Paritas		.000			
≥4	.598	.073	1.818	.947	3.490
3	.251	.448	1.285	.672	2.458
2	.279	.390	1.321	.700	2.492
1	-.218	.498	.804	.427	1.511
0			1.000		
Tingkat ekonomi		.000			
Sangat Miskin	1.497	.000	4.468	3.476	5.743
Miskin	.940	.000	2.560	1.992	3.290
Pertengahan	.700	.000	2.013	1.562	2.595
Kaya	.266	.051	1.305	.999	1.705
Sangat kaya			1.000		
Wilayah Tempat Tinggal					
Desa	.160	.011	1.174	1.037	1.329
Kota			1.000		
Tingkat Pendidikan		.000			
Tidak Tamat SD	.570	.000	1.769	1.358	2.305
Tamat SD	.232	.062	1.261	.988	1.609
Tidak Tamat SMA	.176	.143	1.193	.942	1.510
Tamat SMA	.034	.772	1.035	.821	1.304
Perguruan tinggi			1.000		
Status Pernikahan					
Tidak menikah	.941	.000	2.563	1.978	3.320
Menikah			1.000		
Niat Hamil*Usia		.327			
Unwanted*Usia 12-20 tahun	-.051	.953	.950	.175	5.167
Unwanted*Usia 30-39 tahun	.133	.594	1.142	.701	1.861
Unwanted*Usia 40-49 tahun	-.542	.163	.581	.271	1.245
Mistimed*Usia 12-20 tahun	-.309	.279	.734	.419	1.285
Mistimed*Usia 30-39 tahun	-.213	.385	.808	.500	1.307
Mistimed*Usia 40-48 tahun	-.301	.698	.740	.162	3.385
Niat Hamil*Jarak Lahir		.507			
Unwanted*1-12 bulan	-.625	.528	.535	.077	3.730
Unwanted*13-24 bulan	-1.337	.056	.263	.067	1.032
Unwanted*25-36 bulan	-1.099	.111	.333	.086	1.286

Unwanted*37-48 bulan	-1.218	.082	.296	.075	1.166
Unwanted*49-60 bulan	-1.314	.065	.269	.067	1.084
Unwanted*61-72 bulan	-1.552	.032	.212	.051	.872
Unwanted*> 72 bulan	-1.457	.034	.233	.061	.894
Mistimed*1-12 bulan	-.891	.381	.410	.056	3.009
Mistimed*13-24 bulan	-1.266	.153	.282	.050	1.601
Mistimed*25-36 bulan	-1.141	.197	.319	.056	1.809
Mistimed*37-48 bulan	-1.461	.106	.232	.039	1.364
Mistimed*49-60 bulan	-1.704	.067	.182	.029	1.130
Mistimed*61-72 bulan	-.900	.329	.407	.067	2.480
Mistimed*> 72 bulan	-1.500	.102	.223	.037	1.346
Niat Hamil*Tingkat Ekonomi		.787			
Unwanted*sangat miskin	-.013	.971	.987	.489	1.992
Unwanted*miskin	-.325	.341	.723	.370	1.411
Unwanted*pertengahan	-.017	.960	.983	.504	1.917
Unwanted*kaya	-.067	.853	.936	.463	1.889
Mistimed*sangat miskin	-.298	.422	.742	.358	1.537
Mistimed*miskin	-.364	.321	.695	.339	1.425
Mistimed*pertengahan	-.130	.719	.878	.433	1.783
Mistimed*kaya	-.510	.195	.601	.278	1.297
Niat Hamil*Tingkat Pendidikan		.382			
Unwanted*Tidak Tamat SD	.057	.897	1.058	.448	2.500
Unwanted*Tamat SD	.489	.230	1.630	.734	3.624
Unwanted*Tidak Tamat SMA	.046	.908	1.047	.478	2.294
Unwanted*Tamat SMA	.398	.312	1.488	.688	3.219
Mistimed*Tidak Tamat SD	.362	.391	1.436	.628	3.287
Mistimed*Tamat SD	.390	.291	1.478	.715	3.051
Mistimed*Tidak Tamat SMA	.042	.904	1.043	.526	2.068
Mistimed*Tamat SMA	.329	.316	1.389	.731	2.642
Niat Hamil*Status Pernikahan		.735			
Unwanted*Tidak menikah	-1.146	.444	.318	.017	5.987
Mistimed*Tidak menikah	.057	.878	1.059	.508	2.207
Niat Hamil*Wilayah Tempat Tinggal		.496			
Unwanted*Wilayah Tempat Tinggal	-.224	.253	.799	.545	1.173
Mistimed*Wilayah Tempat Tinggal	-.080	.670	.923	.640	1.332
Niat Hamil*Paritas		.448			
Unwanted*Anak ke 5	1.076	.355	2.934	.300	28.651
Unwanted*Anak ke 4	.555	.561	1.742	.268	11.332
Unwanted*Anak ke 3	1.250	.281	3.491	.360	33.821
Unwanted*Anak ke 1	.624	.509	1.866	.293	11.896
Mistimed*Anak ke 5	1.022	.376	2.778	.290	26.632
Mistimed*Anak ke 4	.649	.478	1.914	.318	11.525
Mistimed*Anak ke 3	1.312	.258	3.715	.382	36.112
Mistimed*Anak ke 1	1.108	.225	3.028	.507	18.104
Constant	-3.103	.000	.045		

5.5.2.3 Model Akhir Analisis Multivariat

Setelah menyelesaikan analisis terhadap variabel interaksi, tidak didapatkan variabel interaksi yang bermakna. Dari analisis terlihat bahwa perempuan yang mengalami kehamilan yang tidak diinginkan mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K4 sebesar 1.460 kali dibandingkan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan (IK95% 1.223-1.744). Perempuan yang mengalami kehamilan yang tidak direncanakan mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K4 sebesar 1,522 kali dibandingkan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan (IK95% 1,286-1,801).

Tabel 5.5.2.3 Model Akhir Analisis Multivariat

Variabel	B	Sig.	OR	IK 95%	
				Min	Max
Niat Hamil		.000			
Unwanted	.379	.000	1.460	1.223	1.744
Mistimed	.420	.000	1.522	1.286	1.801
Wanted			1.000		
Jarak Lahir		.000			
1-12 bulan	.502	.150	1.653	.834	3.273
13-24 bulan	.346	.191	1.413	.842	2.372
25-36 bulan	.308	.240	1.361	.814	2.274
37-48 bulan	-.053	.842	.949	.565	1.594
49-60 bulan	-.048	.857	.953	.564	1.610
61-72 bulan	.053	.843	1.055	.623	1.785
> 72 bulan	-.095	.714	.909	.546	1.513
0 bulan			1.000		
Usia		.000			
12-20 tahun	.450	.000	1.569	1.342	1.834
30-39 tahun	-.288	.000	.749	.652	.862
40-48 tahun	-.147	.342	.863	.637	1.170
21-29 tahun			1.000		
Paritas		.000			
≥4	.876	.001	2.402	1.413	4.081
3	.554	.039	1.741	1.028	2.949
2	.537	.041	1.711	1.022	2.865
0	.118	.651	1.126	.674	1.879
1			1.000		
Wilayah Tempat tinggal					
Desa	.133	.018	1.142	1.023	1.275
Kota			1.000		
Tingkat ekonomi		.000			
Sangat miskin	1.452	.000	4.272	3.431	5.320
Miskin	.871	.000	2.388	1.920	2.971
Pertengahan	.678	.000	1.970	1.582	2.454
Kaya	.213	.073	1.237	.981	1.560
Sangat kaya			1.000		
Tingkat Pendidikan		.000			
Tidak Tamat SD	.610	.000	1.840	1.450	2.334

Tamat SD	.310	.005	1.363	1.096	1.696
Tidak Tamat SMA	.191	.077	1.210	.980	1.495
Tamat SMA	.108	.305	1.114	.907	1.368
Perguruan tinggi			1.000		
Status Pernikahan					
Tidak menikah	.967	.000	2.629	2.079	3.325
Menikah			1.000		

5.5.2.4 Analisis Variabel Konfounder

Prinsip analisis terhadap variabel konfounder adalah mencari model yang paling sederhana yang bisa memberikan nilai OR mendekati model utama (*valid*) serta memberikan interval kepercayaan yang lebih sempit (persisi). Bila tidak ada model lain yang valid dan persisi, model utama akan menjadi model akhir. Untuk mengetahui apakah jarak lahir, usia, paritas, wilayah tempat tinggal, status pernikahan, tingkat pendidikan dan tingkat ekonomi adalah konfounder, maka peneliti akan membandingkan nilai OR niat kehamilan (kehamilan tidak diinginkan dan tidak direncanakan) pada model utama dengan beberapa model lain yang dibuat dengan cara mengeluarkan variabel yang diduga konfounder yaitu jarak lahir, usia, paritas, status pernikahan, tingkat pendidikan dan tingkat ekonomi satu persatu. Hasil analisis terhadap variabel yang diduga konfounder dapat dilihat pada tabel 5.5.2.4.

Tabel 5.5.2.4 Hasil Analisis Variabel Konfounder

Variabel	Full Model (Model Utama)	Reduce Model 1	Reduce Model 2	Reduce Model 3	Reduce Model 4	Reduce Model 5	Reduce Model 6	Reduce Model 7
Niat Hamil	+	+	+	+	+	+	+	+
Jarak Lahir	+	-	+	+	+	+	+	+
Usia	+	+	-	+	+	+	+	+
Paritas	+	+	+	-	+	+	+	+
Wilayah Tempat Tinggal	+	+	+	+	-	+	+	+
Status Pernikahan	+	+	+	+	+	-	+	+
Tingkat Pendidikan	+	+	+	+	+	+	-	+
Tingkat Ekonomi	+	+	+	+	+	+	+	-
OR								
<i>Unwanted</i>	1.460	1.486	1.495	1.749	1.479	1.495	1.440	1.455
<i>Mistimed</i>	1.522	1.647	1.561	1.535	1.551	1.679	1.518	2.854
Perubahan OR								
<i>Unwanted</i>	-	2	2	20	2	2	1	2
<i>Mmistimed</i>	-	8	3	1	1	10	0	8
IK95%								

<i>Unwanted</i>	1.223- 1.744	1.245- 1.774	1.264- 1.769	1.491- 2.051	1.250- 1.749	1.264- 1.768	1.219- 1.702	1.246- 1.699
<i>Mistimed</i>	1.286- 1.801	1.396- 1.944	1.329- 1.833	1.308- 1.802	1.321- 1.822	1.431- 1.969	1.294- 1.782	2.313- 3.521
Persisi								
<i>Unwanted</i>	0.521	0.529	0.505	0.56	0.499	0.504	0.483	0.453
<i>Mistimed</i>	0.515	0.548	0.504	0.494	0.501	0.538	0.488	1.208

Suatu variabel dianggap konfounder apabila terjadi perubahan nilai OR dari model utama ke *reduce model* lebih dari 10 persen (Dahlan, 2012). Berdasarkan hasil analisis terhadap variabel yang diduga konfounder, didapatkan model keenam adalah model yang mengalami perubahan OR kurang dari 10%, dan memiliki nilai persisi yang lebih sempit dibandingkan model utama. Sehingga peneliti mengambil kesimpulan bahwa model keenam adalah model terbaik. Sehingga model akhir adalah: Model Y= niat hamil + jarak lahir + paritas + status pernikahan + tingkat ekonomi. Nilai *adjusted* OR dari kehamilan tidak diinginkan adalah 1,440 (IK95% 1.219-1.702) dan nilai *adjusted* OR dari kehamilan tidak direncanakan adalah 1,518 (IK95% 1.294-1.782). Perempuan yang mengalami kehamilan yang tidak diinginkan mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K4 sebesar 1.440 kali dibandingkan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan (IK95% 1.219-1.702). Perempuan yang mengalami kehamilan yang tidak direncanakan mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K4 sebesar 1,518 kali dibandingkan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan (IK95% 1.294-1.782).

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

6.1.1 Kerancuan Temporal

Penelitian ini menganalisis data sekunder dari SDKI, 2012 dengan desain penelitian *cross sectional*. Pada penelitian *cross sectional*, pengambilan data variabel dependen dan independen dilakukan pada waktu yang bersamaan sehingga tidak dapat menunjukkan hubungan sebab akibat.

6.1.2 Keterbatasan Data

Selain itu, penggunaan data sekunder juga memiliki keterbatasan dimana jumlah variabel-variabel yang terkait dengan objek penelitian terbatas pada variabel yang telah ada pada data sekunder tersebut. Sehingga, terdapat beberapa variabel yang secara literatur berhubungan dengan perilaku perempuan dalam melakukan pemeriksaan kehamilan dan niat kehamilan seperti variabel kondisi kesehatan saat hamil, sikap petugas kesehatan, tingkat pengetahuan, pekerjaan, keterjangkauan pelayanan kesehatan, biaya pemeriksaan kehamilan, dan keikutsertaan ibu dalam asuransi kesehatan tidak dapat diikutsertakan dalam analisis.

6.1.3 Recall Bias (Bias Mengingat)

Recall bias atau bias mengingat adalah bias yang disebabkan karena kesalahan subjek dalam mengingat atau mengulang kejadian yang berhubungan dengan variabel penelitian. Pada data SDKI, 2012, niat kehamilan seseorang perempuan ditanyakan pada seluruh anak hidup yang dilahirkannya sampai maksimal 12 anak yang dilahirkan. Selain itu, *recall bias* juga dapat terjadi pada saat menanyakan waktu pertama kali saat melakukan pemeriksaan kehamilan serta jumlah total kunjungan pemeriksaan kehamilan yang telah dilakukan seseorang perempuan pada saat hamil. Untuk meminimalisir adanya kesalahan subjek dalam mengingat, maka peneliti membatasi hanya mengambil data tentang niat kehamilan dari anak yang dilahirkan dalam 5 tahun sebelum survei.

6.1.4 Bias Missclassification (Bias Pengelompokan)

Bias missclassification pada penelitian ini dapat terjadi pada saat mengelompokkan responden yang melakukan K4. Syarat responden dikelompokkan kedalam kelompok yang melakukan kunjungan K4 dengan lengkap adalah responden yang melakukan pemeriksaan kehamilan sesuai jadwal 1-1-2. Karena keterbatasan data penelitian, maka peneliti mengelompokkan responden yang melakukan pemeriksaan K4 dengan lengkap adalah responden yang melakukan kunjungan K1 dengan total kunjungan lebih atau sama dengan 4. Peneliti tidak dapat mengontrol apakah total kunjungan tersebut dilakukan pada trimester kedua dan ketiga, hanya di trimester kedua saja atau hanya di trimester ketiga saja.

6.2. Hasil Analisis Univariat

6.2.1 Prevalensi Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan

Di Indonesia, prevalensi perempuan yang melakukan kunjungan K1 dan K4 pada tahun 2012 masih dibawah target Program Kesehatan Ibu. Namun apabila dibandingkan dengan negara lain yang tergabung dalam SEAR (South East Asia Region), cakupan K4 di Indonesia menduduki urutan tertinggi ke 5, dengan urutan pertama adalah Korea, diikuti Sri Lanka, Maldives, Thailand, Indonesia, Timor Leste, Myanmar, India, Bhutan, Nepal dan Myanmar (WHO, 2012). Menurut kategori Provinsi di Indonesia, cakupan kunjungan K1 dan K4 yang sudah mencapai target masih sangat rendah. Dari 33 provinsi, hanya 6 provinsi yang berhasil mencapai target kunjungan K1, yaitu Provinsi Lampung, Jakarta, Yogyakarta, Jawa Tengah, Bali, Nusa Tenggara Barat, dan hanya 2 provinsi yang berhasil mencapai target kunjungan K4 yaitu provinsi Jakarta dan Yogyakarta.

Menurut kategori provinsi, prevalensi perempuan yang melakukan kunjungan K1 terendah di Gorontalo dan tertinggi di Lampung. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Rabiatul tahun 2013 di Puskesmas Mongolato Kecamatan Telaga Kabupaten Gorontalo, rendahnya kunjungan K1 dan K4 di Puskesmas tersebut dipengaruhi oleh faktor usia dan paritas. Perempuan yang berusia 20-35 tahun, lebih banyak yang melakukan pemeriksaan kehamilan dibandingkan perempuan yang berusia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun. Perempuan yang baru memiliki 1 anak, lebih banyak dalam melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan dibandingkan perempuan yang sudah memiliki lebih dari 1 anak (Rabiatul, 2013).

Menurut kategori provinsi, prevelensi kunjungan K4 terendah di Sulawesi Barat dan tertinggi di Yogyakarta. Pada penelitian yang dilakukan oleh Surniati tahun 2013, rendahnya

kunjungan K4 di Sulawesi Barat dipengaruhi oleh faktor biaya. Responden yang mengatakan biaya pemeriksaan murah, lebih banyak yang memanfaatkan pelayanan secara teratur dibandingkan responden yang menyatakan biaya pemeriksaan mahal. (Surniati, 2013). Pada Menurut kategori provinsi, terdapat 4 provinsi yang memiliki angka DO lebih dari 10 persen, yaitu provinsi Aceh, Sumatera Utara, Sumatera Selatan, dan Sulawesi Barat. Ibu hamil dikatakan DO apabila ia melakukan kunjungan pertama kali sebelum usia kehamilan 4 bulan, namun selanjutnya tidak melakukan kunjungan sebanyak 1 kali di trimester kedua dan dua kali di trimester ketiga. Tingginya angka DO di provinsi tersebut dapat disebabkan oleh berbagai faktor. Pada penelitian yang dilakukan oleh Adri tahun 2008 di Puskesmas Runding Kota Subulussalam Nangroe Aceh Darussalam, faktor yang berhubungan dengan rendahnya kunjungan pemeriksaan kehamilan adalah faktor geografis dan tingkat pengetahuan. Responden yang tinggal lebih dari 5 km, dengan jarak tempuh lebih dari 15 menit dan tidak tersedia transportasi menuju puskesmas, berhubungan dengan rendahnya kunjungan pemeriksaan kehamilannya. Selain itu, responden yang memiliki tingkat pengetahuan yang rendah juga lebih sedikit yang melakukan kunjungan K1 dan K4 ke Puskesmas tersebut (Adri, 2008).

6.2.2 Prevalensi Niat Kehamilan

Di Indonesia pada tahun 2012, prevalensi perempuan yang mengalami kehamilan tidak diinginkan lebih tinggi dibandingkan prevalensi perempuan yang mengalami kehamilan tidak direncanakan. Prevalensi kehamilan tidak diinginkan dan tidak direncanakan di Indonesia, masih lebih rendah dibandingkan di dunia maupun di Asia Tenggara. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Sedgh tahun 2014, terdapat 53 per 1000 perempuan berusia 15-44 tahun yang mengalami kehamilan tidak diinginkan dan tidak direncanakan di dunia, dengan kejadian tertinggi di Afrika (80 persen), terendah di Eropa (43 persen) dan Oceania (43 persen). Di Asia, kejadian kehamilan tidak diinginkan dan tidak direncanakan sebesar 38 persen. Kejadian kehamilan tidak direncanakan di Asia Tenggara lebih tinggi dibandingkan kehamilan yang tidak diinginkan, masing-masing 16 persen dan 15 persen (Sedgh, 2014). Sedangkan di Indonesia, kejadian kehamilan tidak direncanakan lebih rendah dibandingkan kehamilan tidak diinginkan.

Menurut kategori provinsi, prevalensi perempuan yang mengalami kehamilan tidak diinginkan terendah di Kalimantan Barat dan tertinggi di Sulawesi Tengah. Sedangkan prevalensi perempuan yang mengalami kehamilan tidak direncanakan terendah di Lampung dan tertinggi di Gorontalo. Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa provinsi yang

memiliki prevalensi K1 terendah, yaitu provinsi Gorontalo, memiliki prevalensi kehamilan tidak direncanakan yang tertinggi. Sedangkan provinsi yang memiliki prevalensi K1 tertinggi, yaitu Lampung, memiliki prevalensi kehamilan tidak direncanakan terendah. Penelitian lebih lanjut untuk mengetahui hubungan antara kehamilan tidak direncanakan dengan rendahnya kunjungan K1 di provinsi Gorontalo diperlukan agar dapat mengetahui dampak dari kehamilan tidak direncanakan di Provinsi tersebut.

6.2.3 Hasil Analisis Univariat Variabel Independen

Usia. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Martin tahun 2012, usia yang ideal saat hamil adalah 20-35 tahun. Perempuan yang hamil dan melahirkan sebelum berusia 20 tahun berisiko sebanyak 25 persen untuk melahirkan bayi prematur dan berisiko sebanyak 18 persen untuk melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (Martin, 2012). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Jolly tahun 2000, perempuan yang hamil dan melahirkan setelah usia 35 tahun berisiko untuk mengalami diabetes gestational, melahirkan sebelum 32 minggu, plasenta previa, kelainan letak janin, dan perdarahan setelah melahirkan (Jolly, 2000). Responden pada penelitian ini sebagian besar hamil pada usia yang ideal. Namun, masih terdapat responden yang hamil dan melahirkan pada usia kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun. Menurut penelitian yang dilakukan oleh UNDP tahun 2012, tingkat kelahiran pada remaja berusia 15-19 tahun di Indonesia sebanyak 48 kelahiran per 1000 remaja. Tingkat kelahiran pada remaja di Indonesia 8 kali lebih tinggi dibandingkan tingkat kelahiran pada remaja di Malaysia dan Singapura. Tingkat kelahiran pada remaja di Malaysia dan Singapura sebesar masing-masing 6 kelahiran per 1000 remaja (UNDP, 2014)

Menurut WHO, saat ini terdapat 16 juta perempuan berusia 15–19 tahun yang hamil setiap tahunnya. Kehamilan remaja menyumbang 11 persen dari seluruh kelahiran di dunia. Tingkat kehamilan remaja di negara yang berpenghasilan rendah dua kali lebih tinggi dibandingkan negara dengan penghasilan yang tinggi. Komplikasi akibat kehamilan dan persalinan pada remaja merupakan penyebab kedua kematian pada remaja berusia 15-19 tahun di seluruh dunia. Bayi yang lahir dari ibu yang masih remaja memiliki risiko lebih tinggi untuk meninggal dibandingkan bayi yang lahir dari ibu berusia 20-24 tahun (WHO, 2012). Pada penelitian yang dilakukan oleh Dangal tahun 2004, Amerika Serikat memiliki angka kelahiran remaja tertinggi dari semua negara-negara maju, yaitu sebesar 40 persen. Tingkat kehamilan remaja di Amerika Serikat adalah yang tertinggi di Barat, yaitu dua kali lebih tinggi dibandingkan Inggris, Perancis dan Kanada, tiga kali dibandingkan di Swedia; dan tujuh kali lebih tinggi dibandingkan Belanda. Apabila dilihat dari tingkat aktivitas

seksual, aktivitas seksual remaja di Amerika Serikat kurang lebih sama dengan aktivitas seksual di Eropa, dengan usia rata-rata hubungan seksual pertama di Barat 17 tahun untuk anak perempuan dan 16 tahun untuk laki-laki. Sebanyak 1 dari empat remaja di Barat, berhubungan pertama pada usia 15 tahun. Namun, tingkat kehamilan remaja di Eropa lebih rendah. Hal ini disebabkan karena remaja di Eropa memiliki akses yang lebih besar ke alat kontrasepsi. Selain itu, sejak usia dini anak-anak muda di Eropa sudah mendapatkan edukasi melalui pesan-pesan seksual. Sedangkan di Amerika, remaja yang aktif secara seksual memiliki kemungkinan lebih besar dibandingkan kelompok usia lainnya untuk tidak menggunakan alat kontrasepsi. Penelitian ini juga menunjukkan, bahwa remaja yang aktif secara seksual namun tidak menggunakan alat kontrasepsi, 90 persen memiliki kemungkinan untuk hamil dalam waktu satu tahun. Selain itu, remaja muda di Amerika Serikat sangat rentan terhadap perkosaan, inses atau pelecehan seksual lainnya. Sebanyak lima puluh persen dari kehamilan remaja terjadi dalam 6 bulan pertama hubungan seksual. (Dangal, 2004).

Paritas. Penelitian menunjukkan, bahwa jarak kelahiran yang ideal antara kelahiran anak pertama dengan kelahiran anak berikutnya adalah 3 tahun. Keuntungan dari menjarangkan kelahiran selama 3 tahun adalah dapat menurunkan risiko terjadinya kematian pada ibu, kematian neonatus, kematian janin, anemia akibat kehamilan yang sebelumnya, peradangan postpartum pada dinding endometrium, ketuban pecah dini, kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, pertumbuhan janin terhambat, dan malnutrisi pada bayi baru lahir yang disebabkan karena kekurangan ASI. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden sudah memiliki jarak antar anak yang ideal. Responden pada penelitian ini sebagian besar hamil pada saat SMA dan perguruan tinggi, sudah menikah, berada pada tingkat ekonomi kaya, pertengahan dan sangat kaya, dan tinggal di kota.

6.3 Hasil Analisis Multivariat

6.3.1 Hubungan Antara Kehamilan Tidak Diinginkan Dengan Kunjungan K1

Pada analisis multivariat, didapatkan perempuan yang mengalami kehamilan tidak diinginkan di Indonesia memiliki kemungkinan sebesar 1,7 kali lebih besar untuk tidak melakukan K1 dibandingkan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan ($p=0.000$, IK95% 1,430-2,068, OR=1,719). Hasil penelitian ini, sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Deanna tahun 2000 di New Jersey's dengan sampel berjumlah 90.000 responden, dan Eggleston tahun 2000 di Equador pada 3041 responden. Di New Jersey's, kehamilan tidak diinginkan merupakan faktor risiko yang memiliki dampak terbesar terhadap keterlambatan pemeriksaan kehamilan. Perempuan dengan kehamilan tidak diinginkan 67 persen lebih

sedikit untuk melakukan kunjungan K1 (Deanna, 2000). Sedangkan di Equador, didapatkan bahwa perempuan dengan kehamilan tidak diinginkan, 25 persen lebih sedikit dalam melakukan kunjungan K1 dibandingkan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan (Eggleston, 2000). Menurut Kost tahun 1998, perempuan dengan kehamilan tidak diinginkan memiliki kecenderungan untuk tidak mengenali tanda-tanda awal kehamilan dibandingkan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan, yang menyebabkan mereka tidak melakukan pemeriksaan sejak awal kehamilan (Kost, 1998).

6.3.2 Hubungan Antara Kehamilan Tidak Direncanakan Dengan Kunjungan K1

Pada analisis multivariat, didapatkan perempuan yang mengalami kehamilan tidak direncanakan di Indonesia memiliki kemungkinan sebesar 1,6 kali lebih besar untuk tidak melakukan pemeriksaan K1 dibandingkan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan ($p=0.000$, IK95% 1,373-1,954, OR=1,638). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Eggleston tahun 2000 di Equador pada 3041 responden, Exavery tahun 2013 di Tanzania pada 910 responden, dan Masmalai di Thailand pada 1061 responden. Di Equador, didapatkan perempuan yang mengalami kehamilan tidak direncanakan 11 persen lebih sedikit dalam melakukan kunjungan K1 dibandingkan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan (Eggleston, 2000). Di Tanzania, didapatkan bahwa bahwa perempuan dengan kehamilan tidak direncanakan lebih sedikit dalam melakukan pemeriksaan K1 dibandingkan perempuan dengan kehamilan tidak diinginkan (Exavery, 2013).

Penelitian di Thailand tahun 2010 menunjukkan bahwa perempuan yang mengalami kehamilan yang tidak direncanakan 51 persen lebih sedikit yang melakukan kunjungan K1 dibandingkan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan. Latar belakang perempuan dengan kehamilan tidak direncanakan di Thailand, terbanyak dari kelompok perempuan dengan pendidikan tinggi dan memiliki pekerjaan formal (Masmalai, 2010). Menurut Deanna tahun 2000, perempuan dengan pendidikan yang tinggi akan mendapatkan posisi dan tanggung jawab yang besar dalam pekerjaan, yang menyebabkan mereka kesulitan meluangkan waktu untuk pemeriksaan kehamilannya sejak awal. Apalagi jika tempat untuk memeriksakan kehamilan sulit untuk dijangkau dan mereka tidak mengetahui pentingnya melakukan pemeriksaan kehamilan sejak dini (Deanna, 2000).

6.3.3 Hubungan Antara Kehamilan Tidak Diinginkan Dengan Kunjungan K4

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perempuan yang mengalami kehamilan tidak diinginkan memiliki kemungkinan sebesar 1,4 kali lebih besar untuk tidak melakukan pemeriksaan K4 adalah dibandingkan reponden dengan kehamilan yang diinginkan ($p=0.000$, IK 95% 1,219-1,702, OR=1,440). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Eggleston tahun 2000 di Equador pada 3041 responden, Masmalai tahun 2000 di Thailand pada 1061 responden, dan Karch tahun 2012 di Philipinna. Hasil penelitian di Equador menunjukkan bahwa perempuan dengan kehamilan tidak diinginkan 29 persen lebih sedikit dalam melakukan kunjungan K4 dibandingkan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan (Eggleston, 2000). Hasil penelitian di Thailand menunjukkan bahwa perempuan yang mengalami kehamilan yang tidak direncanakan 47 persen lebih sedikit yang melakukan pemeriksaan K4 dibandingkan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan (Masmalai, 2000). Sedangkan hasil penelitian di Philipina menunjukkan bahwa perempuan dengan kehamilan tidak diinginkan lebih sedikit yang melakukan kunjungan pemeriksaan K4 dibandingkan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan (Karch, 2012). Menurut Barrick tahun 2014, perempuan dengan kehamilan tidak diinginkan lebih banyak yang tidak melakukan kunjungan K1, sehingga mereka tidak dapat melakukan kunjungan K4 dengan lengkap (Barrick, 2014).

6.3.4 Hubungan Antara Kehamilan Tidak Direncanakan Dengan Kunjungan K4.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perempuan yang mengalami kehamilan tidak direncanakan memiliki kemungkinan untuk tidak melakukan pemeriksaan K4 sebesar 1,5 kali lebih besar dibandingkan reponden dengan kehamilan yang diinginkan ($p=0.000$, IK 95% 1,294-1,782, OR=1,518). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Masmalai tahun 2000 di Thailand pada 1061 responden, dan Karch tahun 2012 di Philipinna. Hasil penelitian di Thailand menunjukkan bahwa perempuan yang mengalami kehamilan tidak direncanakan 59 persen lebih sedikit dalam melakukan pemeriksaan K4 dibandingkan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan (Masmalai, 2000). Hasil penelitian di Philipina menunjukkan bahwa perempuan dengan kehamilan tidak direncanakan lebih sedikit yang melakukan kunjungan pemeriksaan K4 dibandingkan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan (Karch, 2012). Menurut Barrick tahun 2014, perempuan dengan kehamilan tidak direncanakan lebih banyak yang tidak melakukan kunjungan K1, sehingga mereka tidak dapat melakukan kunjungan K4 dengan lengkap (Barrick, 2014).

6.3.5 Variabel Yang Berhubungan Dengan Kunjungan K1 Dan K4

Pada hasil analisis multivariat, didapatkan beberapa variabel yang berhubungan dengan kunjungan K1 dan K4, yaitu variabel usia, paritas, jarak lahir, wilayah tempat tinggal, status pernikahan, tingkat pendidikan dan tingkat ekonomi.

6.3.5.1 Usia

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa perempuan yang berusia kurang dari 20 tahun merupakan kelompok yang paling berisiko untuk tidak melakukan kunjungan K1 dan K4. Perempuan yang berusia kurang dari 20 tahun mempunyai kecenderungan 1,6 kali lebih besar untuk tidak melakukan pemeriksaan K1 dan 1,5 kali lebih besar untuk tidak melakukan K4 dibandingkan ibu yang berusia 21-29 tahun. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Eggleston tahun 2000 di Equador pada 3041 responden dan Masmalai tahun 2000 di Thailand pada 1061 responden. Hasil penelitian di Equador menunjukkan bahwa perempuan yang berusia kurang dari 20 tahun, 24 persen lebih sedikit dalam melakukan kunjungan K1 dan 23 persen lebih sedikit dalam melakukan kunjungan K4 dibandingkan perempuan berusia 20-34 tahun (Eggleston, 2000). Hasil penelitian di Thailand menunjukkan bahwa perempuan yang berusia kurang dari 20 tahun 46 persen lebih sedikit dalam melakukan pemeriksaan K1 dibandingkan perempuan berusia 40-49 tahun (Masmalai, 2000).

Menurut Digest tahun 2000, perempuan yang mendapatkan pendidikan kurang dari 12 tahun (yaitu perempuan berusia kurang dari 20 tahun), akan memiliki kecenderungan untuk terlambat atau sama sekali tidak melakukan K1 dibandingkan perempuan dengan masa pendidikan lebih dari 12 tahun (Digest, 2000). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Lee tahun 1995 pada 49 responden remaja perempuan berusia 13-18 tahun yang sedang hamil, didapatkan bahwa alasan mereka terlambat melakukan K1 disebabkan karena mereka tidak mengetahui gejala kehamilannya, tidak mengakui bahwa diri mereka hamil, memiliki rasa takut akan tanggapan dari orang tua terhadap kehamilannya, dan kurangnya sumber daya keuangan. Sebaliknya, perempuan remaja yang tidak terlambat dalam melakukan K1 disebabkan karena mereka mendapatkan dukungan yang besar dari keluarga terhadap kehamilannya dan memiliki pengetahuan yang lebih baik tentang tanda-tanda awal kehamilan dibandingkan remaja yang terlambat dalam melakukan K1. Sehingga, partisipasi dari perawat dan tenaga kesehatan untuk memberikan informasi tentang gejala-gejala dan tanda-tanda kehamilan, serta pentingnya melakukan kunjungan sejak awal kehamilan sangat diperlukan untuk meningkatkan kunjungan remaja dalam melakukan pemeriksaan sejak awal kehamilan (Lee, 1995). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Hueston tahun 2008, keterlambatan

remaja dalam melakukan K1 disebabkan oleh masalah keuangan. Kelompok remaja yang telah memiliki asuransi kesehatan akan memulai pemeriksaan sejak trimester pertama kehamilan dibandingkan remaja yang tidak memiliki asuransi kesehatan (Hueston, 2008). Menurut Simkhada tahun 2008, perempuan remaja lebih banyak yang tidak menginginkan kehamilannya, yang menyebabkan rendahnya kunjungan K1 pada kelompok tersebut (Simkhada, 2008).

6.3.5.2 Tingkat Pendidikan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan responden, maka semakin tinggi tingkat kunjungan K1 dan K4. Responden yang belum tamat SD memiliki kemungkinan 1,6 kali lebih besar untuk tidak melakukan K1 dan 1,8 kali lebih besar untuk tidak melakukan K4 dibandingkan responden yang tingkat pendidikannya mencapai perguruan tinggi saat hamil. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Eggleston tahun 2000 di Equador pada 3041 responden dan Masmalai di Thailand pada 1061 responden. Penelitian di Equador menunjukkan bahwa perempuan dengan pendidikan primer lebih sedikit dalam melakukan K1 dan K4 dibandingkan perempuan yang telah mencapai tingkat pendidikan sekunder (Eggleston, 2000). Penelitian di Thailand tahun 2000 menunjukkan bahwa perempuan yang sudah tamat SD, tamat SMP dan tamat SMA, lebih banyak yang melakukan pemeriksaan K1 dan K4 dibandingkan perempuan yang tidak berpendidikan. Menurut Masmalai, perempuan yang berpendidikan tinggi memiliki lebih banyak pengetahuan tentang keuntungan pemeriksaan kehamilan dibandingkan perempuan dengan pendidikan yang lebih rendah (Masmalai, 2000). Menurut Simkhada tahun 2008, tingkat pendidikan merupakan faktor dominan yang berhubungan dengan perilaku pemeriksaan kehamilan. Semakin meningkatnya pendidikan seorang perempuan, maka hak otonomi perempuan untuk mengambil keputusan yang berhubungan dengan kesehatannya akan lebih baik dibandingkan perempuan yang tidak berpendidikan (Simkhada, 2008).

6.3.5.3 Tingkat Ekonomi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang, maka semakin tinggi tingkat kunjungan K1 dan K4nya. Responden yang sangat miskin memiliki kemungkinan 4,2 kali lebih besar untuk tidak melakukan K1 dan 4,7 kali lebih besar untuk tidak melakukan K4 dibandingkan responden dengan tingkat ekonomi sangat kaya. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Eggleston di Equador pada 3041

responden dan penelitian metaanalisis pada 28 jurnal. Hasil penelitian di Equador tahun 2000 menunjukkan bahwa perempuan dengan sosial ekonomi tinggi 61 persen lebih banyak untuk melakukan K1 dan 80 persen lebih banyak untuk melakukan K4 dibandingkan perempuan dengan tingkat ekonomi rendah (Eggleston, 2000). Hasil penelitian metaanalisis yang dilakukan oleh Simkhada tahun 2008 pada 28 jurnal dengan metode penelitian kualitatif maupun kuantitatif menunjukkan bahwa perempuan dengan status ekonomi tinggi lebih banyak yang melakukan pemeriksaan K1 dan K4 dibandingkan perempuan dengan sosial ekonomi rendah. Responden yang memiliki rumah, mobil, toilet, dan hidup dengan standard kehidupan yang tinggi berhubungan positif dengan kunjungan pemeriksaan kehamilan. Selain itu mereka juga memiliki akses yang lebih baik ke media massa, yang dapat memberikan informasi tentang keuntungan pemeriksaan kehamilan. Rendahnya kunjungan pada perempuan dengan tingkat ekonomi rendah disebabkan oleh faktor biaya. Biaya yang harus dikeluarkan untuk transportasi, konsultasi dan tes laboratorium merupakan penghalang untuk melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan, apalagi bila jarak ke pusat pelayanan cukup jauh. Adanya pelayanan kesehatan yang gratis atau bersubsidi, dapat meningkatkan kunjungan pemeriksaan kehamilan (Simkhada, 2008).

6.3.5.4 Paritas

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa semakin tinggi paritas seseorang, maka semakin rendah kunjungan pemeriksaan kehamilannya. Responden dengan paritas dua sampai lebih dari empat memiliki kemungkinan sebesar 1,4 sampai 1,9 kali lebih besar untuk tidak melakukan kunjungan K1 dan 1,7 sampai 2,4 kali lebih besar untuk tidak melakukan K4 dibandingkan responden yang hamil anak kedua ($p=0,000$, $OR=1,416$, $IK\ 95\% \ 1,189-1,686$). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan di oleh Equador pada 3008 responden, penelitian di Karachi pada 250 responden dan Sudan pada 900 responden. Hasil penelitian di Equador tahun 2000 menunjukkan bahwa perempuan dengan paritas lebih dari empat 15 persen lebih sedikit dalam melakukan K1 dan 24 persen lebih sedikit dalam melakukan K4 dibandingkan perempuan yang belum memiliki anak (Eggleston, 2000). Hasil penelitian di Karachi tahun 2013 menunjukkan bahwa peningkatan paritas berhubungan dengan penurunan kunjungan pemeriksaan kehamilan (Sohag, 2013). Hasil penelitian di Kassala tahun 2010, Sudan Timur menunjukkan bahwa perempuan dengan paritas tinggi 2 kali lebih berisiko untuk tidak melakukan pemeriksaan kehamilan dibandingkan perempuan dengan paritas rendah. Menurut Aziem, rendahnya kunjungan pemeriksaan pada perempuan dengan paritas tinggi disebabkan karena mereka merasa sudah berpengalaman dan lebih

percaya diri terhadap kehamilannya. Selain itu, perempuan dengan paritas tinggi kemungkinan memiliki persepsi negatif terhadap petugas kesehatan yang dialami pada kehamilan sebelumnya, sehingga mempertimbangkan bahwa pemeriksaan kehamilan kurang penting untuk dilakukan (Aziem, 2010).

6.3.5.5 Wilayah Tempat Tinggal

Hasil penelitian menunjukkan tidak didapatkan hubungan yang bermakna antara wilayah tempat tinggal dengan kunjungan pemeriksaan K1 ($p=0,378$). Namun terdapat hubungan yang bermakna antara wilayah tempat tinggal dengan kunjungan K4. Responden yang tinggal di desa memiliki kemungkinan 1,1 kali lebih besar untuk tidak melakukan K4 dibandingkan responden yang tinggal di kota ($p=0,18$, $OR=1,142$, $IK\ 95\%=1,023-1,275$). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian metaanalisis yang dilakukan oleh Simkhada tahun 2008 pada 28 jurnal, dimana hubungan antara wilayah tempat tinggal dengan kunjungan pemeriksaan kehamilan masih belum dapat disimpulkan. Hasil penelitian di Ethiopia menunjukkan bahwa perempuan yang tinggal di kota akan melakukan pemeriksaan kehamilan yang lebih banyak dibandingkan perempuan yang tinggal di desa. Namun sebaliknya, penelitian di Karnataka India menunjukkan bahwa perempuan yang tinggal di kota 45 persen lebih sedikit dalam melakukan pemeriksaan kehamilan dibandingkan perempuan yang tinggal di desa. Pada penelitian di Pakistan, tidak didapatkan perbedaan kunjungan pemeriksaan kehamilan antara perempuan yang tinggal di kota maupun di desa. Menurut Simkhada, perempuan yang tinggal di desa lebih sulit melakukan perjalanan yang disebabkan buruknya kondisi jalan. Selain itu, keterbatasan jumlah tenaga kesehatan dan distribusinya yang tidak merata di daerah pedesaan juga merupakan penyebab kunjungan pemeriksaan kehamilan yang lebih rendah dibandingkan di kota (Simkhada, 2008).

6.3.5.6 Status Pernikahan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang belum menikah memiliki risiko 3 kali lebih besar untuk tidak melakukan K1 dan 2,6 kali lebih besar untuk tidak melakukan K4 dibandingkan responden yang sudah menikah. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan di Ecuador tahun 2000 pada 3008 responden dan di Brazil pada 611 responden. Hasil penelitian di Ecuador menunjukkan bahwa perempuan yang belum menikah 54 persen lebih sedikit dalam melakukan K1 dan 43 persen lebih sedikit untuk melakukan K4 dibandingkan responden yang sudah menikah (Eggleston, 2000). Hasil penelitian di Brazil

tahun 2009 menunjukkan bahwa perempuan yang belum menikah memiliki risiko 2,8 kali lebih besar untuk tidak melakukan pemeriksaan kehamilan dibandingkan perempuan yang sudah menikah. Menurut Diego, ketidakhadiran ayah dari bayi yang dikandungnya akan mempengaruhi perilaku ibu terhadap kesehatannya (Diego, 2009). Menurut penelitian yang dilakukan oleh MacDonald tahun 1992, perempuan yang belum menikah sebagian besar dari kelompok perempuan yang berusia lebih muda, memiliki tingkat pendidikan dan tingkat ekonomi yang rendah, serta memiliki ketergantungan dengan orang lain dibandingkan perempuan yang sudah menikah. Dimana perempuan dalam kelompok tersebut diketahui pada penelitian sebelumnya lebih berisiko untuk tidak melakukan K1 dan K4 dibandingkan perempuan yang berusia pertengahan, tingkat pendidikan tinggi, dan tingkat ekonomi yang tinggi (MacDonald, 1992).

6.3.5.7 Jarak Kelahiran

Hasil penelitian menunjukkan bahwa maka semakin pendek jarak kelahirannya akan semakin tinggi risiko untuk tidak melakukan kunjungan K1 dan K4. Responden yang memiliki anak terakhir dengan jarak kurang dari 36 bulan dengan anak yang sebelumnya memiliki risiko sebesar 1,1-1,6 kali untuk tidak melakukan K1 dan 1,3 – 1,6 kali untuk tidak melakukan K4 dibandingkan responden yang belum memiliki anak. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan di New Jersey tahun 2012 pada 113,662 sertifikat kelahiran yang berisi informasi tentang waktu kunjungan pemeriksaan kehamilan, jarak kelahiran antara anak terakhir dan anak yang sebelumnya, serta informasi demografi pada perempuan yang melahirkan pada tahun 1996 dan 2000. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perempuan yang hamil dengan jarak kurang dari 18 bulan memiliki kemungkinan 19 persen lebih banyak untuk tidak melakukan K1 dan 23 persen lebih banyak untuk tidak melakukan K4 dibandingkan perempuan yang memiliki anak dengan jarak 18-59 bulan (Julien, 2012).

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

1. Prevalensi perempuan yang mengalami kehamilan yang diinginkan sebesar 85 persen.
2. Prevalensi perempuan yang mengalami kehamilan yang tidak direncanakan sebesar 7 persen.
3. Prevalensi perempuan yang mengalami kehamilan yang tidak diinginkan sebesar 8 persen.
4. Prevalensi perempuan yang melakukan kunjungan K1 sebesar 91,3 persen.
5. Prevalensi perempuan yang melakukan kunjungan K4 sebesar 86,6 persen.
6. Terdapat hubungan yang bermakna antara kehamilan yang tidak diinginkan dengan perilaku perempuan dalam melakukan kunjungan K1 ($p=0,000$). Perempuan yang mengalami kehamilan yang tidak diinginkan mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K1 sebesar 1.719 kali dibandingkan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan (IK 95% 1,430-2,068).
7. Terdapat hubungan yang bermakna antara kehamilan yang tidak direncanakan dengan perilaku perempuan dalam melakukan kunjungan K1 ($p=0,000$). Perempuan yang mengalami kehamilan yang tidak direncanakan mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K1 sebesar 1,638 kali dibandingkan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan (IK 95% 1,373-1,954).
8. Terdapat hubungan yang bermakna antara kehamilan yang tidak diinginkan dengan perilaku perempuan dalam melakukan kunjungan K4 ($p=0,000$). Perempuan yang mengalami kehamilan yang tidak diinginkan mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K4 sebesar 1.440 kali dibandingkan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan (IK95% 1.219-1.702).
9. Terdapat hubungan yang bermakna antara kehamilan yang tidak direncanakan dengan perilaku perempuan dalam melakukan kunjungan K4 ($p=0,000$). Perempuan yang mengalami kehamilan yang tidak direncanakan mempunyai kecenderungan untuk tidak melakukan kunjungan K4 sebesar 1,518 kali dibandingkan perempuan dengan kehamilan yang diinginkan (IK95% 1.294-1.782).

7.2 Saran

7.2.1 Untuk Pembuat Program dan Kebijakan

1. Program pencegahan terhadap kehamilan tidak diinginkan maupun tidak direncanakan di Indonesia harus dilakukan. Program pencegahan meliputi program untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat untuk menggunakan alat kontrasepsi jangka pendek dengan benar dan konsisten, program untuk meningkatkan penggunaan alat kontrasepsi jangka panjang baik untuk perempuan maupun pria, dan program untuk meningkatkan pengetahuan petugas kesehatan untuk dapat melakukan konseling dengan benar.
2. Diperlukan program untuk meningkatkan kunjungan K1 dan K4, yaitu dengan cara meningkatkan distribusi petugas kesehatan di wilayah pedesaan, memberikan penyuluhan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pentingnya melakukan pemeriksaan sejak awal kehamilan sampai akhir kehamilan secara teratur, memberikan pelayanan pemeriksaan kehamilan gratis, memberikan penyuluhan kepada masyarakat untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang risiko kehamilan pada usia kurang dari 20 tahun, risiko kehamilan pada usia lebih dari 35 tahun, risiko kehamilan pada jarak lahir kurang dari 3 tahun.
3. Diperlukan program untuk meningkatkan kunjungan K1 dan K4 pada perempuan yang mengalami kehamilan tidak diinginkan dan tidak direncanakan, terutama pada perempuan dengan tingkat pendidikan rendah, status ekonomi yang rendah, perempuan yang belum menikah, perempuan usia remaja, perempuan yang sudah memiliki anak lebih dari 3, perempuan yang tinggal di desa, perempuan yang tidak bekerja, dan perempuan yang memiliki anak dengan jarak lahir kurang dari 3 tahun.

7.2.2 Untuk Ilmuan

1. Diperlukan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui hubungan antara kehamilan tidak direncanakan dengan kunjungan K1 di Provinsi Gorontalo.
2. Diperlukan penelitian lebih lanjut tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kehamilan tidak diinginkan dan tidak direncanakan
3. Penelitian tentang perbedaan efektifitas antara penggunaan alat kontrasepsi jangka pendek maupun jangka panjang untuk mencegah kejadian kehamilan tidak diinginkan dan tidak direncanakan baik pada perempuan remaja maupun dewasa diperlukan untuk

mengetahui alat kontrasepsi yang tepat untuk mencegah kehamilan tidak diinginkan dan tidak direncanakan tersebut.

4. Diperlukan penelitian lebih lanjut tentang hubungan antara kehamilan tidak diinginkan dan tidak direncanakan dengan dampak akibat niat kehamilan tersebut, seperti komplikasi setelah persalinan, komplikasi pada bayi yang dilahirkan sejak di dalam kandungan sampai usia dewasa, serta perilaku ibu dalam memberikan ASI.

LAMPIRAN

1. Kuesioner SDKI 2012 Daftar Pertanyaan Wanita



SURVEI DEMOGRAFI DAN KESEHATAN INDONESIA 2012 DAFTAR PERTANYAAN WANITA

Rahasia

I. PENGENALAN TEMPAT	KODE																				
1. PROVINSI _____	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																				
2. KABUPATEN/KOTA *) _____																					
3. KECAMATAN _____																					
4. DESA/KELURAHAN *) _____																					
5. DAERAH **) PERKOTAAN - 1 PERDESAAN - 2																					
6. NOMOR BLOK SENSUS _____																					
7. NOMOR KODE SAMPEL SDKI12 _____																					
8. NOMOR URUT RUMAH TANGGA SAMPEL _____																					
9. NAMA KEPALA RUMAH TANGGA _____																					
10. NAMA RESPONDEN _____																					

102	Pada bulan apa dan tahun berapa Ibu/Saudari dilahirkan?	BULAN <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> TIDAK TAHU BULAN 98 TAHUN <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> TIDAK TAHU TAHUN 9998
103	Berapa umur Ibu/Saudari pada ulang tahun terakhir? BANDINGKAN DAN PERBAIKI 102 DAN ATAU 103 JIKA TIDAK SESUAI. JIKA UMUR KURANG DARI 15 TAHUN ATAU LEBIH DARI 49 TAHUN WAWANCARA SELESAI. PERBAIKI DAFTAR SDKI12-RT BLOK III KOLOM (7).	UMUR DALAM TAHUN ... <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>

103	Berapa umur Ibu/Saudari pada ulang tahun terakhir? BANDINGKAN DAN PERBAIKI 102 DAN ATAU 103 JIKA TIDAK SESUAI. JIKA UMUR KURANG DARI 15 TAHUN ATAU LEBIH DARI 49 TAHUN WAWANCARA SELESAI. PERBAIKI DAFTAR SDKI12-RT BLOK III KOLOM (7).	UMUR DALAM TAHUN ... <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
104	Apakah Ibu/Saudari pernah/sedang sekolah?	YA 1 TIDAK 2
105	Apakah jenjang pendidikan tertinggi yang pernah/sedang Ibu/Saudari duduki: sekolah dasar, sekolah menengah pertama, sekolah menengah atas, akademi, atau universitas?	SD/MI/SEDERAJAT 1 SMP/MTs/SEDERAJAT 2 SMA/SMK/MA/SEDERAJAT 3 AKADEMI/DI/DII/DIII 4 DIPLOMA IV/UNIV 5
106	Apakah kelas/tingkat tertinggi yang Ibu/Saudari selesaikan pada jenjang tersebut? TAHUN PERTAMA = 0 TAMAT = 7 TIDAK TAHU/TT = 8	KELAS/TINGKAT <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>

<p>211 Sekarang saya ingin mendaftarkan semua anak yang Ibu/Saudari lahirkan hidup, baik masih hidup atau sudah meninggal, mulai dari anak pertama yang Ibu/Saudari lahirkan hidup. TULISKAN NAMA SEMUA ANAK YANG DILAHIRKAN OLEH RESPONDEN PADA PERTANYAAN 212. ANAK KEMBAR DITULIS PADA BARIS TERPISAH. (JIKA LEBIH DARI 12 KELAHIRAN, GUNAKAN KUESIONER TAMBAHAN, DIMULAI DARI BARIS KEDUA).</p>									
212	213	214	215	216	217 JIKA MASIH HIDUP	218 JIKA MASIH HIDUP	219 JIKA MASIH HIDUP	220 JIKA SUDAH MENINGGAL	221
Siapakah nama anak (pertama, kedua, dst)?	Apakah (NAMA) laki-laki atau perempuan?	Apakah di antara anak-anak Ibu/Saudari ada yang kembar?	Pada bulan apa dan tahun berapa (NAMA) dilahirkan? TANYAKAN: Kapan ulang tahun terakhirnya?	Apakah (NAMA) masih hidup?	Berapa umur (NAMA) pada ulang tahun terakhir?	Apakah (NAMA) tinggal bersama Ibu/Saudari?	CATAT NO. URUT ART ANAK. (TULIS '00' JIKA ANAK TIDAK TERDAFTAR SEBAGAI ART).	Berapa umur (NAMA) ketika ia meninggal? JIKA "1 TAHUN" TANYAKAN: Berapa bulan umur (NAMA) ketika ia meninggal? CATAT DALAM HARI JIKA KURANG DARI 1 BULAN, CATAT DALAM BULAN JIKA KURANG DARI 2 TAHUN, ATAU DALAM TAHUN JIKA 2 TAHUN LEBIH. JIKA KURANG DARI 1 HARI, TULIS '00' PADA KOTAK HARI.	Apakah ada anak lahir hidup lain antara (NAMA ANAK SEBELUMNYA) dan (NAMA), termasuk anak yang sudah meninggal?
CATAT NAMA					TULISKAN DALAM TAHUN.				
NO. URUT KELAHIRAN									
01	LK ... 1 PR ... 2 (NAMA)	TUNG- GAL 1 KEM- BAR 2	BULAN <input type="text"/> <input type="text"/> TAHUN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	YA ... 1 TIDAK 2 ↓ 220	UMUR DALAM TAHUN <input type="text"/> <input type="text"/>	YA ... 1 TIDAK 2	NO. ART <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ KE ANAK BERIKUTNYA	HARI 1 BULAN 2 TAHUN 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

BAGIAN 4. KEHAMILAN DAN PEMERIKSAAN SESUDAH MELAHIRKAN			
401	LIHAT 224: MEMPUNYAI SATU ATAU LEBIH ANAK LAHIR HIDUP SEJAK JANUARI 2007 <input type="checkbox"/>	TIDAK MEMPUNYAI ANAK LAHIR HIDUP SEJAK JANUARI 2007 <input type="checkbox"/> → 556	
402	LIHAT 212: TULISKAN PADA TABEL NOMOR URUT KELAHIRAN, NAMA, DAN STATUS KELANGSUNGAN HIDUP SETIAP KELAHIRAN SEJAK JANUARI 2007. AJUKAN PERTANYAAN MENGENAI SEMUA ANAK LAHIR HIDUP, MULAI DENGAN ANAK TERAKHIR. (JIKA LEBIH DARI 2 ANAK LAHIR HIDUP, GUNAKAN KOLOM KEDUA PADA KUESIONER TAMBAHAN). Sekarang saya ingin mengajukan beberapa pertanyaan mengenai kesehatan anak Ibu/Saudari yang lahir dalam lima tahun terakhir. (Kita akan membicarakan seorang demi seorang).		
403	NOMOR URUT KELAHIRAN DARI RIWAYAT KELAHIRAN 212	ANAK TERAKHIR NO. URUT KELAHIRAN ... <input type="text"/> <input type="text"/>	SEBELUM ANAK TERAKHIR NO. URUT KELAHIRAN ... <input type="text"/> <input type="text"/>
404	DARI 212 DAN 216	NAMA _____ HIDUP <input type="checkbox"/> MENINGGAL <input type="checkbox"/>	NAMA _____ HIDUP <input type="checkbox"/> MENINGGAL <input type="checkbox"/>
405	Pada saat Ibu/Saudari mengandung (NAMA), apakah Ibu/Saudari memang ingin hamil waktu itu?	YA 1 (TERUS KE 407A) ← TIDAK 2	YA 1 (TERUS KE 407A) ← TIDAK 2
406	Apakah Ibu/Saudari ingin hamil di kemudian hari atau sama sekali tidak menginginkan anak (lagi)?	KEMUDIAN 1 TIDAK INGIN ANAK LAGI 2 (TERUS KE 407A) ←	KEMUDIAN 1 TIDAK INGIN ANAK LAGI 2 (TERUS KE 407A) ←

NO.	PERTANYAAN DAN SARINGAN	ANAK TERAKHIR	
		NAMA _____	
408	Pada saat Ibu/Saudari mengandung (NAMA) apakah Ibu/Saudari memeriksakan kehamilan?	YA 1 TIDAK 2 (TERUS KE 414B) ←	
409	Siapa yang memeriksa kandungan Ibu/Saudari? Ada lagi? TANYAKAN SIAPA SAJA YANG MEMERIKSA KEHAMILAN. JAWABAN JANGAN DIBACAKAN DAN LINGKARI SETIAP KODE JAWABAN YANG DISEBUT.	PETUGAS KESEHATAN DOKTER UMUM A DOKTER KANDUNGAN B PERAWAT C BIDAN D BIDAN DI DESA E ORANG LAIN DUKUN BAYI/PARAJI F LAINNYA X TULISKAN	

411	Berapa bulan umur kandungan (NAMA) ketika Ibu/Saudari pertama kali memeriksakan kehamilan?	BULAN <input type="text"/> <input type="text"/> TIDAK TAHU 98
412	Selama Ibu/Saudari mengandung (NAMA), berapa kali Ibu/Saudari memeriksakan kehamilan?	JUMLAH PEMERIKSAAN ... <input type="text"/> <input type="text"/> TIDAK TAHU 98 (TERUS KE 413) ←

W- 21

NO.	PERTANYAAN DAN SARINGAN	ANAK TERAKHIR	
		NAMA _____	
412A	LIHAT 412: JUMLAH PEMERIKSAAN KEHAMILAN:	LEBIH DARI SATU KALI ↓ <input type="checkbox"/>	SATU KALI ↓ <input type="checkbox"/> (TERUS KE 413)
412B	Ibu/Saudari mengatakan memeriksakan kehamilan (NAMA) ____ kali. Berapa kali Ibu/Saudari memeriksakan kehamilan: a. Dalam 3 bulan pertama? b. Antara 4 - 6 bulan? c. Antara 7 bulan sampai melahirkan? JUMLAH DI a, b, DAN c HARUS SAMA DENGAN JAWABAN DI 412.	JUMLAH PEMERIKSAAN KEHAMILAN 3 BULAN PERTAMA <input type="text"/> <input type="text"/> ANTARA 4 - 6 BULAN ... <input type="text"/> <input type="text"/> ANTARA 7 BULAN SAMPAI MELAHIRKAN . <input type="text"/> <input type="text"/>	

BAGIAN 6. PERKAWINAN DAN KEGIATAN SEKSUAL

NO.	PERTANYAAN DAN SARINGAN	KODE
601	Apakah Ibu/Saudari sekarang berstatus kawin atau hidup bersama?	YA, KAWIN 1
		YA, HIDUP BERSAMA 2
		TIDAK 3
602	Apakah Ibu/Saudari pernah menikah atau hidup bersama?	YA, PERNAH KAWIN 1
		YA, PERNAH HIDUP BERSAMA 2
		TIDAK 3
603	Apa status perkawinan Ibu/Saudari sekarang: cerai mati, cerai hidup, atau pisah?	CERAI MATI 1
		CERAI HIDUP 2
		PISAH 3

609	Apakah Ibu/Saudari menikah atau hidup bersama hanya satu kali atau lebih dari satu kali?	HANYA SATU KALI 1
		LEBIH DARI SATU KALI 2

<p>LIHAT 609:</p> <p>MENIKAH/ HIDUP BERSAMA HANYA SATU KALI</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Pada bulan dan tahun berapa Ibu/Saudari memulai kehidupan dengan suami/pasangan Ibu?</p>	<p>MENIKAH/ HIDUP BERSAMA LEBIH DARI SATU KALI</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Sekarang saya ingin menanyakan suami/pasangan pertama Ibu/Saudari. Pada bulan dan tahun berapa Ibu/Saudari memulai kehidupan dengannya?</p>
	<p>BULAN <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>TIDAK TAHU BULAN 98</p> <p>TAHUN <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>TIDAK TAHU TAHUN 9998</p>

DAFTAR REFERENSI

- Adri. Faktor-faktor yang mempengaruhi cakupan program pemeriksaan kehamilan (K1 dan K4) di Puskesmas Runding Kota Subulussalam Provinsi NAD (Tesis). Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara; 2008.
- Amnesty International. Struggle for maternal healths. Barriers to antenatal care in South Africa. 2014. <http://www.amnesty.org/en/library/asset/AFR53/007/2014/en/f1ef47a5-0afd-4c55-a60e-2318ee911589/afr530072014en.pdf>
- Antenatal Care Ethiopia Heat Module. Benefit birth spacing. Health Education and Training, 2014.
- Aziem, Abdel. Use of antenatal care services in Kassala, eastern Sudan. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2010;10:67.
- Badan Pusat Statistik (BPS), [Indonesia], Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), Departemen Kesehatan, dan Macro Internasional. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012. Calverton, Maryland, USA: BPS dan Macro International; 2013.
- Barber, J. S., W.G. Axinn, and A. Thornton. Unwanted childbearing, health, and mother-child relationships. *Journal of Health and Social Behavior*. 1999; 40: 231-257.
- Barrick L, Koenig MA. Pregnancy Intention and Antenatal Care Use in Two Rural North Indian States. *World health & population* 2008;10(4):21-37.
- Bernadetha. YH. Hubungan antara sosio demografi ibu hamil dengan kunjungan periksa hamil di Kecamatan Gabus Wetan dan Sliyeg Kabupaten Indramayu 1991 – 1992 (Skripsi).1995. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Bitto, A., R.H. Gray, J.L. Simpson, J.T. Queenan, R.T. Kambic, A. Perez, P. Mena, M. Barbato, C. Li, and V. Jennings. Adverse outcomes of planned and unplanned

- pregnancies among users of natural family planning: A prospective study. *American Journal of Public Health*. 1997; 87(3): 338-343.
- Brown, S., Eisenberg, L. *The best intentions: Unintended pregnancy and the well-being of children and families*. Washington, D.C.: National Academy Press; 1995.
- Celik, Yusuf. The socio-economic determinants of alternative sources of antenatal care in Turkey. *The International Journal of Health Planning and Management*. 2000; 15(3): 221-235.
- Chandra, A., Martinez, G., Mosher, W. D., Abma, J., & Jones, J. Fertility, family planning, and reproductive health of U.S. women: Data from the 2002 National Survey of Family Growth. *Vital Health Statistics*. 2005. 23(25).
- Crissey, S. Effect of pregnancy intention on child well-being and development: Combining retrospective reports of attitude and contraceptive use. *Population Research and Policy Review*. 2006; 24(6):594-615.
- D'Angelo DV. Differences between mistimed and unwanted pregnancies among women who have live births, perspective on sexual and reproductive health. 2004; 36(5).
- D'Angelo, D. V., Gilbert, B. C., Rochat, R. W., Santelli, J. S., & Herold, J. M. Differences between mistimed and unwanted pregnancies among women who have live births. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2002; 36(5): 192-197.
- Dahlan, M. Sopiudin. *Analisis Multivariat Regresi Logistik*. Jakarta; 2012.
- Das NP, Mishra VK, Saha PK. Mumbai and East-West Centre, Honolulu: International Institute of Population Sciences; 2001. Does community access affect the use of health and family welfare services in rural India. NFHS subject report No. 18. Mumbai, India and Honolulu, USA.
- David, H. P. Born unwanted, 35 years later: The Prague study. *Health Matters*. 2006; 14(27):181-190.

- Deanna. psychosocial factors and the timing of prenatal care among women in New Jersey's HealthStart Program. *Family Planning Perspectives*. 2000; 32 (2).
- Diego. Inadequate Use of Prenatal Services Among Brazilian Women: The Role of Maternal Characteristics. *International Perspective on Sexual and Reproductive Health*. 2009;35(1)
- Eggleston, E. Unintended pregnancy and women's use of prenatal care in Ecuador. *Social Science and Medicine*. 2000; 51:1011-1018.
- Exavery, Amon. How mistimed and unwanted pregnancies affect timing of antenatal care initiation in three districts in Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*.2013;13:35.
- Finer, L. B., Henshaw, S. K. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2006; 38(2): 90-96.
- Finer, L. B., Zolna, M. R. Unintended pregnancy in the United States: Incidence and disparities, 2006. *Contraception*. 2011; 84(5):478–485.
- Fiscella, K. Does prenatal care improve birth outcomes. a critical review. *Obstetrics and Gynecology*.1995; 85(3): 468±478.
- G Dangal. An Update on Teenage Pregnancy. *The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2004 Volume 5 Number 1.
- Guttmacher Institute. Entry into prenatal care and breastfeeding initiation have increased in 13 states. *Family Planning Perspectives*. 2000;32(1).
- Henshaw SK. Unintended pregnancy in the United States, *Family Planning Perspectives*. 1998; 30(1):24-29 & 46.
- Hueston, William J. et al. Prenatal care initiation among pregnant teens in the united states: an analysis over 25 years. *Journal of Adolescent Health*.2008; 42(3),243 - 248

- Ispa, J. M., Sable, M. R., Porter, N., Csizmadia, A. Pregnancy acceptance, parenting stress, and toddler attachment in low-income black families. *Journal of Marriage and Family*. 2007; 69(1): 1-13.
- Jolly, M. The risks associated with pregnancy in women aged 35 years or older. *Human Reproduction*. 2000; 15 (11): 2433-2437.
- Julien. Prenatal Care and Subsequent Birth Intervals. *Perspective on Sexual and Reproductive Health*. 2012; 14(1).
- Karch, Thinking of the children: Unintended Pregnancy and Inadequate Antenatal Care (ANC) in the Philippines (Thesis). Rollins School of Public Health; 2012.
- K Tran Toan et al. Urban-rural disparities in antenatal care utilization : a study of two cohorts of pregnant women in Vietnam. *BMC Health Services Research*. 2011; 11:120
- Kementerian Kesehatan. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar, RISKESDAS Indonesia Tahun 2007. Jakarta ; 2008.
- Klerman, L. V., Ramey, S. L., Goldenberg, R. L., Marbury, S., Hou, J., Cliver, S. P. A randomized trial of augmented prenatal care for multiple risk, medicaid eligible African American women. *American Journal of Public Health*. 2001; 91(1) : 105-111.
- Kost, K., Landry, D. J., Forrest, J. D. Predicting maternal behaviors during pregnancy: does intention status matter. *Family Planning Perspectives*. 1998; 30(2) : 79±88.
- Kwast, BE., Liff, J.M. Factors associated with maternal mortality in Southern India. *Stud Fam Plann*.1993; 24:310-18.
- Lemeshow, Stanley. *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*. Gadjah Mada, 1997.
- Lee, SH. Pregnant teenagers' reasons for seeking or delaying prenatal care. *J Public Health Med*.1995; 4(1):38-49.

- MacDonald, Peacock, Anderson. Marital status: association with social and economic circumstances, psychological state and outcomes of pregnancy. *J Public Health Med.*1992; 14(1):26-34.
- Manuaba. *Sinopsis Obstetry Jilid I.* EGC. Jakarta, 1998.
- Marston, C., Cleland. Do unintended pregnancies carried to term lead to adverse outcomes for mother and child. An assessment in five developing countries. 2003; 57(1): 77-93.
- Masmalai, A. The effect of unwanted pregnancy on prenatal practice in Thailand. *Journal of Population and social Study.* 2010;19:1.
- Maulana. Penilaian kepuasan ibu hamil terhadap mutu layanan antenatal dalam kaitannya dengan kepatuhan dan karakteristik bidan di puskesmas sekota Jambi tahun 2012 (Tesis). Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia; 2012.
- Notoatmodjo, Soekidjo. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan.* Rineka Cipta. Jakarta; 2003.
- Orr ST et al. Unintended pregnancy and preterm birth. *Paediatric Perinatal Epidemiology.* 2000; 14: 309–313.
- Petro-Nustas, Wasileh, and R. Al Qutob. Jordanian men's attitudes and views of birth-spacing and contraceptive use (a qualitative approach). *Health Care for Women International.* 2002; 23: 516-529.
- PK Alexandre et al. Prenatal care utilization in rural areas and urban areas of Haiti. *Panam Salud Publica.* 2005; 18(2):84-92.
- Prawirohardjo, Sarwono. *Buku acuan nasional maternal dan neonatal.* Jakarta, 2002.
- Prosannajid Sarkar. Unintended Pregnancies in Bangladesh: Levels and Correlates. *Journal of Modern Mathematics and Statistics.* 2009; 3: 78-81.

- Puspita, Rahma. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kelengkapan pemeriksaan kehamilan K4 di Puskesmas Kecamatan Pakuhaji Tahun 2003. (Skripsi). Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2004.
- Ragupathy, S. Unwanted pregnancies and preventive health care use in Thailand. *Population Research and Policy Review*. 1997; 16(6): 579-595.
- Sable, M. R., Wilkinson, D. S. Pregnancy intentions, pregnancy attitudes, and the use of prenatal care in Missouri. *Maternal and Child Health Journal*. 1998; 2(3) : 155-165.
- Santelli, J. S., Rochat, R., Timajchy, K., Gilbert, B., Curtis, K., Cabral, R., et al. The measurement and meaning of unintended pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2003; 35(2): 94-101.
- Sarminah. Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kunjungan Antenatal Care Di Provinsi Papua Tahun 2010 (Skripsi). Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2012.
- Sedgh. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trend. *Studies in Family Planning* 2014; 45[3]:301-314.
- Simanjuntak, Tumiar. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kelengkapan pemeriksaan kehamilan k4 di Puskesmas Pakuhaji Tahun 2003. (Tesis). Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2002.
- Simkhada B., Van Teijlingen E.R., Porter M., Simkhada P. Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. 2008; 61(3): 244-260.
- Simkhada Bibha et al. Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systemic review of literature. *Journal of Advanced Nursing*. 2008; 61(3): 244-260.
- Sohag, A. Factor affecting utilization of antenatal care: the opinion of pregnant women. 2013; *PakJPhysiol*;9(1).

- Surniati. Analisis faktor yang berhubungan dengan keteraturan pemanfaatan antenatal care (k1-k4) di wilayah kerja puskesmas mamasa (Skripsi). Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin; 2013
- Su'ong. Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kunjungan Antenatal Care di Puskesmas Mongolata Kecamatan Telaga Kabupaten Goontalo Tahun 2013. (Skripsi). Gorontalo: Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan dan Keolahragaan, Universitas Negri Gorontalo, 2013.
- Tachyat A.R, H.Atang. Hubungan pemanfaatan pelayanan antenatal dengan faktor risiko kehamilan di Puskesmas Kabupaten Cianjur tahun 1995. (Tesis). Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 1995.
- Tam, L. Intermediate and underlying factors associated with infant mortality in Peru (1984-1986). Demographic and Health Surveys World Conference, 5±7 August, 1991, Washington, DC: Proceedings, vol. 3, pp.1783±1806; 1991.
- Tew Susan, et al. Unplanned pregnancy common worldwide: neither legal status of abortion nor health risk deter women from terminating pregnancies. New York: Guttmacher Institute, 2006.
- The World Bank. Adolescen Fertility Rate. United Nations Population Division, World Population Prospects; 2012.
- Thomas A. Policy Solutions For Preventing Unplanned Pregnancy, Center of Childrens and Families. Brookings; 2002.
- United State Agency International Developement. Standard Recode Manual for DHS 6. Demographic and Health Surveys – Measure DHS; 2013
- Umrah. Faktor Yang Berhubungan Dengan Mutu Pelayanan Antenatal di puskesmas Patingallong Kota Makasar. Jurnal AKK.2013; 2(2): 35-41
- WHO. World Health Statistics 2012. World Health Organization; 2012.

WHO. Adolescent pregnancy. Media Centre; 2014

Wibowo, Adik. Pemanfaatan pelayanan antenatal dan faktor – faktor yang mempengaruhi dan hubungannya dengan bayi berat lahir rendah (Disertasi). Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 1992.

Wiknjosastro, Hanifa. Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2009.

Wind, Rebecca. Preventing unintended pregnancies could reduce short spacing between pregnancies, improving maternal and newborn health.2013.
<https://gutmacher.org/media/nr/2013/06/07/index.html>