

**STATUS KEHAMILAN DAN PENGARUHNYA
TERHADAP PERILAKU PERAWATAN KEHAMILAN**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister

**SARNI MANIAR BERLIANA
0806448030**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PROGRAM PASCASARJANA
PROGRAM STUDI KAJIAN KEPENDUDUKAN
DAN KETENAGAKERJAAN
DEPOK, JUNI 2010**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Sarni Maniar Berliana

NPM : 0806448030

Tanda Tangan :

Tanggal : 7 Juni 2010

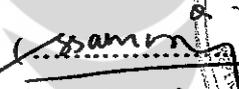
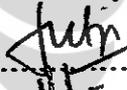
HALAMAN PENGESAHAN

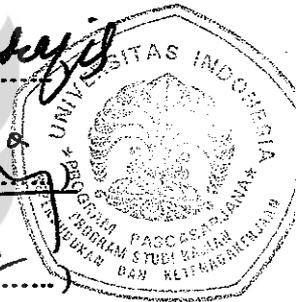
Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Sarni Maniar Berliana
NPM : 0806448030
Program Studi : Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan
Judul Tesis : Status Kehamilan dan Pengaruhnya Terhadap Perilaku Perawatan Kehamilan

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Sains pada Program Studi Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan, Fakultas Program Pascasarjana Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Ketua Penguji : Prof. Sri Moertiningsih Adioetomo, Ph.D. (.....) 
Pembimbing I : Omas Bulan Samosir, Ph.D. (.....) 
Pembimbing II : Dra. Sutji Rochani D. Siregar, M.Si. (.....) 
Penguji : Wendy Hartanto, Ph.D. (.....) 



Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 7 Juni 2010

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Kuasa atas kebaikan dan kemurahan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini tepat pada waktunya. Tesis yang berjudul “Status Kehamilan dan Pengaruhnya Terhadap Perilaku Perawatan Kehamilan” disusun dalam rangka memenuhi salah satu syarat dalam mencapai gelar Magister Sains pada Program Studi Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan, Fakultas Pascasarjana Universitas Indonesia.

Dalam penyelesaian tesis ini, penulis banyak sekali mendapat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terima kasih serta penghargaan setinggi-tingginya, terutama kepada:

- (1) Ibu Omas Bulan Samosir, Ph.D. dan Ibu Sutji Rochani D. Siregar, M.Si. selaku pembimbing pertama dan kedua yang telah banyak meluangkan waktu, pikiran, dan tenaga dalam memberikan bimbingan dan pengarahan sejak awal penyusunan sampai terwujudnya tesis ini.
- (2) Ibu Prof. Sri Moertiningsih Adioetomo, Ph.D. selaku ketua Program Studi Kependudukan dan Ketenagakerjaan dan ketua dewan penguji yang telah memberikan masukan dan arahan yang sangat berguna untuk tesis ini.
- (3) Bapak Wendy Hartanto, Ph.D. selaku penguji yang telah memberikan masukan untuk penyempurnaan tesis ini dan selaku atasan yang telah memberikan dukungan bagi penulis untuk menempuh dan menyelesaikan studi ini.
- (4) Segenap Pimpinan Badan Pusat Statistik yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menuntut ilmu di Program Pascasarjana, Program Studi Kependudukan dan Ketenagakerjaan, Universitas Indonesia.
- (5) Segenap pimpinan, peneliti, dosen, dan karyawan di Lembaga Demografi Universitas Indonesia atas segala bantuannya dan suasana kondusif sehingga penulis merasa nyaman selama menuntut ilmu.
- (6) Karyawan pada Program Studi Kependudukan dan Ketenagakerjaan, khususnya Mbak Nia, Mas Hendro, Ibu Ratih, dan Bapak Slamet yang telah

banyak meluangkan waktu dan tenaga untuk membantu penulis selama perkuliahan sampai menyelesaikan studi ini.

- (7) Teman-teman seangkatan atas dukungan, kebersamaan, dan persahabatan yang telah kita jalin selama menjalani pendidikan ini, serta atas saran yang membangun untuk penyempurnaan tesis ini.
- (8) Teman-teman di Direktorat Statistik Kependudukan dan Ketenagakerjaan atas setiap bantuan dan dukungan yang senantiasa diberikan kepada penulis sampai saat ini.

Ucapan terima kasih dan penghargaan yang tulus penulis sampaikan kepada anak tersayang, kedua orang tua, adik-adik, dan seluruh keluarga besar atas dukungan doa yang senantiasa dipanjatkan untuk keberhasilan penulis terutama dalam menyelesaikan tesis ini.

Penulis berharap semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi pengembangan studi-studi kependudukan selanjutnya, meskipun tesis ini tidak luput dari berbagai kekurangan.

Depok, 7 Juni 2010

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

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

Nama : Sarni Maniar Berliana
NPM : 0806448030
Program Studi : Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan
Fakultas : Pascasarjana
Jenis Karya : Tesis

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

**STATUS KEHAMILAN DAN PENGARUHNYA TERHADAP
PERILAKU PERAWATAN KEHAMILAN**

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari 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 : 7 Juni 2010
Yang menyatakan

(Sarni Maniar Berliana)

ABSTRAK

Nama : Sarni Maniar Berliana
Program Studi : Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan
Judul : **Status Kehamilan dan Pengaruhnya terhadap Perilaku Perawatan Kehamilan**

Penelitian ini bertujuan untuk meneliti faktor-faktor yang mempengaruhi status kehamilan pada wanita pernah kawin dan pengaruhnya terhadap perilaku perawatan kehamilan. Data yang digunakan adalah hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007. Analisis regresi logistik biner dengan efek random dan regresi logistik biner biasa digunakan dalam studi ini.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kecenderungan kehamilan yang tidak diharapkan lebih besar pada wanita yang mengandung pada umur lebih tua, berpendidikan lebih rendah, tidak memiliki otonomi dalam pemeriksaan kesehatan pribadinya, berasal dari rumah tangga menengah atau miskin, dan tinggal di perkotaan. Selain itu, terdapat perbedaan risiko kehamilan yang tidak diharapkan untuk wanita dengan karakteristik sosial-ekonomi dan demografi yang sama. Kehamilan yang tidak diharapkan memperbesar kecenderungan wanita untuk tidak memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama kehamilan, tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program, atau tidak memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan profesional.

Kata kunci:
Status kehamilan, kehamilan tidak diharapkan, perawatan kehamilan

ABSTRACT

Name : Sarni Maniar Berliana
Study Program : *Population and Employment Study*
Title : *Pregnancy Intention and Its Effect on Prenatal Care Behaviors*

This study aims to investigate factors affecting pregnancy intention among ever married women and their effects on prenatal care behavior. The data used for the analysis is from the 2007 Indonesia Demographic and Health Survey. Binary logistic regression with random-effect and ordinary logistic regression were applied in the study.

The findings show that the probability of unintended pregnancy is higher among women who were pregnant at older ages, had lower education, had no autonomy in her own health care, came from poorer household, and lived in urban areas. The results also show that there is correlation between unintended pregnancy risk for women with the same socioeconomics and demographic characteristics. Unintended pregnancy increased the risk that women would not use prenatal care in the first trimester, make recommended number of prenatal care visits, and receive prenatal care from professional source.

Key words:

Pregnancy intention, unintended pregnancy, prenatal care

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	10
1.3 Tujuan Penelitian	11
1.4 Manfaat Penelitian	12
1.5 Sistematika Penulisan	12
BAB II. TINJAUAN LITERATUR	
2.1 Kerangka Pikir Teoritis	13
2.1.1 Status Kehamilan	13
2.1.2 Perawatan Kehamilan	17
2.2 Penelitian Empiris	22
2.2.1 Determinan Status Kehamilan	22
2.2.2 Pengaruh Status Kehamilan terhadap Perilaku Perawatan Kehamilan	28
2.2.3 Pengaruh Variabel Sosial-Ekonomi dan Demografi terhadap Perilaku Perawatan Kehamilan	32
2.3 Kerangka Pikir Analisis	35
2.4 Hipotesis	36

	Halaman
BAB III. METODE PENELITIAN	
3.1 Sumber Data	40
3.2 Unit Analisis	41
3.3 Pengolahan Data	41
3.4 Kelebihan dan Keterbatasan Data	42
3.5 Definisi Operasional Variabel	42
3.5.1 Variabel Terikat	42
3.5.2 Variabel Bebas	46
3.6 Metode Analisis	51
3.6.1 Regresi Logistik Biner	51
3.6.2 Pengujian Signifikansi Model dan Parameter	53
3.6.3 Interpretasi Parameter	55
3.6.4 Regresi Logistik dengan Efek Random	56
BAB IV. ANALISIS HASIL	
4.1 Determinan Status Kehamilan	59
4.1.1 Analisis Deskriptif	59
4.1.2 Analisis Inferensial	63
4.2 Pengaruh Status Kehamilan dan Variabel Penjelas Lainnya terhadap Perilaku Perawatan Kehamilan	69
4.2.1 Analisis Deskriptif	69
4.2.2 Analisis Inferensial	84
BAB V. KESIMPULAN DAN IMPLIKASI KEBIJAKAN	
5.1 Kesimpulan	93
5.2 Implikasi Kebijakan	96
5.3 Keunggulan dan Keterbatasan Penelitian	98
DAFTAR PUSTAKA	100
LAMPIRAN	106

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1	Faktor-Faktor Penghalang untuk Melakukan Perawatan Kehamilan 18
Tabel 4.1	Jumlah Sumbangan Kehamilan dari Setiap Wanita Pernah Kawin: Indonesia, SDKI 2007 60
Tabel 4.2	Jumlah Sumbangan Kehamilan yang Tidak Diharapkan dari Setiap Wanita Pernah Kawin: Indonesia, SDKI 2007..... 61
Tabel 4.3	Distribusi Persentase Status Kehamilan menurut Karakteristik Latar Belakang Wanita: Indonesia, SDKI 2007 62
Tabel 4.4	Estimasi Parameter dan Rasio Kecenderungan Model Regresi Logistik dengan Efek Random untuk Kehamilan yang Tidak Diharapkan: Indonesia, SDKI 2007 65
Tabel 4.5	Peluang yang Disesuaikan (<i>Adjusted Probability</i>) untuk Kehamilan yang Tidak Diharapkan menurut Karakteristik Latar Belakang untuk Beberapa Nilai Efek Random Wanita: Indonesia, SDKI 2007 68
Tabel 4.6	Distribusi Persentase Kehamilan menurut Pemeriksaan Kehamilan Pada Trimester Pertama dan Karakteristik Latar Belakang Wanita: Indonesia, SDKI 2007 75
Tabel 4.7	Distribusi Persentase Kehamilan menurut Jumlah Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan Sesuai Anjuran Program dan Karakteristik Latar Belakang Wanita: Indonesia, SDKI 2007 79
Tabel 4.8	Distribusi Persentase Kehamilan menurut Tenaga Pemeriksa Kehamilan dan Karakteristik Latar Belakang Wanita: Indonesia, SDKI 2007..... 82
Tabel 4.9	Estimasi Parameter dan Rasio Kecenderungan Model Regresi Logistik untuk Perilaku Perawatan Kehamilan Berisiko: Indonesia, SDKI 2007 86
Tabel 4.10	Peluang yang Disesuaikan (<i>Adjusted Probability</i>) untuk Perilaku Perawatan Kehamilan Berisiko: Indonesia, SDKI 2007 92

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1.1 Tren Angka Fertilitas Total, Angka Fertilitas Diinginkan, dan Angka Fertilitas Tidak Diinginkan: Indonesia, 1991-2007	2
Gambar 1.2 Hubungan antara Pemakaian Kontrasepsi dan Kehamilan yang Tidak diharapkan.....	3
Gambar 2.1 Status Kehamilan	14
Gambar 2.2 Kerangka Pikir Teoritis untuk Determinan Mortalitas dan Morbiditas Ibu.....	21
Gambar 2.3 Kerangka Pikir Analisis	36
Gambar 4.1 Distribusi Persentase Status Kehamilan: Indonesia, SDKI 2007	60
Gambar 4.2 Distribusi Persentase Wanita menurut Pemeriksaan Kehamilan Pertama Kali: Indonesia, SDKI 2007.....	71
Gambar 4.3 Distribusi Persentase Jumlah Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan: Indonesia, SDKI 2007	72
Gambar 4.4 Distribusi Persentase Tenaga Pemeriksa Kehamilan: Indonesia, SDKI 2007.....	73
Gambar 4.5 Persentase Wanita menurut Perilaku Perawatan Kehamilan dan Status Kehamilan: Indonesia, SDKI 2007	74

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1	Regresi Logistik dengan Efek Random 106
Lampiran 2	<i>Syntax</i> dan <i>Output</i> STATA 10: Regresi Logistik dengan Efek Random 108
Lampiran 3	<i>Syntax</i> SPSS 13: Regresi Logistik Biner 111
Lampiran 4	Jumlah Kelahiran menurut Status Kehamilan dan Karakteristik Latar Belakang: Indonesia, SDKI 2007 119
Lampiran 5	Jumlah Kelahiran menurut Pemeriksaan Kehamilan pada Trimester Pertama dan Karakteristik Latar Belakang: Indonesia, SDKI 2007 120
Lampiran 6	Jumlah Kelahiran menurut Jumlah Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan Sesuai Anjuran Program dan Karakteristik Latar Belakang: Indonesia, SDKI 2007 121
Lampiran 7	Jumlah Kelahiran menurut Tenaga Pemeriksa Kehamilan dan Karakteristik Latar Belakang: Indonesia, SDKI 2007 122
Lampiran 8	Regresi Logistik: Pemeriksaan Kehamilan pada Trimester Pertama 123
Lampiran 9	Regresi Logistik: Jumlah Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan Sesuai Anjuran Program 126
Lampiran 10	Regresi Logistik: Tenaga Pemeriksa Kehamilan 129

BAB I

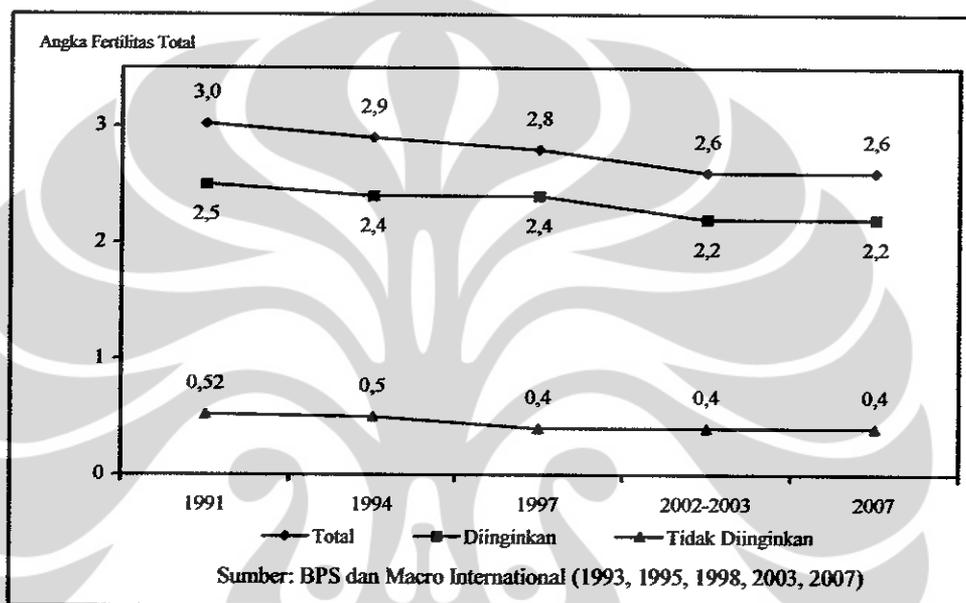
PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Indonesia telah mengalami penurunan tingkat fertilitas yang nyata setelah adanya program keluarga berencana (KB) pada akhir tahun 1960-an. Bangsa Indonesia semula memiliki norma keluarga besar dan banyak pasangan meyakini bahwa jumlah anak semata-mata merupakan takdir dan bukan pilihan. Pada saat itu hanya 1 dari 10 wanita kawin yang menggunakan kontrasepsi, namun saat ini 61,4 persen telah menggunakan alat/cara KB. Peningkatan pemakaian alat/cara KB yang besar telah menekan tingkat fertilitas lebih dari 50 persen, yaitu dari 5,9 anak per wanita pada akhir tahun 1960-an menjadi 2,6 anak per wanita pada tahun 2007 (BPS dan Macro International, 2007 dan Mize dan Robey, 2006:13).

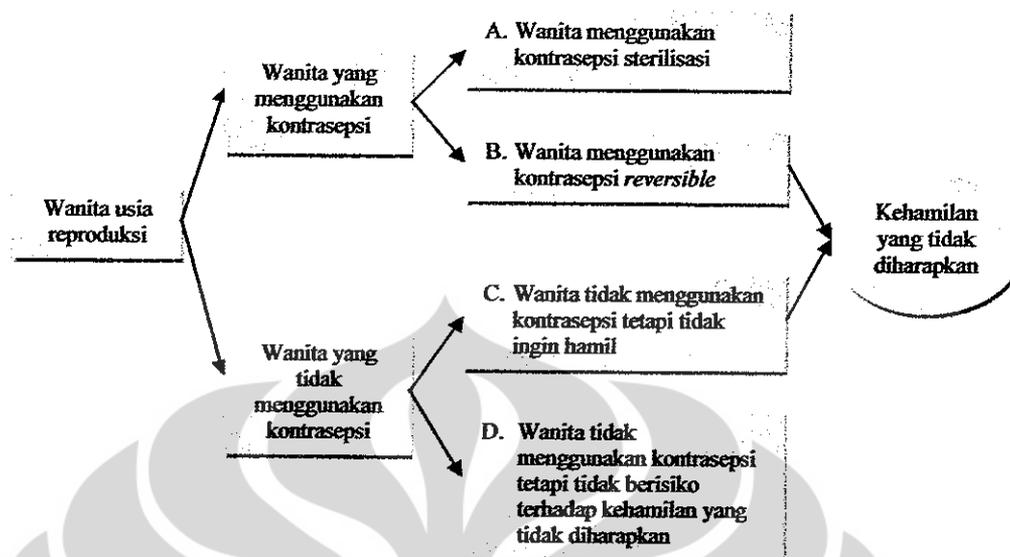
Angka fertilitas yang biasa dipublikasikan merupakan angka fertilitas total (*Total Fertility Rate/TFR*) seperti angka fertilitas yang disebutkan di atas dimana angka fertilitas total merupakan banyaknya kelahiran dari kohor hipotesis wanita sampai akhir masa reproduksinya. Data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) memungkinkan bagi pengguna data untuk melakukan penghitungan angka fertilitas total, angka fertilitas yang diinginkan (*wanted fertility rate*), dan angka fertilitas yang tidak diinginkan (*unwanted fertility rate*). Fertilitas yang diinginkan dihitung dengan cara yang sama seperti cara penghitungan angka fertilitas total konvensional, namun dengan mengeluarkan dari penghitungan kelahiran yang terjadi setelah ibu mencapai ukuran keluarga yang diinginkan. Fertilitas yang tidak diinginkan merupakan selisih antara angka fertilitas total dengan angka fertilitas yang diinginkan (Bongaarts, 2003:326). Fertilitas yang diinginkan merupakan penjumlahan dari fertilitas yang diinginkan pada waktu itu (*rightly timed fertility*) dan fertilitas yang tidak tepat waktu (*mistimed fertility*). Dengan demikian, fertilitas total merupakan penjumlahan dari fertilitas yang diinginkan pada waktu itu, fertilitas yang tidak tepat waktu, dan fertilitas yang tidak diinginkan (Adetunji, 2001:4).

Sejak pelaksanaan SDKI tahun 1991 sampai dengan SDKI 2007 telah terjadi penurunan angka fertilitas total Indonesia, yaitu dari 3,02 anak per wanita menjadi 2,6 anak per wanita. Fertilitas yang diinginkan juga menurun, yaitu masing-masing dari 2,5 anak per wanita menjadi 2,2 anak per wanita. Dengan demikian selama kurun waktu tersebut terdapat selisih antara angka fertilitas total dengan angka fertilitas yang diinginkan sekitar 0,4 anak per wanita (Gambar 1.1).



Gambar 1.1. Tren Angka Fertilitas Total, Angka Fertilitas Diinginkan, dan Angka Fertilitas Tidak Diinginkan: Indonesia, 1991-2007

Brown dan Eisenberg (1995:91) menyatakan bahwa penyebab langsung kehamilan yang tidak diharapkan adalah melakukan hubungan seksual disertai dengan pemakaian kontrasepsi tidak tepat (*misuse*), kegagalan kontrasepsi (*failure*), atau tanpa kontrasepsi (*nonuse*). Gambar 1.2 dapat digunakan untuk menjelaskan hubungan antara pemakaian kontrasepsi dan kehamilan yang tidak diharapkan. Wanita yang memakai kontrasepsi dibagi menjadi dua kelompok, yaitu wanita atau pasangannya yang telah disterilisasi (Kelompok A) dan wanita yang menggunakan kontrasepsi *reversible* (Kelompok B). Dari kedua kelompok ini, hanya wanita pada Kelompok B yang memiliki risiko besar untuk mengalami kehamilan yang tidak diharapkan.



Sumber: Brown dan Eisenberg (1995:93)

Gambar 1.2. Hubungan antara Pemakaian Kontrasepsi dan Kehamilan yang Tidak Diharapkan

Wanita yang tidak memakai kontrasepsi juga dibagi menjadi dua kelompok. Pertama, Kelompok C, terdiri dari wanita subur yang *sexually active* (melakukan hubungan seksual dalam tiga bulan sebelum survei) dan tidak sedang hamil, tidak dalam masa nifas, atau tidak ingin hamil. Kelompok ini sangat berisiko mengalami kehamilan yang tidak diharapkan karena mereka tidak menggunakan kontrasepsi tetapi pada saat bersamaan mereka tidak merencanakan atau menginginkan kehamilan pada saat itu. Kelompok lainnya, adalah Kelompok D yang mencakup wanita yang tidak menggunakan kontrasepsi tetapi sangat kecil kemungkinannya untuk mengalami kehamilan yang tidak diharapkan. Wanita pada kelompok ini tidak subur, *menopause*, sedang hamil atau dalam masa nifas, ingin hamil, selibat, atau sedang puasa melakukan hubungan seksual.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa kehamilan yang tidak diharapkan berasal dari dua kelompok. Kehamilan yang tidak diharapkan dapat terjadi pada wanita yang menggunakan kontrasepsi *reversible* (Kelompok B) karena kegagalan metode kontrasepsi atau penggunaan kontrasepsi dengan tidak tepat. Kehamilan yang tidak diharapkan juga sering terjadi pada kelompok wanita yang tidak menggunakan kontrasepsi tetapi tidak ingin hamil (Kelompok C)

karena hubungan seksual tanpa perlindungan kontrasepsi sering menyebabkan kehamilan.

Uraian di atas menunjukkan bahwa kehamilan yang tidak diharapkan berkaitan erat dengan pemenuhan kebutuhan KB. Data SDKI selama dua periode, yaitu 2002-2003 dan 2007, menunjukkan bahwa 50 persen wanita menikah di Indonesia berkeinginan untuk tidak mempunyai anak lagi. Selama lima tahun sebelum survei SDKI 2007 terdapat 12,3 persen kehamilan terjadi tidak tepat waktu (*mistimed*) dan 7,4 persen kelahiran tidak diinginkan (*unwanted*). SDKI 2007 menunjukkan bahwa dalam lima tahun terakhir peserta KB hanya meningkat satu persen dari 60,3 persen menjadi 61,4 persen dan kebutuhan KB yang tidak terpenuhi (*unmet need*) meningkat dari 8,6 persen menjadi 9,1 persen.

Unmet need didefinisikan sebagai persentase wanita kawin yang tidak ingin punya anak lagi atau ingin menjarangkan kelahiran berikutnya tetapi tidak memakai alat/cara kontrasepsi (Badan Pusat Statistik dan Macro International, 2007:91). Wanita pada kelompok ini dapat dikatakan memiliki akses yang rendah terhadap ketersediaan dan sumber pelayan kontrasepsi, sehingga menekankan pentingnya program keluarga berencana. Secara umum, *unmet need* terjadi karena adanya faktor biaya dalam menggunakan kontrasepsi atau kurangnya informasi mengenai kontrasepsi (Bongaarts dan Bruce, 1995:57). Biaya di sini dalam pengertian luas, yaitu tidak hanya mencakup biaya untuk membeli kontrasepsi, jarak, dan sumber pelayanan tetapi juga mencakup alasan kesehatan, psikologis, dan pertimbangan lainnya yang mendorong wanita untuk tidak menggunakan atau tidak melanjutkan pemakaian kontrasepsi (Easterlin, 1975:56). Wanita yang memakai kontrasepsi memandang keuntungan memakai kontrasepsi, yaitu mencegah kehamilan lebih besar dari pada biaya kontrasepsi, sedangkan wanita dengan *unmet need* memandang sebaliknya.

Penurunan tingkat fertilitas yang diinginkan mencerminkan adanya penurunan ukuran keluarga yang diinginkan (Gambar 1.1). Hal ini perlu dicermati karena seiring berjalannya waktu, penurunan tingkat fertilitas yang diinginkan akan mendorong peningkatan proporsi wanita yang berisiko terhadap kehamilan tidak diinginkan (Bongaarts, 1997:269). Pada masyarakat tradisional pada awal

transisi, hanya sedikit wanita yang terpapar risiko tersebut karena mereka menginginkan jumlah anak yang banyak dan hanya sedikit usaha untuk menghentikan kelahiran. Dengan demikian hampir seluruh tahun-tahun melahirkan digunakan untuk melahirkan anak agar mencapai ukuran keluarga besar yang diinginkan dan menyisakan sedikit waktu untuk melahirkan anak yang tidak diinginkan. Perkembangan masyarakat selanjutnya menghasilkan penurunan ukuran keluarga yang diinginkan sehingga menghasilkan peningkatan proporsi wanita yang berkeinginan untuk berhenti melahirkan. Wanita mencapai ukuran keluarga yang diinginkan pada usia yang lebih muda sehingga menyisakan tahun-tahun melahirkan yang masih panjang dan berpotensi untuk mengakibatkan terjadinya kehamilan tidak diinginkan.

Fenomena fertilitas tidak diinginkan dapat dipandang sebagai *unintended fertility* maupun *excess fertility*. *Unintended fertility* dapat diartikan sebagai kelahiran anak dari ibu yang melaporkan tidak menginginkan hamil pada saat itu atau yang kehamilannya terjadi lebih cepat dari yang diharapkan, sedangkan *excess fertility* merujuk pada pengertian jumlah anak atau kelahiran yang lebih besar daripada ukuran keluarga ideal menurut pengakuan ibu (Montgomery dkk, 1997:11). Bongaarts (1990:500) memperkirakan bahwa sedikitnya satu dari lima kelahiran merupakan kelahiran tidak diinginkan di negara-negara berkembang.

Kelahiran tidak tepat waktu (*mistimed*) mencerminkan perbedaan antara jarak kelahiran yang diinginkan wanita dengan jarak kelahiran yang sebenarnya. Kelahiran yang tidak diinginkan (*unwanted*) mencerminkan perbedaan antara ukuran fertilitas yang diinginkan wanita dengan ukuran fertilitas yang sebenarnya. Kedua perbedaan ini menunjukkan peranan penting keluarga berencana, yaitu bahwa program keluarga berencana seharusnya dapat membantu wanita untuk mencapai keinginan atau aspirasi reproduksinya dengan cara menjarangkan kelahiran yang lebih baik dan memiliki anak lebih sedikit (Singh dkk, n.d.). Jika seorang wanita tidak merencanakan kehamilannya maka kemungkinan dia tidak menerapkan perilaku sehat yang berkaitan dengan hasil (*outcome*) kehamilan yang baik. Masalah ini akan jadi lebih buruk lagi jika wanita *sexually active* tetapi tidak menggunakan kontrasepsi atau tidak ingin hamil (Brown dan Eisenberg, 1995).

Informasi mengenai keinginan untuk hamil (*pregnancy intention*) pada wanita bermanfaat untuk berbagai tujuan, seperti memperkirakan jumlah kehamilan tidak diinginkan dan selanjutnya untuk memperkirakan dampak status kehamilan terhadap perilaku ibu selama kehamilan (*maternal behavior during pregnancy*), kelahiran, kesehatan, dan perkembangan anak yang lahir dari kehamilan yang tidak diinginkan (Joyce dkk, 2002). Selama beberapa dekade terakhir, keinginan untuk hamil pada wanita menjadi perhatian berbagai peneliti dan pembuat kebijakan. Pada awalnya, isu ini berkaitan dengan penurunan dan kenaikan tingkat fertilitas untuk memperkirakan tren jumlah penduduk. Selanjutnya, penelitian berkembang dengan memusatkan pada pengukuran keinginan hamil pada wanita dikaitkan dengan kebutuhan pelayanan keluarga berencana yang tidak terpenuhi dan pemahaman mengenai perilaku kesehatan wanita, seperti perawatan selama kehamilan dan dampaknya terhadap anak yang dilahirkan. Kelahiran yang tidak direncanakan dan tidak diinginkan mencerminkan tingkat *unmet need* kontrasepsi baik untuk menunda kehamilan maupun untuk menjarangkan kelahiran (*mistimed fertility*) atau untuk membatasi kelahiran (*unwanted fertility*).

Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa keinginan hamil pada wanita dipengaruhi oleh berbagai faktor demografi dan sosial-ekonomi. Bankole dan Westoff (1995) dengan menggunakan data *Demographic and Health Surveys* (DHS) untuk beberapa negara menunjukkan bahwa keinginan hamil pada wanita bervariasi menurut umur, jumlah anak masih hidup, tempat tinggal, tingkat pendidikan wanita, dan keterpaparan terhadap media massa. Dibaba (2008) dengan menggunakan *Ethiopian Demographic and Health Survey* menunjukkan bahwa terdapat keinginan yang lebih besar untuk membatasi kelahiran pada wanita yang lebih tua, memiliki anak masih hidup lebih banyak, lebih kaya, tidak mengalami kematian bayi sebelumnya, memiliki pengetahuan dan menggunakan alat/cara KB, dan terpapar terhadap media massa.

Johnson dkk (2004) menggunakan data *Jordan Demographic Health and Survey* meneliti determinan kelahiran tidak tepat waktu dan tidak diinginkan dengan menggunakan beberapa indikator demografi, status ekonomi, konteks

sosial, dan geografis. Indikator demografi yang dianggap berpengaruh terhadap keinginan seorang wanita untuk hamil adalah tempat tinggal (perdesaan-perkotaan), umur, dan jumlah anak lahir hidup. Indikator status ekonomi mencakup tingkat pendidikan suami dan istri, indeks kekayaan kuintil, dan status ekonomi akut yang diukur dari pertanyaan apakah suatu masalah besar atau tidak dalam membiayai perawatan kesehatan secara pribadi. Indikator konteks sosial meliputi indikator otonomi wanita dan indikator pengambil keputusan berkontrasepsi. Indikator geografis yang digunakan adalah jarak rumah tangga terhadap fasilitas kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa beberapa variabel menunjukkan pengaruh yang signifikan terhadap kemungkinan seorang wanita menganggap kehamilannya sebagai kehamilan tidak diinginkan atau tidak tepat waktu.

Westoff (1981) melakukan penelitian pada enam negara berkembang di Asia dan Amerika Latin tentang prevalensi, determinan, dan dampak demografis dari fertilitas tidak diinginkan. Dia menyatakan bahwa menekan kelahiran tidak diinginkan, secara umum tingkat fertilitas wanita kawin dapat diturunkan dengan besaran yang bervariasi antarnegara. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa tingkat fertilitas yang tidak diinginkan sangat bervariasi antarnegara dan sedikit bervariasi antar kelompok penduduk, terutama antarwanita di perkotaan, wanita dengan usia kawin pertama lebih tua, mereka yang lebih berpendidikan, dan memiliki suami dengan pekerjaan bukan di pertanian.

Banyak penelitian telah dilakukan untuk melihat dampak kesehatan, sosial dan ekonomi dari status keinginan hamil dari seorang wanita. Barber dkk (1999) meneliti hubungan antara kehamilan tidak diinginkan, kesehatan, dan hubungan ibu-anak. Hipotesis penelitian ini adalah bahwa kelahiran yang tidak diinginkan mempengaruhi hubungan ibu-anak sebagai akibat dampak kesehatan fisik dan mental dari kelahiran tidak diinginkan. Kesehatan mental yang lemah menghambat hubungan ibu dengan bayinya, dan buruknya hubungan selama masa kehamilan akan tercermin dalam buruknya hubungan ibu dan anak ketika dewasa. Mereka menyimpulkan bahwa pengalaman kelahiran yang tidak diinginkan mengurangi waktu dan perhatian ibu terhadap anak mereka dan hubungan pada

tahap awal seperti ini akan mengakibatkan rendahnya kualitas hubungan ibu-anak pada jangka panjang.

Kehamilan tidak diinginkan berkaitan dengan kondisi sosial-ekonomi yang kurang baik, dan jika semakin banyak jumlah anak suatu pasangan yang harus dinafkahi dari sumber daya terbatas maka semakin besar kemungkinan anak-anak tersebut berasal dari kehamilan yang tidak diinginkan. Pengalaman sebagai anak yang tidak diinginkan dapat mempengaruhi perkembangan anak (Myhrman dkk, 1995). Sebanyak 25 persen anak laki-laki yang lahir sebagai kehamilan tidak diinginkan gagal untuk mencapai pendidikan lebih tinggi dari pendidikan dasar sembilan tahun, dibandingkan dengan 18 persen anak laki-laki dari kelahiran tidak pada waktunya dan 14 persen dari kelahiran diinginkan. Proporsi untuk anak perempuan masing-masing adalah 19 persen, 13 persen, dan 8 persen. Model regresi yang dihasilkan menunjukkan bahwa kehamilan tidak diinginkan meningkatkan risiko anak laki-laki dan anak perempuan untuk tidak melanjutkan ke sekolah menengah.

Penelitian Chalasani dkk (2007) untuk negara Bangladesh memberikan hasil serupa, yaitu bahwa anak yang tidak diinginkan mencapai lama pendidikan rata-rata 7-9 persen lebih rendah dibandingkan dengan anak yang diinginkan. Hasil yang sama juga diperoleh dari penelitian Baydar (1995:234), yaitu bahwa terdapat kaitan antara status kehamilan dengan perkembangan anak pada usia taman kanak-kanak, yaitu bahwa anak-anak yang berasal dari kehamilan tidak diinginkan cenderung memiliki perkembangan verbal yang lebih lambat dibandingkan dengan anak-anak yang berasal dari kelahiran yang diinginkan dikarenakan kurangnya interaksi antara ibu dan anak.

Penelitian lainnya mengaitkan antara status kehamilan dan perilaku ibu selama kehamilan, misal awal pemeriksaan kehamilan dan perilaku merokok. Dua perilaku ini memiliki pengaruh terhadap kehamilan. Weller dkk (1987) menguji hipotesis bahwa wanita yang kehamilannya diinginkan akan memperoleh perawatan kehamilan lebih awal daripada wanita lainnya sehingga sebagai akibatnya adalah wanita yang kehamilannya diinginkan lebih cenderung berhenti merokok selama mengandung. Hasil penelitian yang dilakukan di Amerika

tersebut menegaskan bahwa status perencanaan kelahiran merupakan faktor perilaku ibu selama kehamilan. Kehamilan yang diinginkan memiliki hubungan yang signifikan dengan waktu pemeriksaan kehamilan dan apakah ibu yang sedang hamil berhenti merokok selama mengandung.

Penelitian Kost dkk (1998a) juga semakin mempertegas bahwa status perencanaan kehamilan dapat berpengaruh terhadap perilaku wanita selama masa kehamilan dan perilaku wanita selama kehamilan akan berdampak kuat pada kesehatan bayi yang akan dilahirkan baik secara langsung maupun tergantung pada faktor sosial-ekonomi dan demografi. Jika wanita mengetahui status perencanaan kehamilan maka wanita yang membutuhkan dukungan terkait dengan perilaku perawatan kehamilan dapat diidentifikasi, supaya ibu dapat melahirkan anak yang sehat dan merawat bayi dengan tepat. Hasil penelitian serupa diperoleh oleh Kaufmann dkk (1997) dan Eggleston dkk (2001) yang menunjukkan bahwa wanita yang mengalami kehamilan tidak diharapkan cenderung tidak melakukan pemeriksaan kehamilan secukupnya terutama pada awal kehamilan sehingga dapat berdampak buruk terhadap hasil kehamilan (*pregnancy outcomes*), misal bayi yang dilahirkan cenderung memiliki berat badan saat lahir yang lebih rendah dan risiko kematian bayi meningkat.

Uraian di atas menunjukkan bahwa status kehamilan merupakan isu menarik untuk diteliti. Penelitian sebelumnya memperlihatkan bahwa terdapat berbagai faktor demografi dan sosial-ekonomi yang berpengaruh terhadap status kehamilan. Selain faktor-faktor tersebut, hal lain yang perlu diteliti adalah apakah wanita dengan karakteristik latar belakang yang sama memiliki perbedaan risiko kehamilan yang tidak diharapkan karena perbedaan individu, seperti kondisi sosial wanita. Kondisi sosial tersebut dapat berupa kondisi kesehatan mental wanita, hubungan wanita dengan ayah dari anak yang dikandungnya, kondisi keuangan wanita, dan reaksi dari aktor sosial utama, seperti orang tua, saudara kandung atau sahabat (Barber dkk, 1999:234). Jika terdapat perbedaan risiko kehamilan yang tidak diharapkan di antara wanita dengan karakteristik yang sama maka pemerintah perlu menyediakan pelayanan komunikasi interpersonal atau

konseling (KIP/K) untuk memberi dukungan terhadap wanita tersebut agar tetap melanjutkan dan merawat kehamilannya.

Penelitian sebelumnya telah menunjukkan bahwa status kehamilan berpengaruh terhadap perilaku ibu selama kehamilan (*maternal behavior during pregnancy*). Perilaku ibu selama kehamilan akan memberi dampak yang berbeda terhadap kualitas anak yang dilahirkan. Hal ini mendorong penulis untuk meneliti mengenai determinan status kehamilan di Indonesia dan pengaruhnya terhadap perilaku ibu selama kehamilan, yaitu perilaku ibu dalam hal perawatan kehamilan.

1.2. Perumusan Masalah

Hasil SDKI 2007 menunjukkan bahwa terdapat selisih walaupun kecil antara ukuran fertilitas yang diinginkan dan ukuran fertilitas yang dicapai di Indonesia. Selisih tersebut mencerminkan adanya fertilitas yang tidak diinginkan. Fenomena fertilitas yang tidak diinginkan tersebut lebih diperjelas lagi dengan tersedianya data bahwa terdapat sejumlah besar kelahiran yang berasal dari kehamilan tidak tepat waktu dan tidak diinginkan. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa status kehamilan berpengaruh signifikan terhadap perilaku ibu selama kehamilan, dan selanjutnya perilaku ibu selama kehamilan akan berdampak terhadap kesehatan anak yang dilahirkan. Penelitian ini hanya dibatasi sampai dengan perilaku ibu selama kehamilan, yaitu perilaku dalam hal perawatan kehamilan.

Berkaitan dengan uraian di atas, maka penulis menyusun beberapa pertanyaan untuk dibahas dalam penelitian ini.

1. Faktor-faktor apa sajakah yang berpengaruh terhadap status kehamilan di Indonesia?
2. Apakah ada hubungan *outcome* status kehamilan dari ibu yang sama?
3. Apakah status kehamilan memiliki pengaruh terhadap perilaku ibu dalam perawatan kehamilan?
4. Bagaimana pengaruh variabel sosial-ekonomi dan demografi terhadap perilaku ibu dalam perawatan kehamilan?

1.3. Tujuan Penelitian

Tujuan umum adalah meneliti faktor-faktor yang mempengaruhi status kehamilan pada wanita pernah kawin dan selanjutnya meneliti pengaruh status kehamilan terhadap perilaku ibu dalam perawatan kehamilan. Faktor-faktor status kehamilan yang diteliti meliputi faktor demografi dan sosial-ekonomi, seperti umur wanita saat mengandung, pendidikan wanita, status bekerja wanita, otonomi wanita dalam pemeriksaan kesehatannya, status ekonomi rumah tangga, dan tempat tinggal.

Penelitian dilanjutkan dengan meneliti pengaruh status kehamilan terhadap perilaku perawatan kehamilan. Perilaku wanita dalam hal perawatan kehamilan diukur melalui pemeriksaan kehamilan pada trimester pertama, jumlah pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program, dan tenaga pemeriksa kehamilan. Dalam penelitian ini, status kehamilan akan dipilih sebagai salah satu variabel bebas dalam menjelaskan perilaku perawatan kehamilan bersama-sama dengan variabel bebas lainnya, seperti umur wanita saat mengandung, pendidikan wanita, status bekerja wanita, otonomi wanita dalam pemeriksaan kesehatannya, kesulitan memperoleh uang untuk berobat, status ekonomi rumah tangga, tempat tinggal, dan jumlah kelahiran sebelumnya.

Tujuan khusus penelitian adalah sebagai berikut.

1. Mempelajari perbedaan distribusi proporsi status kehamilan menurut beberapa karakteristik demografi dan sosial-ekonomi.
2. Meneliti kelompok wanita yang berisiko terhadap kehamilan tidak diharapkan (*unintended pregnancy*).
3. Mempelajari apakah *outcome* status kehamilan dari ibu yang sama saling berhubungan.
4. Mempelajari perbedaan distribusi proporsi perilaku perawatan kehamilan menurut status kehamilan.
5. Meneliti apakah status kehamilan memiliki pengaruh yang berbeda terhadap perilaku perawatan kehamilan.
6. Meneliti kelompok wanita yang berisiko terhadap perilaku tidak baik dalam perawatan kehamilan.

1.4. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memperkaya khazanah penelitian tentang status kehamilan di Indonesia terutama mengenai identifikasi kelompok wanita yang berisiko terhadap kehamilan yang tidak diharapkan (*unintended pregnancy*) dan mengetahui pengaruh status kehamilan tersebut terhadap perilaku perawatan kehamilan. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan untuk meningkatkan efektivitas kegiatan program keluarga berencana untuk menunda dan membatasi kelahiran untuk menekan jumlah yang kehamilan tidak diharapkan terutama pada kelompok wanita yang berisiko sehingga dapat meminimalisasi pengaruh buruk dari kehamilan tidak diharapkan tersebut, khususnya terhadap perilaku perawatan kehamilan, dan terhadap kesehatan dan perkembangan anak yang dilahirkan secara umumnya.

1.5. Sistematika Penulisan

Tesis ini terdiri dari lima bab. Bab pertama merupakan pendahuluan yang menggambarkan mengenai latar belakang permasalahan yang diangkat dalam penelitian, tujuan penelitian, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan. Bab kedua berisi tinjauan pustaka yang menguraikan mengenai landasan teori yang digunakan sebagai dasar berpikir dalam penelitian yang dilakukan. Bab ini juga menyajikan temuan-temuan hasil penelitian sebelumnya sebagai pendukung dan pembanding bagi penelitian ini. Bab 2 diakhiri dengan kerangka pikir analisis dan hipotesis penelitian.

Pada bab ketiga dipaparkan metode penelitian yang terdiri dari penjelasan mengenai sumber data yang digunakan dan keterbatasannya serta menguraikan metode statistik yang digunakan, yaitu regresi logistik biner dan regresi logistik biner dengan efek random. Analisis hasil penelitian disajikan pada Bab 4. Analisis dilakukan dengan cara deskriptif dan inferensial. Bab terakhir berisi kesimpulan dan implikasi kebijakan.

BAB II TINJAUAN LITERATUR

2.1. Kerangka Pikir Teoritis

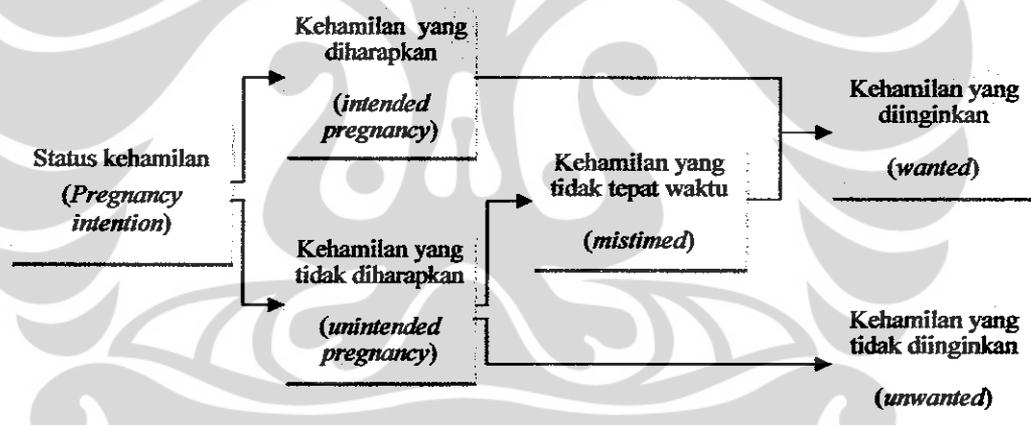
2.1.1. Status Kehamilan

Beberapa literatur penelitian telah mendefinisikan istilah mengenai kehamilan yang tidak diharapkan (*unintended pregnancy*) seperti dalam Baydar (1995:229), Brown dan Eisenberg (1995), Henshaw (1998:24), Kost dkk (1998b:79), dan Williams (1991:213). Literatur membagi kehamilan menjadi dua jenis, yaitu yang diharapkan (*intended pregnancy*) dan tidak diharapkan (*unintended pregnancy*). Kehamilan yang diharapkan merupakan kehamilan yang diinginkan pada saat terjadi pembuahan (*conception*) atau segera. Kehamilan yang tidak diharapkan merupakan kehamilan yang tidak diinginkan setelah terjadi pembuahan.

Selanjutnya, literatur membedakan kehamilan yang tidak diharapkan menjadi dua kelompok, yaitu kehamilan yang tidak tepat waktu (*mistimed pregnancy*) dan kehamilan yang tidak diinginkan (*unwanted pregnancy*). Kehamilan yang tidak tepat waktu adalah kehamilan yang terjadi pada wanita yang menginginkan anak (lagi) pada suatu waktu, namun kehamilan tersebut terjadi lebih cepat daripada yang direncanakan. Kehamilan yang terjadi lebih lama dari yang diharapkan tidak tergolong sebagai kehamilan yang tidak tepat waktu. Meskipun kondisi yang melingkupi kehamilan yang terjadi lebih lama dari yang diharapkan dapat berdampak terhadap anak, namun kondisi ini berbeda dengan kondisi pada kehamilan yang terjadi lebih cepat dari yang diharapkan. Kehamilan yang tidak diinginkan adalah kehamilan hasil pembuahan yang terjadi pada wanita yang sama sekali tidak ingin mempunyai anak atau sudah memiliki anak tetapi tidak menginginkan anak lagi. Istilah “tidak diinginkan” (*unwanted*) digunakan untuk menjelaskan sikap ibu terhadap kehamilannya pada saat pembuahan, meskipun anak dari kehamilan yang tidak diinginkan pada saat pembuahan tidak selalu menjadi anak yang tidak diinginkan.

Konsep lain yang terkait dengan kehamilan yang tidak diharapkan adalah kehamilan yang tidak direncanakan atau *unplanned pregnancy* (Santelli dkk, 2003: 94). Kehamilan yang tidak direncanakan merupakan kehamilan yang terjadi ketika wanita menggunakan alat/cara KB atau ketika wanita tidak ingin hamil, namun tidak menggunakan alat/cara KB. Keinginan untuk hamil sering kali diukur atau dilaporkan hanya untuk kehamilan yang menghasilkan kelahiran hidup, sedangkan kehamilan yang diakhiri dengan aborsi umumnya diasumsikan sebagai kehamilan yang tidak diharapkan. Semua definisi ini mengasumsikan bahwa kehamilan yang terjadi merupakan keputusan yang dilakukan secara sadar. Penggabungan kondisi kehamilan yang diharapkan (*intended pregnancy*) dan kehamilan yang tidak tepat waktu (*mistimed pregnancy*) dipandang sebagai kehamilan yang diinginkan (*wanted pregnancy*).

Pembagian status kehamilan sesuai dengan uraian di atas akan lebih mudah dipahami jika dibuat dalam bentuk bagan seperti di bawah ini.



Gambar 2.1. Status Kehamilan

Penggabungan kategori kehamilan yang tidak tepat waktu dan kehamilan yang tidak diinginkan merupakan suatu hal yang umum dilakukan dalam penelitian-penelitian sebelumnya, meskipun kedua jenis status kehamilan ini memiliki perbedaan secara konseptual. Kehamilan yang tidak diinginkan dihipotesiskan memberikan dampak lebih buruk daripada kehamilan yang tidak

tepat waktu. Menggabungkan kedua kategori tersebut dalam satu kategori akan mengecilkan (*understating*) pengaruh negatif kehamilan yang tidak diinginkan dan menekankan (*overstating*) pengaruh negatif kehamilan yang tidak tepat waktu. Jika kelahiran tidak tepat waktu dipisahkan dengan kehamilan yang tidak diinginkan maka hanya akan memperbesar pengaruh negatif kehamilan yang tidak diinginkan (Singh dkk, n.d.).

Konsep mengenai keinginan seorang wanita untuk hamil dan evaluasi dari perasaan tersebut sangat kompleks. Para peneliti biasanya menggunakan dua skenario kehamilan untuk mendefinisikan suatu kejadian ekstrim. Seorang wanita yang menggunakan alat kontrasepsi untuk menghindari kehamilan ternyata menjadi hamil dan kemudian memutuskan untuk mengakhiri kehamilannya dengan melakukan aborsi. Pada skenario ini peneliti dapat dengan mudah mengklasifikasikan kehamilan ini sebagai kehamilan yang tidak diinginkan. Skenario kedua, seorang wanita dengan sengaja tidak menggunakan kontrasepsi karena ia ingin hamil. Wanita tersebut kemudian hamil dan melahirkan anak. Pada skenario ini peneliti dengan mudah mengklasifikasikan kehamilan ini sebagai kehamilan yang diinginkan.

Dalam kehidupan nyata, pengalaman seorang wanita tidak selalu seperti di atas. Ada banyak faktor penting yang berperan dalam perasaan seorang wanita atas kehamilannya. Pertama, seorang wanita sering dihadapkan pada pilihan antara karir dan atau melahirkan. Hal ini memberi pengaruh pada wanita untuk mengevaluasi kehamilannya sebagai diinginkan atau tidak diinginkan. Sebagai contoh, seorang wanita karir mungkin ingin tetap menjadi seorang ibu karena tekanan keluarga atau lingkungannya, namun wanita tersebut dapat memiliki perasaan ambivalen terhadap kehamilannya. Kedua, seorang wanita menjadi hamil karena melakukan hubungan seksual tanpa kontrasepsi, namun beberapa wanita tidak menyadari kehamilan sebagai konsekuensi dari keputusan mereka melakukan hubungan seksual tanpa kontrasepsi. Ketiga, wanita lainnya mungkin tidak memiliki pilihan sama sekali karena hubungan seksual tersebut dilakukan secara terpaksa. Keempat, wanita mungkin memiliki pilihan terkait kesehatan reproduksinya, namun mengalami keterbatasan dalam penerapannya karena aborsi

dilarang atau kontrasepsi tidak efektif atau tidak tersedia. Dengan demikian, perasaan seorang wanita terhadap kehamilannya adalah kompleks, lebih dari sekadar pembagian dikotomi diinginkan atau tidak diinginkan.

Kompleksitas lainnya dalam mengukur kelahiran yang tidak diinginkan adalah evaluasi wanita yang subjektif terhadap kehamilan tertentu sebagai diinginkan atau tidak diinginkan (Barber dkk, 1999:234). Evaluasi subjektif ini dipengaruhi oleh berbagai kondisi sosial, seperti kesehatan mental wanita, hubungan wanita dengan ayah dari anak yang dikandungnya, kondisi keuangan wanita, dan reaksi dari aktor sosial utama, seperti orang tua, saudara kandung atau sahabat. Kondisi tersebut cenderung berubah seiring waktu sehingga sangat beralasan jika evaluasi wanita yang subjektif terhadap kehamilannya tersebut dapat berubah seiring waktu. Sebagai contoh, seorang wanita semula menginginkan untuk menjadi hamil, namun kemudian terjadi suatu masalah sehingga wanita tersebut depresi. Akibatnya, wanita tersebut berharap tidak hamil. Dengan demikian, kehamilan dapat diinginkan pada saat pembuahan, namun kondisi tertentu mengubah penilaian tersebut sehingga ketika bayi dilahirkan, ibu menganggap tidak menginginkan kehamilannya. Perubahan penilaian atas kehamilan seorang wanita juga dapat terjadi dengan arah yang berbeda, seperti kehamilan yang tidak diinginkan pada saat pembuahan berubah menjadi kelahiran yang diinginkan. Sebagai contoh, seorang wanita yang tidak bekerja menganggap kehamilannya tidak diinginkan, namun ketika dia memperoleh pekerjaan, dia menjadi senang dengan kehamilannya. Dengan demikian, seorang wanita yang semula menganggap kehamilannya tidak diinginkan menjadi merasa senang dan merawat kehamilannya dan kemudian mendefinisikan kembali kehamilannya sebagai diinginkan.

Konsep tentang kehamilan yang tidak diharapkan merupakan hal penting bagi peneliti dalam bidang kependudukan untuk memahami fertilitas; bagi praktisi dalam bidang kesehatan bermanfaat untuk mencegah kelahiran tidak diinginkan; sedangkan bagi kedua peneliti tersebut bermanfaat untuk meningkatkan kemampuan wanita dalam menentukan apakah menginginkan anak dan kapan menginginkan anak (Santelli dkk, 2003:94). Ukuran mengenai status kehamilan

berguna untuk memahami perilaku fertilitas, memperkirakan tingkat fertilitas, menduga kebutuhan KB yang tidak terpenuhi (*unmet need*), memahami dampak kehamilan yang diinginkan terhadap kesehatan ibu dan anak, merencanakan program keluarga berencana dan mengevaluasi efektivitasnya, serta menciptakan dan mengevaluasi program dengan pendekatan komunitas untuk mencegah kehamilan yang tidak diharapkan. Ukuran konvensional dari kehamilan yang tidak diharapkan ditujukan untuk mengetahui keinginan seorang wanita sebelum dia hamil (Henshaw, 1998). Pengembangan pemahaman mengenai kehamilan yang tidak diharapkan akan mendukung peningkatan pemakaian kontrasepsi, pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan, dan memperbaiki kesehatan ibu dan anak (Santelli dkk, 2003).

2.1.2. Perawatan Kehamilan

Partisipasi penuh dalam perawatan kehamilan (*prenatal care*) secara komprehensif umumnya dikaitkan dengan penurunan angka kematian ibu dan komplikasi kehamilan, penurunan angka kematian bayi dengan cara menurunkan jumlah bayi dengan berat badan saat lahir rendah (BBLR) serta mencegah kelahiran prematur. Perawatan kehamilan memberikan dampak positif terhadap status kesehatan *postnatal* untuk ibu dan bayi dan terhadap perilaku kesehatan serta pemanfaatan fasilitas kesehatan setelah melahirkan (Alexander dan Kotelchuck, 2001:312 dan Brown, 1989:73). Pemahaman mengenai faktor-faktor atau kendala yang membatasi partisipasi wanita dalam perawatan kehamilan merupakan langkah penting pertama dalam menentukan bagaimana cara meningkatkan akses terhadap pelayanan perawatan kehamilan.

Institute of Medicine (1988) merangkum beberapa penghalang dalam melakukan perawatan kehamilan bagi wanita di Amerika Serikat berdasarkan 12 penelitian yang menggunakan analisis multivariat. Ukuran perawatan kehamilan yang digunakan dalam penelitian tersebut ada tiga jenis, yaitu (1) jumlah kunjungan selama kehamilan (frekuensi), (2) trimester atau bulan pertama kali memeriksakan kehamilan (waktu), dan (3) indeks yang mengaitkan antara frekuensi dan waktu kunjungan terhadap usia kehamilan. Ukuran terakhir ini

dikenal sebagai indeks Kessner dimana perawatan kehamilan yang dilakukan wanita diklasifikasikan sebagai “cukup” jika perawatan dilakukan pada trimester pertama atau melakukan kunjungan pemeriksaan sedikitnya sembilan kali selama 36 minggu kehamilan atau lebih; “*intermediate*” jika perawatan dilakukan pada trimester kedua atau melakukan kunjungan pemeriksaan lima sampai delapan kali selama 36 minggu kehamilan atau lebih; dan “tidak cukup” jika perawatan dilakukan pada trimester ketiga atau melakukan kunjungan pemeriksaan 4 kali atau kurang selama 36 minggu kehamilan atau lebih.

Faktor-faktor penghalang untuk melakukan perawatan kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok, yaitu penghalang yang berkaitan dengan kondisi sosial-ekonomi, sistem, dan sikap seperti yang disajikan pada Tabel 2.1.

Tabel 2.1. Faktor-Faktor Penghalang untuk Melakukan Perawatan Kehamilan

I. Sosiodemografi

Kemiskinan
Perdesaan
Status minoritas
Umur kurang dari 18 tahun atau di atas 39 tahun
Paritas tinggi
Tidak dapat berbahasa Inggris
Tidak kawin
Berpendidikan kurang dari SLTA

II. Sistem

Tidak memiliki asuransi kesehatan atau cakupan asuransi terbatas
Tidak memiliki *Medicaid*¹ atau asuransi lainnya yang mencakup pelayanan kesehatan ibu
Tidak ada atau kekurangan petugas kesehatan yang bersedia merawat wanita tanpa asuransi atau wanita berpendapatan rendah
Proses yang rumit dan memakan waktu untuk memperoleh *Medicaid*
Ketersediaan *Medicaid* kurang disosialisasikan
Transportasi sulit atau tempat pelayanan jauh
Penitipan anak sulit diperoleh
Hubungan yang lemah antara tempat perawatan kehamilan dan tes kehamilan
Kurangnya koordinasi antara pelayanan sejenis, seperti kegiatan *Women, Infants and Children (WIC)* dan pelayanan perawatan kehamilan
Jam pelayanan yang terbatas, khususnya untuk wanita bekerja
Menunggu lama untuk bertemu dokter
Ketidaksesuaian bahasa dan budaya antara petugas kesehatan dan klien

¹ Program *Medicaid* merupakan salah satu sumber pendanaan terbesar untuk kesehatan bagi mereka yang miskin. Program ini paling banyak digunakan oleh mereka yang berpendapatan rendah untuk memperoleh pelayanan kesehatan sejak diundang-undangkan tahun 1965. *Medicaid* meningkatkan partisipasi wanita hamil untuk memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama.

Tabel 2.1 (sambungan)

Komunikasi yang buruk antara klien dan petugas kesehatan, diperburuk oleh interaksi yang singkat dengan petugas kesehatan
 Penilaian negatif terhadap klinik, seperti petugas tidak ramah, lingkungan tidak nyaman, dan prosedur pendaftaran yang rumit
 Informasi terbatas mengenai tempat untuk memperoleh pelayanan, seperti alamat dan nomor telepon

III. Sikap

Kehamilan tidak direncanakan, dipandang secara negatif, atau keduanya
 Ambivalen
 Tidak mengetahui tanda-tanda kehamilan
 Tidak memahami atau tidak menganggap penting perawatan kehamilan
 Takut terhadap dokter, rumah sakit, dan prosedur
 Takut terungkap pada orang tua
 Takut dideportasi atau bermasalah dengan Kantor Imigrasi
 Takut kebiasaan tertentu terungkap dan dikritik (merokok, pola makan, minum minuman keras, dan penggunaan obat-obatan terlarang)
 Gaya hidup tertentu (penyalahgunaan obat-obatan, tunawisma)
 Tidak ada dukungan sosial dan sumber daya pribadi
 Stres berlebihan
 Penyangkalan dan apatis
 Merahasiakan kehamilan

Sumber: *Institute of Medicine* (1988:81)

Beberapa faktor risiko demografi yang berkaitan erat dengan perawatan kehamilan yang tidak cukup (*insufficient*), seperti ras dan etnis, umur ibu, tingkat pendidikan, urutan kelahiran anak, status perkawinan, pendapatan, dan daerah tempat tinggal. Wanita yang berasal dari kaum minoritas, berumur muda, berpendidikan rendah, memiliki banyak anak, berstatus tidak kawin, berpenghasilan rendah, dan tinggal di perdesaan atau daerah terpencil cenderung lambat melakukan perawatan kehamilan atau bahkan tidak melakukan perawatan kehamilan sama sekali.

Beberapa penghalang terhadap partisipasi penuh dalam perawatan kehamilan yang teridentifikasi adalah tidak adanya atau kurangnya cakupan asuransi kesehatan dan kurang baiknya pelaksanaan program *Medicaid*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa status keuangan dan cakupan asuransi kesehatan memainkan peran penting dalam menentukan apakah wanita memperoleh perawatan kehamilan atau tidak. Rintangan lain untuk perawatan kehamilan adalah ketidakcukupan kapasitas sistem perawatan untuk ibu, khususnya proporsi

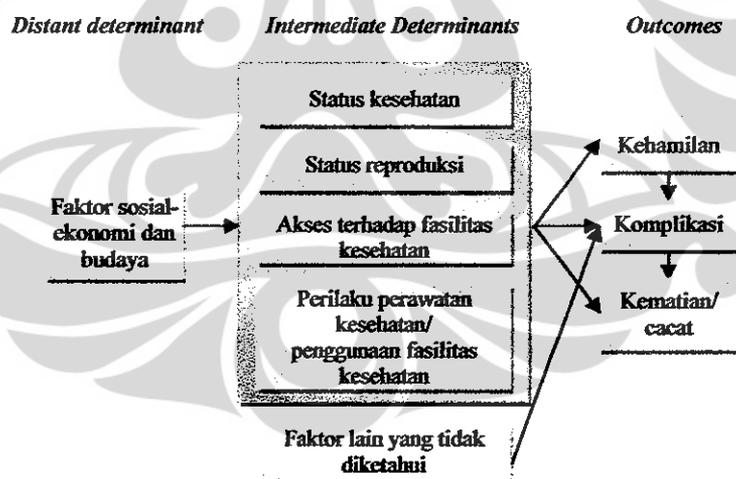
sistem yang dapat dimanfaatkan oleh wanita berpenghasilan rendah. Ketidacukupan kapasitas ini disebabkan karena, pertama, kurangnya fasilitas kesehatan yang menyediakan pelayanan perawatan kehamilan bagi mereka yang tidak mampu atau tidak bersedia untuk menggunakan fasilitas kesehatan swasta. Kedua, ketersediaan fasilitas kesehatan ibu terbatas sebagai akibat tidak meratanya distribusi dokter, tidak bersedianya beberapa dokter untuk merawat wanita hamil berpenghasilan rendah atau yang menggunakan *Medicaid*, dan disintensif untuk praktik sebagai dokter kandungan karena meningkatnya tingkat malpraktik asuransi.

Meskipun wanita memiliki asuransi dan kapasitas sistem mencukupi, partisipasi dalam perawatan kehamilan masih terbatas karena kurangnya koordinasi antara pelayanan sejenis, jam pelayanan yang terbatas, prosedur registrasi yang rumit, butuh waktu lama untuk bertemu dokter atau perawat, petugas yang tidak ramah, dan lingkungan yang tidak nyaman. Selain itu, wanita hamil menghadapi masalah kesulitan transportasi, kekurangan tempat penitipan anak, dan rintangan budaya untuk berpartisipasi dalam perawatan kehamilan.

Penghalang lainnya yang sering terlewatkan dalam pembahasan mengenai rendahnya partisipasi dalam perawatan kehamilan adalah keyakinan seseorang, pengetahuan, dan gaya hidup wanita hamil. Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa pemeriksaan kehamilan yang terlambat dan jumlah kunjungan pemeriksaan yang lebih sedikit berkaitan dengan kehamilan yang tidak direncanakan dan penilaian negatif terhadap kehamilan saat itu. Sikap ini dapat mempengaruhi partisipasi dalam perawatan kehamilan dengan tiga cara, yaitu (1) wanita yang tidak merencanakan kehamilannya kemungkinan kurang menyadari tanda-tanda kehamilan sehingga mengetahui kehamilannya setelah beberapa waktu kemudian, (2) wanita yang memandang kehamilannya secara negatif kemungkinan menunda perawatan kehamilan karena mereka belum menentukan apakah akan melanjutkan kehamilan tersebut, dan (3) wanita yang mengalami kehamilan yang tidak direncanakan kemungkinan memiliki perasaan ambivalen, meskipun mereka memutuskan untuk melanjutkan kehamilan tersebut.

Perasaan ambivalen ini dapat menyebabkan lebih lambat untuk memulai perawatan kehamilan, atau hanya kadang-kadang memeriksakan kehamilannya.

Sikap wanita terhadap perawatan kehamilan juga mempengaruhi permulaan perawatan. Tidak semua wanita meyakini bahwa perawatan kehamilan adalah penting. Beberapa wanita meyakini bahwa kehamilan adalah peristiwa biasa dan hanya membutuhkan pengawasan medis jika wanita tersebut sakit; dan ada sebagian kecil wanita yang tidak memahami pengertian perawatan kehamilan. Penghalang penting lainnya terhadap partisipasi dalam perawatan kehamilan adalah rasa takut. Ibu-ibu muda (remaja) kebanyakan menyatakan rasa takut sebagai alasan tidak memeriksakan kehamilannya sedini mungkin. Beberapa ibu muda takut terhadap prosedur medis dan beberapa takut terhadap kehamilan itu sendiri dan terhadap tanggapan orang tua mereka. Wanita hamil yang menyadari bahwa gaya hidup mereka dapat membahayakan kesehatan dirinya sendiri dan kesehatan bayinya dapat menjadi takut untuk memeriksakan kehamilannya karena mereka tidak ingin diberi sanksi atau ditekan untuk mengubah kebiasaan buruk tersebut, seperti minum minuman keras, merokok, dan penyalahgunaan obat-obatan.



Sumber: McCharty dan Maine (1992:25)

Gambar 2.2. Kerangka Pikir Teoritis untuk Determinan Mortalitas dan Morbiditas Ibu

Salah satu kerangka pikir teoritis yang dapat digunakan untuk menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi pemeriksaan kehamilan adalah kerangka pikir yang digunakan untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi mortalitas dan morbiditas ibu (Gambar 2.2). Pemanfaatan kerangka pikir ini dilakukan dengan pertimbangan bahwa perilaku wanita selama kehamilan tidak dapat dipisahkan dengan peristiwa kematian ibu. Meskipun demikian, penelitian ini hanya menerapkan pengaruh faktor sosial-ekonomi dan budaya (*distant determinant*) terhadap perilaku perawatan kesehatan (*intermediate determinant*).

2.2. Penelitian Empiris

2.2.1. Determinan Status Kehamilan

Umur wanita saat hamil Williams (1991:215) melakukan penelitian mengenai determinan kelahiran yang tidak diinginkan pada wanita pernah kawin di Amerika Serikat berdasarkan data tahun 1973-1988. Salah satu variabel penjelas yang digunakan dalam penelitiannya adalah umur wanita saat melahirkan. Hasil analisis regresi logistik menunjukkan bahwa peluang kelahiran tidak diinginkan lebih tinggi pada wanita yang melahirkan anak pada usia 30 tahun ke atas dibandingkan pada wanita yang melahirkan pada umur lebih muda. Hasil penelitian yang berbeda diperoleh oleh Baydar (1995:231) dengan menggunakan data longitudinal tahun 1986-1988 untuk Amerika Serikat, yaitu bahwa peluang kehamilan yang tidak tepat waktu dan tidak diinginkan lebih besar pada wanita yang berumur lebih muda.

Westoff (1981:46) meneliti pengaruh umur kawin pertama dan umur melahirkan terhadap fertilitas tidak diinginkan pada enam negara berkembang di Asia dan Amerika Latin, yaitu Kolombia, Panama, Peru, Indonesia, Korea, dan Sri Lanka. Hipotesis penelitiannya menyatakan bahwa kawin muda dan melahirkan pada umur muda berhubungan dengan tingginya tingkat fertilitas tidak diinginkan. Hasil penelitian sesuai dengan hipotesis yang dibuat, yaitu bahwa umur kawin berhubungan terbalik dengan tingkat fertilitas tidak diinginkan untuk semua negara. Wanita yang menikah pada usia lebih muda dan wanita dengan umur

melahirkan lebih cepat memiliki periode risiko terpapar lebih panjang untuk mengalami kelahiran tidak diinginkan dibandingkan dengan wanita yang menikah pada usia lebih tua dan wanita yang memiliki tingkat fertilitas rendah dalam lima tahun pernikahan.

Pendidikan ibu Tingkat pendidikan ibu merupakan salah satu penduga terbaik berkaitan dengan status kehamilan. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa tingkat pendidikan memiliki hubungan terbalik dengan kemungkinan terjadinya kelahiran tidak diinginkan (Williams, 1991:215). Hasil yang sama juga diperoleh dari penelitian Baydar (1995:231), yaitu bahwa peluang kelahiran tidak tepat waktu dan tidak diinginkan lebih besar pada wanita yang berpendidikan lebih rendah. Analisis bivariat pada penelitian Ganguly dan Unisa (2008:164) menunjukkan bahwa pendidikan ibu memiliki hubungan negatif dengan status kehamilan sedangkan analisis multivariat menunjukkan bahwa pendidikan ibu memiliki hubungan positif dengan kehamilan yang tidak diharapkan.

Penelitian Eggleston (1999:31) untuk Ekuador menemukan bahwa risiko kehamilan yang tidak tepat waktu akan meningkat seiring dengan meningkatnya pendidikan. Risiko wanita tamat sekolah dasar 57 persen lebih besar daripada wanita tidak berpendidikan untuk mengalami kehamilan yang tidak tepat waktu dibandingkan kehamilan direncanakan. Meskipun demikian, tingkat pendidikan tidak mempunyai pengaruh signifikan terhadap risiko kehamilan yang tidak diinginkan dibandingkan kehamilan diinginkan. Wanita tamat sekolah dasar berisiko 36 persen lebih rendah dibandingkan wanita yang tidak berpendidikan untuk mengalami kehamilan yang tidak diinginkan dibandingkan mengalami kehamilan yang tidak tepat waktu.

Hasil penelitian yang serupa dengan Eggleston (1999) juga ditemukan dalam penelitian Johnson dkk (2004:10) untuk Yordania, yaitu bahwa rasio kecenderungan antara kehamilan yang tidak diinginkan dan kehamilan yang tidak tepat waktu dibandingkan dengan kehamilan diinginkan adalah semakin meningkat seiring dengan meningkatnya pendidikan wanita, meskipun pada beberapa kelompok tingkat pendidikan pengaruhnya tidak signifikan secara statistik. Kecenderungan wanita tidak berpendidikan 40 persen lebih kecil

dibandingkan wanita berpendidikan menengah ke atas untuk mengatakan bahwa kehamilannya tidak diinginkan dibandingkan kehamilannya diinginkan. Kecenderungan wanita untuk semua kelompok tingkat pendidikan (tanpa pendidikan, sekolah dasar, menengah) adalah 57 sampai 34 persen lebih kecil dibandingkan wanita berpendidikan menengah ke atas untuk menyatakan kehamilannya tidak tepat waktu dibandingkan kehamilannya diinginkan.

Analisis bivariat pada penelitian Westoff (1981:47) mengenai hubungan pendidikan ibu dan fertilitas tidak diinginkan pada enam negara berkembang di Asia dan Amerika Latin (Kolombia, Panama, Peru, Indonesia, Korea, dan Sri Lanka) menunjukkan bahwa tingkat fertilitas tidak diinginkan menurun secara sistematis seiring dengan meningkatnya pendidikan. Kekuatan hubungan tersebut sangat besar terutama pada negara-negara Latin. Analisis regresi menunjukkan bahwa tingkat pendidikan ibu memiliki pengaruh paling besar untuk semua negara kecuali untuk Indonesia dan Korea.

Penelitian Islam dan Rashid (2004) menggunakan data *Bangladesh Demographic and Health Survey* (BDHS) 1999-2000 menunjukkan bahwa pendidikan ibu meningkatkan kecenderungan kehamilan yang tidak tepat waktu dibandingkan kehamilan yang diinginkan, sedangkan tingkat pendidikan tidak memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kemungkinan kehamilan yang tidak diinginkan dibandingkan kehamilan diinginkan. Wanita yang berpendidikan sekolah dasar memiliki risiko lebih besar dibandingkan mereka yang tidak berpendidikan untuk mengalami kehamilan yang tidak diinginkan dibandingkan mengalami kehamilan diinginkan. Wanita kurang berpendidikan dibandingkan wanita yang berpendidikan lebih baik, memiliki kecenderungan lebih kecil untuk mengalami kehamilan yang tidak tepat waktu karena mereka memiliki keinginan atau harapan yang rendah terhadap kemampuan mereka dalam merencanakan waktu untuk hamil.

Status bekerja ibu Kehamilan yang tidak tepat waktu atau tidak diinginkan cenderung berasal dari ibu yang tidak memiliki pekerjaan sebelum ibu melahirkan (Baydar, 1995:231). Hasil serupa juga diperoleh dari penelitian Ganguly dan Unisa (2008:164), yaitu bahwa wanita yang bekerja 18 persen lebih

rendah dibandingkan wanita yang tidak bekerja untuk mengalami kehamilan yang tidak diharapkan. Hasil penelitian Islam dan Rashid (2004:44) menunjukkan bahwa status bekerja ibu tidak signifikan secara statistik sebagai determinan kehamilan yang tidak tepat waktu dan kehamilan yang tidak diinginkan.

Otonomi ibu dalam pemeriksaan kesehatannya Penelitian Johnson dkk (2004:17) mengenai determinan status kehamilan memasukkan variabel otonomi wanita dalam perawatan kesehatan dirinya sendiri. Hasil penelitian untuk Yordania tersebut menunjukkan bahwa variabel otonomi ibu dalam perawatan kesehatannya hanya signifikan mempengaruhi risiko kehamilan yang tidak tepat waktu relatif terhadap kehamilan yang diinginkan. Risiko wanita yang tidak memiliki otonomi dalam perawatan kesehatannya adalah 30 persen lebih rendah dibandingkan dengan mereka yang memiliki otonomi dalam perawatan kesehatannya untuk melaporkan kehamilannya tidak tepat waktu daripada kehamilannya diinginkan.

Status ekonomi rumah tangga Status ekonomi rumah tangga merupakan salah satu variabel penduga (*predictor*) terkuat dalam menjelaskan kehamilan yang tidak diinginkan. Penelitian di Amerika Serikat pada wanita pernah kawin menunjukkan bahwa rasio indeks kemiskinan merupakan variabel penjelas yang kuat terhadap kelahiran yang tidak diinginkan baik bagi wanita secara keseluruhan maupun jika dikontrol berdasarkan ras (kulit putih atau kulit hitam). Kelahiran tidak diinginkan cenderung terjadi pada wanita dengan status ekonomi di batas atau di bawah garis kemiskinan (Williams, 1991:215). Hasil penelitian lainnya yang senada adalah bahwa anak-anak yang berasal dari kelahiran yang tidak tepat waktu dan yang tidak diinginkan cenderung dibesarkan dalam rumah tangga dengan pendapatan lebih rendah dibandingkan dengan anak-anak yang berasal dari kelahiran yang diinginkan (Baydar, 1995:231).

Risiko wanita yang berasal dari rumah tangga dengan pendapatan tinggi cenderung lebih kecil dibandingkan wanita yang berasal dari rumah tangga dengan pendapatan menengah untuk mengalami kehamilan yang tidak diinginkan atau kehamilan yang tidak tepat waktu dibandingkan untuk mengalami kehamilan diinginkan. Meskipun demikian, wanita dengan pendapatan rumah tangga rendah

cenderung lebih kecil untuk mengalami kehamilan yang tidak tepat waktu dan kehamilan yang tidak diinginkan dibandingkan wanita dengan pendapatan menengah (Eggleston, 1999:30).

Penelitian Ganguly dan Unisa (2008:177) memperlihatkan bahwa variabel status ekonomi rumah tangga yang didefinisikan menggunakan indeks kekayaan kuintil memberi pengaruh yang bervariasi terhadap status kehamilan wanita walaupun tidak signifikan secara statistik. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa status ekonomi rumah tangga tidak memberi pengaruh berbeda terhadap status kehamilan wanita. Penelitian Islam dan Rashid (2004:45) menunjukkan bahwa wanita yang berasal dari rumah tangga kaya lebih kecil kecenderungannya dibandingkan kelompok wanita dari rumah tangga menengah untuk mengalami kehamilan yang tidak diinginkan atau kehamilan yang tidak tepat waktu. Meskipun demikian, wanita dari rumah tangga miskin lebih kecil kemungkinannya dibandingkan wanita dari rumah tangga menengah untuk mengalami hal tersebut.

Tempat tinggal Beberapa penelitian sebelumnya juga memasukkan klasifikasi daerah tempat tinggal dalam model regresi yang digunakan untuk melihat perbedaan kecenderungan status kehamilan menurut daerah tempat tinggal wanita. Kecenderungan wanita di perdesaan dibandingkan wanita metropolitan adalah 29 persen lebih rendah untuk mengatakan bahwa kehamilannya tidak tepat waktu dibandingkan mengatakan kehamilannya diinginkan. Kecenderungan wanita di perkotaan nonmetropolitan dibandingkan wanita metropolitan adalah 30 persen lebih rendah untuk menyatakan bahwa kehamilan mereka tidak diinginkan dan 23 persen lebih rendah untuk menyatakan bahwa kehamilan mereka tidak tepat waktu relatif terhadap kehamilan yang diinginkan (Eggleston, 1999:30). Hasil ini menunjukkan bahwa tempat tinggal di perdesaan dan perkotaan nonmetropolitan memperkecil kecenderungan kehamilan yang tidak diinginkan atau kehamilan yang tidak tepat waktu. Eggleston menjelaskan hasil ini dengan mengaitkan migrasi yang tinggi dari daerah perdesaan ke daerah perkotaan sehingga menyebabkan pelayanan KB di perkotaan menjadi kelebihan beban. Selain itu, ukuran keluarga ideal dari wanita

di perdesaan cenderung semakin kecil ketika mereka pindah ke kota dimana ruang untuk tempat tinggal lebih terbatas dan biaya hidup yang lebih tinggi. Meskipun pelayanan KB tersedia, wanita yang baru pindah ke perkotaan kemungkinan mereka masih kurang pengetahuan dan kemampuan untuk mencapai pengurangan preferensi reproduksi atau mereka menganggap kehamilan yang semula diinginkan menjadi tidak diinginkan atau tidak tepat waktu.

Johnson dkk (2004:10) menemukan hasil yang berbeda dengan penelitian Eggleston (1999), yaitu bahwa wanita yang tinggal di perkotaan 25 persen kurang cenderung dibandingkan wanita di perdesaan untuk menyatakan kehamilannya tidak tepat waktu dibandingkan kehamilan diinginkan. Arah yang sama diperoleh untuk kecenderungan wanita di perkotaan terhadap kehamilan yang tidak diinginkan, namun tidak signifikan secara statistik. Wanita di perkotaan 22 persen kurang cenderung dibandingkan wanita di perdesaan untuk menyatakan kehamilannya tidak tepat waktu dibandingkan tidak diinginkan. Hal ini menunjukkan bahwa wanita di perkotaan lebih rendah kecenderungannya untuk menyatakan kehamilannya tidak tepat waktu dibandingkan diinginkan dan mereka juga lebih cenderung untuk menyatakan kehamilannya sebagai tidak diinginkan dibandingkan tidak tepat waktu. Hasil ini menunjukkan bahwa meskipun wanita di perkotaan memiliki akses lebih baik terhadap pelayanan kontrasepsi dan secara umum lebih besar kemungkinannya untuk mencapai preferensi fertilitas mereka, namun ketika mereka mengalami kehamilan tidak diharapkan, kecenderungan kehamilan dinyatakan tidak diinginkan lebih besar dibandingkan tidak tepat waktu.

Penelitian Islam dan Rashid (2004:44) mengenai pengaruh tempat tinggal terhadap status kehamilan juga memberikan hasil yang bervariasi. Wanita di perdesaan 33 persen lebih kecil kemungkinannya dibandingkan wanita di perkotaan untuk mengalami kehamilan yang tidak diinginkan dibandingkan mengalami kehamilan diinginkan, sedangkan wanita di perkotaan 27 persen lebih kecil kemungkinannya dibandingkan wanita di perdesaan untuk menganggap kehamilannya sebagai kehamilan yang tidak tepat waktu dibandingkan sebagai kehamilan diinginkan. Perbedaan kecenderungan status kehamilan menurut

tempat tinggal ini kemungkinan disebabkan oleh adanya perbedaan dalam ketersediaan dan kualitas pelayanan program KB.

Analisis bivariat berdasarkan penelitian Westoff (1981:46) mengenai kehamilan yang tidak diinginkan pada enam negara berkembang (Kolombia, Panama, Peru, Indonesia, Korea, dan Sri Lanka) menunjukkan bahwa tingkat kehamilan yang tidak diinginkan secara signifikan lebih rendah di daerah perdesaan daripada di perkotaan untuk semua negara yang diteliti kecuali di Indonesia. Meskipun demikian, analisis berdasarkan model regresi yang dihasilkan menunjukkan bahwa koefisien daerah tempat tinggal hanya signifikan untuk Peru dengan arah yang berlawanan dengan analisis bivariat dan tidak diketahui apa penyebabnya. Westoff memberi alasan bahwa hal ini disebabkan adanya multikolinearitas antarvariabel yang digunakan dalam model, yaitu bahwa koefisien regresi untuk tempat tinggal sangat tergantung pada keberadaan variabel pendidikan dan pekerjaan yang digunakan dalam model. Jika kedua variabel, yaitu pendidikan dan pekerjaan tidak dimasukkan dalam model maka koefisien regresi untuk tempat tinggal berubah menjadi tidak signifikan Westoff (1981:48).

2.2.2. Pengaruh Status Kehamilan terhadap Perilaku Perawatan Kehamilan

Penelitian-penelitian sebelumnya telah menunjukkan bahwa wanita pada kelompok sosial-ekonomi tertentu cenderung tidak melakukan perilaku yang menguntungkan selama kehamilan. Faktor sosial-ekonomi atau keterbatasan keuangan mempersulit wanita untuk menerapkan perilaku positif yang seharusnya dilakukan selama kehamilan untuk memperoleh anak yang sehat, dan keterbatasan tersebut akan semakin sulit diatasi oleh wanita yang kehamilannya tidak diharapkan. Beberapa penelitian mengenai pengaruh status kehamilan terhadap perilaku ibu selama kehamilan terutama dalam hal perawatan kehamilan diuraikan di bawah ini dan satu subbab selanjutnya memaparkan mengenai pengaruh faktor sosial-ekonomi dan demografi terhadap perilaku perawatan kehamilan.

Weller dkk (1987) meneliti mengenai keinginan hamil seorang wanita dan perilaku ibu selama kehamilan untuk negara Amerika Serikat pada tahun

1980. Keinginan hamil seorang wanita diterjemahkan sebagai kelahiran direncanakan atau tidak direncanakan. Perilaku ibu yang diteliti adalah merokok dan pemeriksaan kehamilan pada trimester pertama dimana kedua variabel ini memiliki dampak terhadap hasil kehamilan (*pregnancy outcome*). Variabel penjelas lainnya yang digunakan dalam model regresi selain status kehamilan adalah ras ibu (putih atau lainnya), tempat tinggal (metropolitan atau nonmetropolitan), lama bersekolah (tahun), dan urutan kelahiran anak (1-5 atau lebih). Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa kecenderungan wanita yang menginginkan anak lebih cepat atau tepat waktu untuk berhenti merokok adalah 23 persen lebih besar dibandingkan dengan wanita yang tidak menginginkan anak pada saat itu atau tidak menginginkan anak lagi. Wanita dengan kehamilan yang tidak diinginkan cenderung lebih kecil peluangnya untuk memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama.

Gage (1998) meneliti mengenai pengaruh status kelahiran sebelum menikah (*premarital births*) dan status kehamilan terhadap perawatan kesehatan ibu selama kehamilan dan melahirkan. Status kehamilan dibedakan menjadi menginginkan kehamilan saat itu, segera, atau tidak menginginkan sama sekali. Perawatan kesehatan selama kehamilan dan melahirkan yang diteliti meliputi pemeriksaan kehamilan pada trimester pertama, jumlah kunjungan pemeriksaan kesehatan enam kali atau lebih, jumlah suntikan Tetanus Toksoid (TT) dua kali atau lebih, dan tempat melahirkan pada fasilitas kesehatan. Penelitian ini dilakukan untuk negara Kenya dan Namibia dengan menggunakan data DHS tahun 1992 dan 1993. Hasil penelitian menunjukkan bahwa wanita dengan status kehamilan yang tidak tepat waktu atau tidak diinginkan memiliki kecenderungan yang lebih rendah untuk melakukan pemeriksaan kehamilan pada trimester pertama. Hasil penelitian lainnya adalah bahwa status kehamilan merupakan determinan yang signifikan terhadap pemilihan tempat melahirkan. Kecenderungan wanita yang mengalami kelahiran tidak tepat waktu atau tidak diinginkan untuk melahirkan di fasilitas kesehatan adalah 20 persen lebih rendah dibandingkan dengan wanita yang mengalami kelahiran yang diinginkan.

Pulley dkk (2002) meneliti determinan status kehamilan sekaligus pengaruhnya terhadap perilaku ibu selama kehamilan, perilaku menyusui, berat lahir, dan usia kandungan saat melahirkan. Status kehamilan dibedakan menjadi empat kategori, yaitu diharapkan, tidak tepat waktu kurang dari 24 bulan, tidak tepat waktu lebih dari 24 bulan, dan tidak diinginkan. Perilaku ibu selama kehamilan diukur melalui pemeriksaan kehamilan pertama kali. Variabel ini dibagi menjadi dua kategori, yaitu kurang atau sama dengan 8 minggu dan di atas 8 minggu. Hasil penelitian menunjukkan bahwa status kehamilan secara umum memiliki pengaruh signifikan terhadap pemeriksaan kehamilan pertama kali sehingga dapat disimpulkan bahwa wanita dengan status kehamilan yang berbeda akan memiliki perilaku yang berbeda dalam pemeriksaan kehamilan pada awal kehamilannya.

Raghupathy (1997) meneliti dampak kehamilan yang tidak diinginkan terhadap perilaku ibu dalam perawatan kesehatan dan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan ibu-anak di Thailand dengan menggunakan data Thailand DHS tahun 1987. Perawatan kesehatan diukur dari apakah ibu menerima suntikan TT selama kehamilan, apakah ibu memperoleh perawatan kehamilan dari tenaga kesehatan profesional (dokter, perawat terlatih, atau bidan terlatih), dan apakah persalinan dibantu oleh tenaga kesehatan profesional (dokter, perawat terlatih, atau bidan terlatih). Status kehamilan dibagi menjadi tiga kategori, yaitu diinginkan, tidak tepat waktu, dan tidak diinginkan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa status kehamilan berpengaruh secara signifikan terhadap perawatan kehamilan, seperti penerimaan suntikan TT selama ibu hamil dan pemeriksaan kehamilan oleh tenaga kesehatan profesional. Wanita dengan status kehamilan yang tidak tepat waktu atau tidak diinginkan cenderung lebih kecil peluangnya untuk memperoleh suntikan TT selama hamil dan memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan profesional dibandingkan dengan wanita yang status kehamilannya diinginkan. Peluang terkecil untuk menerima suntikan TT dan memeriksakan kehamilan pada tenaga kesehatan profesional terdapat pada kelompok wanita dengan status kehamilan yang tidak diinginkan. Status

kehamilan tidak memiliki pengaruh yang signifikan secara statistik terhadap penolong persalinan oleh tenaga kesehatan profesional.

Kost dkk (1998b) meneliti pengaruh status kehamilan terhadap beberapa perilaku ibu selama kehamilan seperti, waktu pertama kali mengetahui kehamilan, kunjungan pemeriksaan kehamilan pertama kali, dan melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa status kehamilan signifikan mempengaruhi perilaku ibu selama kehamilan. Kecenderungan wanita dengan kelahiran tidak direncanakan (tidak tepat waktu atau tidak diinginkan) lebih rendah dibandingkan wanita dengan kelahiran diharapkan untuk mendeteksi kehamilan mereka lebih dini (kurang dari enam minggu kehamilan). Hasil penelitian terkait dengan kunjungan pemeriksaan kehamilan pertama kali menunjukkan bahwa kecenderungan wanita dengan kehamilan yang tidak diharapkan lebih kecil dibandingkan wanita dengan kehamilan diharapkan untuk melakukan pemeriksaan kehamilan pertama kali dalam delapan minggu kehamilan. Status perencanaan kehamilan tidak memiliki pengaruh terhadap perilaku ibu dalam melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program. Ketika wanita mulai memeriksakan kehamilannya pertama kali, tidak ada perbedaan perilaku antara wanita dengan kehamilan yang tidak diharapkan dengan wanita yang kehamilannya diharapkan untuk melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program.

Joyce dkk (2000) meneliti pengaruh status kehamilan terhadap perilaku ibu selama kehamilan yang berhubungan dengan kesehatan bayi dan berat lahir rendah, yaitu pemeriksaan kehamilan pertama kali (kurang atau lebih dari enam bulan) dan kebiasaan merokok (kurang atau lebih dari satu bungkus per hari). Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa untuk setiap perilaku ibu, koefisien yang berkaitan dengan kehamilan yang tidak diinginkan secara umum lebih besar dua kali dibandingkan koefisien yang berkaitan dengan kehamilan yang tidak tepat waktu. Kecenderungan wanita dengan kehamilan yang tidak diinginkan adalah 2,8 persen lebih besar untuk memeriksakan kehamilannya pertama kali setelah usia kehamilannya di atas enam bulan dibandingkan dengan wanita yang

kehamilannya diharapkan. Koefisien untuk kehamilan yang tidak tepat waktu adalah sebesar 1,5 persen. Kecenderungan wanita dengan kehamilan yang tidak diinginkan adalah 5,9 persen lebih besar dibandingkan dengan wanita yang kehamilannya diharapkan untuk menjadi perokok berat selama hamil. Koefisien untuk kehamilan yang tidak tepat waktu adalah 2,7 persen.

2.2.3. Pengaruh Variabel Sosial-Ekonomi dan Demografi terhadap Perilaku Perawatan Kehamilan

Beberapa faktor berkaitan dengan perilaku ibu dalam hal perawatan kehamilan berdasarkan penelitian-penelitian sebelumnya digunakan dalam penelitian ini. Faktor-faktor tersebut dipilih sesuai dengan variabel-variabel yang digunakan untuk analisis deskriptif dan inferensial.

Umur ibu saat mengandung Penelitian Kost dkk (1998b:82-83) menunjukkan umur ibu saat melahirkan memiliki pengaruh signifikan terhadap perilaku ibu dalam memeriksakan kehamilan pada awal kehamilan, meskipun demikian, hanya wanita pada kelompok umur melahirkan kurang dari 20 tahun yang signifikan memiliki perbedaan perilaku dalam pemeriksaan kehamilan pada awal kehamilan dibandingkan wanita pada kelompok umur melahirkan 35 tahun ke atas. Wanita yang melahirkan pada umur kurang dari 20 tahun memiliki kecenderungan yang lebih rendah dibandingkan wanita yang melahirkan pada umur 35 tahun ke atas untuk melakukan pemeriksaan kehamilan dalam delapan minggu pertama kehamilan. Wanita pada kelompok umur melahirkan lainnya tidak signifikan memiliki perilaku yang berbeda dalam memeriksakan kehamilan pada awal kehamilan. Setelah wanita memeriksakan kehamilan dalam delapan minggu pertama kehamilan, umur ibu saat melahirkan secara umum berpengaruh secara statistik terhadap perilaku ibu dalam melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program dimana semakin muda umur ibu melahirkan, semakin rendah kecenderungan ibu melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program.

Pendidikan ibu Semakin tinggi tingkat pendidikan ibu, semakin tinggi kecenderungan ibu untuk melakukan pemeriksaan kesehatan pada awal

kehamilan. Semakin tinggi pendidikan juga berhubungan dengan semakin tingginya kecenderungan ibu untuk melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program, terutama pada kelompok wanita dengan pendidikan di atas sekolah lanjutan atas (Kost dkk, 1998b:82-83).

Penelitian Raghupathy (1997:588-591) untuk negara Thailand menunjukkan bahwa pendidikan ibu memiliki pengaruh sangat signifikan terhadap perilaku ibu dalam memutuskan melakukan pemeriksaan kehamilan pada tenaga kesehatan profesional. Hasil penelitiannya memperlihatkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan ibu, semakin besar kecenderungan ibu untuk memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan profesional. *Odds ratio* wanita dengan jumlah tahun pendidikan 12 tahun ke atas adalah sembilan kali lebih besar dibandingkan dengan wanita tanpa pendidikan. Pendidikan ibu meningkatkan otonomi dan keyakinan wanita untuk menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan modern untuk dirinya sendiri dan juga untuk kepentingan anak-anaknya.

Status bekerja ibu Penelitian Kost dkk (1998b:82-83) menunjukkan bahwa status bekerja ibu tidak memiliki pengaruh terhadap perilaku ibu dalam memeriksakan kehamilan pada awal kehamilan dan dalam melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program.

Status ekonomi rumah tangga Semakin kaya rumah tangga, semakin besar kecenderungan ibu untuk melakukan pemeriksaan kehamilan pada awal kehamilan. Meskipun demikian, hanya kelompok wanita dari rumah tangga kaya yang signifikan memiliki perbedaan perilaku dalam memeriksakan kehamilan pada awal kehamilan dibandingkan dengan wanita dari rumah tangga miskin. Wanita dari rumah tangga menengah tidak memiliki perbedaan perilaku dibandingkan wanita dari rumah tangga miskin dalam memeriksakan kehamilan pada awal kehamilan. Status ekonomi rumah tangga tidak signifikan mempengaruhi perilaku ibu dalam melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program, meskipun *odds ratio* menunjukkan semakin kaya rumah tangga, semakin besar kecenderungan ibu untuk melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program (Kost dkk,

1998b:82-83). Wanita kaya memiliki akses terhadap fasilitas kesehatan dibandingkan wanita miskin karena mereka kemungkinan terlindungi oleh asuransi kesehatan atau mereka memiliki kemudahan akses mengenai informasi dan membawa mereka kepada pemeriksaan kehamilan.

Status ekonomi rumah tangga memiliki pengaruh positif yang kuat terhadap perilaku ibu dalam memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan profesional. Semakin kaya rumah tangga, semakin besar kecenderungan ibu untuk memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan profesional (Raghupathy, 1997:588-591).

Tempat tinggal Raghupathy (1997:588-591) menemukan bahwa tempat tinggal menunjukkan hubungan positif yang kuat terhadap perilaku ibu dalam memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan profesional. Tempat tinggal dibagi menjadi tiga kategori, yaitu ibu kota negara, perkotaan, dan perdesaan sebagai kategori pembanding. Hasil penelitiannya memperlihatkan bahwa wanita yang tinggal di Bangkok cenderung empat kali lebih besar untuk memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan profesional dibandingkan dengan wanita yang tinggal di daerah perdesaan. Hal ini mencerminkan ketersediaan pelayanan kesehatan yang lebih besar di ibu kota negara.

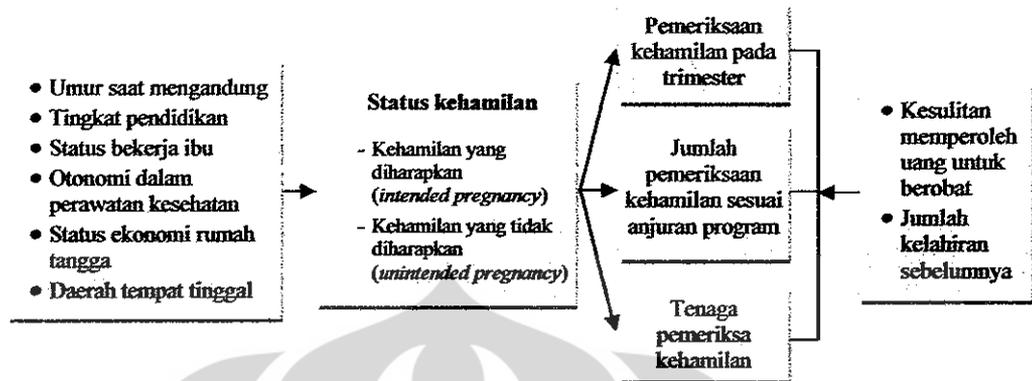
Jumlah kelahiran sebelumnya Jumlah kelahiran hidup sebelumnya signifikan dalam mempengaruhi keputusan ibu untuk memeriksakan kehamilan pada awal kehamilannya dan untuk melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program. *Odds ratio* yang dihasilkan menunjukkan bahwa semakin besar jumlah kelahiran hidup sebelumnya, semakin rendah kecenderungan ibu untuk memeriksakan kehamilan pada awal kehamilannya dan untuk melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program (Kost dkk, 1998b:82-83). Hal ini menunjukkan bahwa wanita yang sudah memiliki anak lebih cenderung untuk tidak memeriksakan kehamilan pada awal kehamilannya dan melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program dibandingkan wanita yang belum memiliki anak. Wanita yang sudah memiliki anak kemungkinan merasa kurang perlu untuk memperhatikan pemeriksaan kehamilan karena pengalaman mereka sebelumnya atau petugas

kesehatan kurang memberikan penekanan terhadap pentingnya pemeriksaan kehamilan kepada mereka dibandingkan kepada wanita yang baru pertama kali mengandung.

Raghupathy (1997:588) menggunakan urutan kelahiran sebagai salah satu variabel bebas dalam menjelaskan determinan pemeriksaan kehamilan pada tenaga kesehatan profesional. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa semakin besar urutan kelahiran, semakin rendah kecenderungan wanita untuk memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan profesional. Hal ini menunjukkan bahwa wanita yang telah memiliki banyak anak cenderung menganggap kurang penting atas kehamilannya dibandingkan dengan wanita yang mengandung pertama kali, terutama jika wanita tersebut tidak pernah mengalami kesulitan dengan kehamilan sebelumnya. Alasan lain adalah perilaku “belajar”, yaitu bahwa wanita yang sudah memiliki banyak anak cenderung mengambil pengalaman-pengalaman sebelumnya sehingga kurang percaya pada tenaga kesehatan formal.

2.3. Kerangka Pikir Analisis

Berdasarkan kerangka pikir teoritis dan landasan empiris di atas, status kehamilan dipengaruhi oleh faktor-faktor sosial-ekonomi dan demografi dari wanita. Status kehamilan bersama-sama variabel lainnya akan memberikan pengaruh yang berbeda terhadap perilaku perawatan kehamilan. Perawatan kehamilan yang diteliti dalam penelitian ini adalah pemeriksaan kehamilan pada trimester pertama, jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program, dan tenaga pemeriksa kehamilan. Kerangka pikir analisis yang digunakan dalam penelitian ini utamanya berdasarkan kerangka pikir teoritis *Institute of Medicine* (1988) seperti uraian pada subbab sebelumnya.



Gambar 2.3. Kerangka Pikir Analisis

2.4. Hipotesis

Hipotesis yang ingin diuji mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi status kehamilan adalah sebagai berikut.

1. Semakin tua umur wanita saat mengandung, semakin besar kecenderungannya untuk mengalami kehamilan yang tidak diharapkan.
2. Semakin tinggi tingkat pendidikan wanita, semakin kecil kecenderungannya untuk mengalami kehamilan yang tidak diharapkan.
3. Kecenderungan wanita yang bekerja lebih rendah dibandingkan wanita yang tidak bekerja untuk mengalami kehamilan yang tidak diharapkan.
4. Kecenderungan wanita yang tidak memiliki otonomi dalam pemeriksaan kesehatannya lebih besar dibandingkan wanita yang memiliki otonomi dalam pemeriksaan kesehatannya untuk mengalami kehamilan yang tidak diharapkan.
5. Semakin tinggi status ekonomi rumah tangga wanita, semakin kecil kecenderungannya untuk mengalami kehamilan yang tidak diharapkan.
6. Kecenderungan wanita yang tinggal di perdesaan lebih kecil dibandingkan wanita yang tinggal di perkotaan untuk mengalami kehamilan yang tidak diharapkan.

7. Terdapat perbedaan peluang kehamilan yang tidak diharapkan antarwanita dengan karakteristik latar belakang yang sama karena adanya pengaruh efek random wanita.

Hipotesis yang ingin diuji mengenai pengaruh status kehamilan terhadap perilaku ibu dalam hal perawatan kehamilan adalah sebagai berikut.

1. Wanita yang mengatakan kehamilannya tidak diharapkan berisiko lebih besar untuk tidak melakukan pemeriksaan kehamilan pada trimester pertama dibandingkan wanita yang mengatakan kehamilannya diharapkan.
2. Wanita yang mengatakan kehamilannya tidak diharapkan berisiko lebih besar untuk tidak memenuhi jumlah pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program dibandingkan wanita yang mengatakan kehamilannya diharapkan.
3. Wanita yang mengatakan kehamilannya tidak diharapkan berisiko lebih besar untuk memeriksakan kehamilannya pada tenaga pemeriksa kehamilan tidak profesional dibandingkan dengan wanita yang mengatakan kehamilannya diharapkan.

Hipotesis yang ingin diuji mengenai pengaruh variabel-variabel penjelas lainnya terhadap perilaku ibu dalam hal perawatan kehamilan adalah sebagai berikut.

1. Semakin tua umur wanita saat mengandung, semakin rendah kecenderungan wanita untuk tidak memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama, semakin rendah kecenderungan wanita untuk tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan sesuai anjuran program, dan semakin rendah kecenderungan wanita untuk memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan bukan profesional.
2. Semakin tinggi pendidikan wanita, semakin rendah kecenderungan wanita untuk tidak memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama, semakin rendah kecenderungan wanita untuk tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan sesuai anjuran program, dan semakin rendah kecenderungan wanita untuk memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan bukan profesional.

3. Kecenderungan wanita yang bekerja lebih rendah dibandingkan wanita yang tidak bekerja untuk tidak memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama, lebih rendah kecenderungannya untuk tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan sesuai anjuran program, dan lebih rendah kecenderungannya untuk memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan bukan profesional.
4. Kecenderungan wanita yang tidak memiliki otonomi dalam pemeriksaan kesehatannya lebih besar dibandingkan wanita yang memiliki otonomi untuk tidak memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama, lebih besar kecenderungannya untuk tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan sesuai anjuran program, dan lebih besar kecenderungannya untuk memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan bukan profesional.
5. Kecenderungan wanita yang memiliki kesulitan memperoleh uang untuk berobat lebih besar dibandingkan wanita yang tidak memiliki kesulitan memperoleh uang untuk berobat untuk tidak memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama, lebih besar kecenderungannya untuk tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan sesuai anjuran program, dan lebih besar kecenderungannya untuk memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan bukan profesional.
6. Semakin tinggi status ekonomi rumah tangga wanita, semakin rendah kecenderungan wanita untuk tidak memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama, semakin rendah kecenderungan wanita untuk tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan sesuai anjuran program, dan semakin rendah kecenderungan wanita untuk memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan bukan profesional.
7. Kecenderungan wanita yang tinggal di perdesaan lebih tinggi dibandingkan wanita yang tinggal di perkotaan untuk tidak memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama, lebih tinggi kecenderungannya untuk tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan sesuai anjuran program, dan lebih tinggi kecenderungannya untuk memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan bukan profesional.

8. Semakin besar jumlah paritas seorang wanita, semakin rendah kecenderungan wanita untuk tidak memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama, semakin rendah kecenderungan wanita untuk tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan sesuai anjuran program, dan semakin rendah kecenderungan wanita untuk memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan bukan profesional.



BAB III METODE PENELITIAN

3.1. Sumber Data

Penelitian ini menggunakan data hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007. SDKI merupakan salah satu survei sosial kependudukan yang khusus dirancang untuk mengumpulkan berbagai informasi mengenai tingkat kelahiran, kematian, prevalensi keluarga berencana dan kesehatan khususnya kesehatan reproduksi. Sebagai bagian dari program internasional, survei serupa juga dilaksanakan di negara-negara Amerika Latin, Asia, Afrika dan Timur Tengah. Sejalan dengan itu, pertanyaan-pertanyaan yang dicakup dalam SDKI secara umum merujuk pada DHS (*Demographic and Health Surveys*) yang telah berskala internasional.

SDKI diselenggarakan secara berkala oleh Badan Pusat Statistik (BPS) sejak tahun 1991. Hingga saat ini, BPS telah menyelenggarakan kegiatan SDKI sebanyak lima kali, yaitu pada tahun 1991, 1994, 1997, 2002 dan 2007. Tahun 2007 dilaksanakan SDKI dengan nama SDKI07. Seperti pelaksanaan SDKI sebelumnya, kegiatan SDKI07 juga diselenggarakan BPS bekerja sama dengan Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) dan Departemen Kesehatan (DEPKES). Pemerintah Indonesia membiayai sebagian besar kegiatan ini. *United Nations Population Fund* (UNFPA) membiayai pencetakan dan pengiriman kuesioner. Macro International, Inc (Macro) memberikan bantuan teknis melalui program Survei Demografi dan Kesehatan (MEASURE DHS+) yang didanai oleh *United States Agency for International Development* (USAID).

Kegiatan SDKI07 mencakup pencatatan rumah tangga dan tiga modul individu, yaitu:

- modul WPK (wanita pernah kawin), ditanyakan kepada responden wanita pernah kawin dan berusia 15–49 tahun;
- modul PK (pria kawin), ditanyakan kepada responden pria berstatus kawin dan berusia 15–54 tahun;

- modul R (remaja), ditanyakan kepada responden remaja usia 15–24 tahun.

Secara umum, pelaksanaan pengumpulan data SDKI07 diselenggarakan dari Juni-Desember 2007, namun untuk beberapa provinsi kegiatan tersebut selesai hingga Februari 2008. SDKI07 mencakup 40.701 rumah tangga sampel yang tersebar di 33 provinsi di Indonesia. Dari jumlah sampel tersebut diperoleh responden yang memenuhi syarat (*eligible respondent*) dan berhasil diwawancarai masing-masing sebanyak 32.895 responden wanita pernah kawin (WPK) usia 15-49 tahun, sebanyak 8.758 responden pria berstatus kawin usia 15–54 tahun dan sebanyak 19.311 remaja usia 15–24 tahun (8.481 remaja wanita dan 10.830 remaja pria).

3.2. Unit Analisis

Unit analisis dalam penelitian faktor-faktor yang mempengaruhi status kehamilan adalah kehamilan dari seluruh kelahiran hidup selama lima tahun sebelum survei dilaksanakan dari seluruh wanita pernah kawin di Indonesia. Dengan demikian, seorang wanita dapat menyumbang lebih dari satu kehamilan, namun hanya satu kehamilan yang dicakup untuk setiap kejadian kehamilan yang menghasilkan anak kembar.

Unit analisis dalam penelitian pengaruh status kehamilan dan faktor sosial-ekonomi dan demografi terhadap perilaku ibu dalam hal perawatan kehamilan adalah kehamilan terakhir yang terjadi selama lima tahun sebelum survei. Oleh karena itu, setiap wanita hanya menyumbang satu kehamilan saja sehingga jumlah kehamilan yang diamati sama dengan jumlah wanita pernah kawin. Peristiwa kehamilan yang berakhir dengan keguguran atau digugurkan tidak dicakup dalam penelitian ini.

3.3. Pengolahan Data

Data diolah dengan menggunakan program STATA 10 dan SPSS 13.0 (*Statistical Package for Social Science*). STATA 10 digunakan untuk menghasilkan model regresi logistik dengan efek random (*random-effects logistic model*) untuk variabel terikat status kehamilan sedangkan SPSS 13.0 digunakan

untuk memperoleh model regresi logistik dengan variabel terikat ketiga perilaku ibu dalam hal perawatan kehamilan.

3.4. Kelebihan dan Keterbatasan Data

Data SDKI sangat kaya dengan informasi terkait dengan fertilitas dan kesehatan, namun beberapa data yang tersedia merupakan data pada saat pencacahan, seperti tingkat pendidikan ibu, status bekerja ibu, otonomi ibu dalam perawatan kesehatannya, status ekonomi rumah tangga, daerah dan wilayah tempat tinggal. Seluruh variabel tersebut diasumsikan tidak mengalami perubahan selama periode lima tahun sebelum survei (*ceteris paribus*).

Data mengenai status kehamilan dapat memiliki kelemahan potensial, yaitu masalah *recall bias*. Seorang wanita kemungkinan tidak dapat mengingat perasaan mereka tentang kehamilan pada saat itu dan kemungkinan mereka melupakan perasaan mereka sebelumnya untuk kehamilan yang tidak diinginkan setelah anak yang dikandungnya lahir dan menjadi anggota keluarga yang disayangi. Kemungkinan rasionalisasi pascakelahiran tidak dapat dikurangi sehingga diasumsikan terdapat sebagian kecil wanita yang tidak melaporkan perasaan mereka tentang kehamilannya secara akurat sehingga kehamilan tidak diharapkan dilaporkan sebagai kehamilan yang diinginkan. Hal ini menyebabkan pelaporan kehamilan tidak tepat waktu atau tidak diinginkan akan lebih rendah (*underestimation*).

3.5. Definisi Operasional Variabel

3.5.1. Variabel Terikat

Variabel terikat untuk model regresi logistik adalah status kehamilan wanita (STATUS). Status kehamilan wanita diperoleh dari P405, yaitu “Pada saat Ibu mengandung (NAMA), apakah Ibu memang ingin hamil waktu itu, menginginkannya kemudian, atau sama sekali tidak menginginkan anak (lagi)?”. Pertanyaan ini ditanyakan untuk semua kehamilan yang berasal dari kelahiran hidup yang terjadi selama lima tahun sebelum survei (kelahiran sejak Januari 2002).

405	Pada saat Ibu mengandung (NAMA), apakah Ibu memang ingin hamil <u>waktu itu</u> , menginginkannya <u>kemudian</u> , atau sama sekali <u>tidak menginginkan</u> anak (lagi)?	WAKTU ITU 1 (TERUS KE 406A) ←———┘ KEMUDIAN 2 TIDAK INGIN ANAK LAGI 3 (TERUS KE 406A) ←———┘
-----	---	--

Berdasarkan pertanyaan di atas, status kehamilan dibagi menjadi tiga kategori, yaitu diinginkan waktu itu (kode 1) dan diinginkan kemudian (kode 2), dan tidak menginginkan anak (kode 3). Kehamilan dikategorikan sebagai kehamilan diharapkan (*intended pregnancy*) jika jawaban pertanyaan berkode 1 dan dikategorikan sebagai kehamilan tidak diharapkan jika jawaban pertanyaan berkode 2 atau 3 (*unintended pregnancy*). Dengan demikian variabel terikat dalam penelitian ini adalah:

STATUS = Status kehamilan
0 = Diharapkan
1 = Tidak diharapkan

Sebuah literatur yang ditulis oleh Henshaw (1998:25) menyatakan bahwa istilah *unintended* dan *unwanted* dapat dipertukarkan (*interchangeably*).

Sesuai tujuan penelitian seperti yang diuraikan di atas, yaitu bahwa penelitian ini ingin mengetahui pengaruh status kehamilan terhadap perilaku ibu dalam hal perawatan kehamilan, beberapa variabel dipilih untuk mencerminkan perilaku ibu tersebut, yaitu pemeriksaan kehamilan pada trimester pertama, jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program, dan tenaga pemeriksa kehamilan.

1. Pemeriksaan kehamilan pada trimester pertama

Variabel ini diambil dari P408. Pertanyaan ini diajukan hanya untuk anak terakhir yang dilahirkan selama lima tahun sebelum survei. Variabel ini dibagi menjadi dua kategori, yaitu:

ANC = Pemeriksaan kehamilan pada trimester pertama
0 = Ya
1 = Tidak

Wanita dikatakan melakukan pemeriksaan kehamilan pada trimester pertama (ANC=0) jika jawaban P408 kurang atau sama dengan tiga bulan. Jika jawaban P408 lebih dari tiga bulan maka wanita dikategorikan tidak melakukan pemeriksaan kehamilan pada trimester pertama (ANC=1). Jika jawaban P408 berkode "98" (tidak tahu) atau "99" (*user-missing*) maka observasi dikeluarkan dari penelitian.

408	Berapa bulan umur kandungan (NAMA) ketika Ibu pertama kali memeriksakan kehamilan?	BULAN <input type="text"/> <input type="text"/>
		TIDAK TAHU 98

2. Jumlah pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program

Variabel ini diambil dari P409 dan P410A. Pertanyaan ini diajukan hanya untuk anak terakhir yang dilahirkan selama lima tahun sebelum survei. Variabel ini dibagi menjadi dua kategori, yaitu:

VISIT = Jumlah pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program

0 = Ya

1 = Tidak

409	Selama Ibu mengandung (NAMA), berapa kali Ibu memeriksakan kehamilan?	JUMLAH PEMERIKSAAN <input type="text"/> <input type="text"/>
		TIDAK TAHU 98 (TERUS KE 412).....
410	LIHAT 409: JUMLAH PEMERIKSAAN KEHAMILAN:	SATU KALI <input type="text"/>
		LEBIH DARI SATU KALI <input type="text"/>
		(TERUS KE 412).....
410A	Ibu mengatakan memeriksakan kehamilan (NAMA) kali. Berapa kali Ibu 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 409.	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"/>

Jumlah pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program adalah minimal satu kali pemeriksaan pada trimester pertama, minimal satu kali pemeriksaan kehamilan pada trimester kedua, dan minimal dua kali pemeriksaan kehamilan pada trimester ketiga (Departemen Kesehatan, 2001a). Jika jawaban P409 adalah "1" maka wanita dikategorikan tidak melakukan jumlah pemeriksaan sesuai anjuran program. Jika jawaban P409 berkode "98" atau "99" maka observasi dikeluarkan dari penelitian. Kombinasi jawaban P410A poin a sampai dengan c perlu didefinisikan sedemikian rupa untuk memperoleh variabel VISIT (lihat Lampiran 3).

3. Tenaga pemeriksa kehamilan

Variabel ini diambil dari P407. Pertanyaan ini diajukan hanya untuk anak terakhir yang dilahirkan selama lima tahun sebelum survei. Variabel ini dibagi menjadi dua kategori, yaitu:

- ASSIST = Tenaga pemeriksa kehamilan
 0 = Tenaga kesehatan profesional
 1 = Lainnya

Tenaga pemeriksa kehamilan profesional terdiri dari dokter, perawat, bidan, atau bidan di desa; sedangkan tenaga pemeriksa kehamilan lainnya adalah dukun bayi, lainnya, atau tidak diperiksa. Jawaban tenaga pemeriksa kehamilan pada P407 dapat terisi lebih dari satu (*multiple responses*). Jika terdapat lebih dari satu tenaga pemeriksa pada P407 maka kategori variabel ASSIST didasarkan pada tenaga pemeriksa dengan kualifikasi tertinggi (lihat Lampiran 3).

407	<p>Pada saat ibu mengandung (NAMA) apakah ibu memeriksakan kehamilan?</p> <p>JIKA YA: Siapa yang memeriksa kandungan Ibu?</p> <p>Ada lagi?</p> <p>TANYAKAN SIAPA SAJA YANG MEMERIKSA KEHAMILAN. JAWABAN JANGAN DIBACAKAN DAN LINGKARI SETIAP KODE JAWABAN YANG DISEBUT.</p>	<p>PETUGAS KESEHATAN</p> <p>DOKTER UMUM A</p> <p>DOKTER KANDUNGAN B</p> <p>PERAWAT C</p> <p>BIDAN D</p> <p>BIDAN DI DESA E</p> <p>DUKUN BAYI/PARAJI F</p> <p>LAINNYA _____ X</p> <p style="text-align: center;">TULISKAN</p> <p>TIDAK DIPERIKSA Y (TERUS KE 414A) ← J</p>
-----	---	---

3.5.2. Variabel Bebas

Variabel bebas mengenai determinan status kehamilan dalam penelitian ini merupakan karakteristik sosial-ekonomi dan demografi, seperti umur saat mengandung, pendidikan ibu, status bekerja ibu, otonomi ibu dalam perawatan kesehatannya, status ekonomi rumah tangga, dan tempat tinggal. Variabel-variabel bebas tersebut juga digunakan untuk menjelaskan perilaku ibu dalam perawatan kehamilan ditambah dengan status kehamilan, mengalami kesulitan dalam memperoleh uang untuk berobat, dan jumlah kelahiran sebelumnya. Definisi operasional masing-masing variabel bebas diuraikan di bawah ini.

1. Umur ibu saat mengandung

Umur ibu saat mengandung diperoleh dari kombinasi pertanyaan bulan dan tahun lahir ibu (P105) dengan bulan dan tahun lahir anak (P215) dikurangi lama kehamilan. Lama kehamilan rata-rata diasumsikan sembilan bulan. Variabel ini diberi nama "AGE" dan dibagi menjadi tiga kategori dengan kategori pembandingan adalah kelompok umur kurang dari 20 tahun.

AGE = Umur saat mengandung (AGE)

1 = < 20 tahun*

2 = 20-30 tahun

3 = > 30 tahun

105	Pada bulan apa dan tahun berapa ibu ditahirkan?	BULAN <input type="text"/> <input type="text"/> TIDAK TAHU BULAN 00 TAHUN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> TIDAK TAHU TAHUN 0000
106	Berapa umur ibu pada ulang tahun terakhir? BANDINGKAN DAN PERBAIKI 105 DAN ATAU 108 JIKA TIDAK SESUAI. JIKA UMUR KURANG DARI 15 TAHUN ATAU LEBIH DARI 49 TAHUN WAWANCARA SELESAI. PERBAIKI DAFTAR SDK02-RT BLOK III KOLOM (7).	UMUR DALAM TAHUN <input type="text"/> <input type="text"/> (BILANGAN BULAT)

212	213	214	215	216	217 JIKA MASIH HIDUP
Apakah nama anak (pertama, kedua, dst)?	Apakah di antara anak-anak Ibu ada yang kembar?	Apakah (NAMA) laki-laki atau perempuan?	Pada bulan apa dan tahun berapa (NAMA) dilahirkan? TANYAKAN: Kapan ulang tahun terakhirnya?	Apakah (NAMA) masih hidup?	Berapa umur (NAMA) pada ulang tahun terakhir? TULISKAN DALAM TAHUN.
01 (NAMA)	TUNG- GAL . 1 KEM- BAR . 2	LK . 1 PR . 2	BULAN <input type="text"/> TAHUN <input type="text"/>	YA ... 1 TIDAK 2 220	UMUR DALAM TAHUN <input type="text"/>

Pembagian kelompok umur di atas berdasarkan pertimbangan bahwa umur yang paling baik bagi seorang ibu untuk hamil dan melahirkan adalah antara umur 20 sampai 30 tahun. Seorang wanita hamil pertama kali sebaiknya pada usia 20 tahun karena pada usia tersebut rahim wanita sudah siap menerima kehamilan, perasaan dan pikiran wanita sudah matang sehingga ibu mampu merawat dirinya maupun bayinya, dan pada usia tersebut keselamatan dan kesehatan ibu serta bayinya lebih terjamin. Wanita sebaiknya jangan hamil sebelum umur 20 tahun atau sesudah umur 35 tahun, karena keadaan ini akan meningkatkan risiko terhadap kesehatan ibu dan anak (Departemen Kesehatan, 1991).

2. Pendidikan ibu

Tingkat pendidikan ibu diperoleh dari kombinasi pertanyaan apakah pernah bersekolah (P107), jenjang sekolah tertinggi yang pernah/sedang diduduki (P108), dan kelas/tingkat tertinggi yang diselesaikan (P109). Variabel ini diberi nama "EDUC" dan dibagi menjadi tiga kategori dengan kategori pembanding adalah kelompok pendidikan kurang dari sekolah dasar.

EDUC = Pendidikan ibu
 1 = < SD*
 2 = SD-SLTP
 3 = ≥ SLTA

107	Apakah ibu pernah sekolah?	YA 1 TIDAK 2	→ 111
108	Apakah jenjang sekolah tertinggi yang pernah/ sedang ibu duduki: sekolah dasar, sekolah lanjutan tingkat pertama, sekolah lanjutan tingkat atas, akademi atau universitas?	SEKOLAH DASAR 1 SEKOLAH LANJUTAN TKT PERTAMA 2 SEKOLAH MENENGAH TKT ATAS 3 AKADEMI/DI/DII/DIII 4 UNIVERSITAS/IV 5	
109	Apakah kelas/tingkat tertinggi yang ibu selesaikan pada jenjang tersebut? TAMAT = 7	KELAS/TINGKAT <input type="checkbox"/>	

3. Status bekerja ibu

Variabel status ibu bekerja (WORK) diperoleh dari kombinasi pertanyaan P707 sampai dengan P709 seperti diuraikan di bawah ini. Variabel ini dibagi menjadi dua kategori, yaitu bekerja dan tidak bekerja dengan kategori pembanding adalah kelompok tidak bekerja.

WORK = Status bekerja ibu
1 = Tidak bekerja*
2 = Bekerja

707	Di samping mengurus rumah tangga, apakah ibu bekerja?	YA 1 TIDAK 2	→ 709A
708	Seperti ibu ketahui, banyak wanita yang bekerja, maksud saya di samping mengurus rumah tangganya. Ada yang bekerja di toko, di perusahaan, atau di instansi pemerintah. Ada yang bekerja dengan mendapat upah/gaji, dan ada juga yang bekerja tanpa upah/gaji. Apakah Ibu melakukan kegiatan seperti itu atau pekerjaan lain?	YA 1 TIDAK 2	→ 709A
709	Dalam 12 bulan terakhir, apakah ibu pernah bekerja?	YA 1 TIDAK 2	→ 719

4. Otonomi ibu dalam pemeriksaan kesehatannya

Variabel otonomi ibu dalam pemeriksaan kesehatannya (OTO) diperoleh dari P719a. Variabel ini dibagi menjadi dua kategori, yaitu ibu memiliki otonomi atau tidak memiliki otonomi dalam pemeriksaan kesehatannya. Ibu dikategorikan sebagai memiliki otonomi dalam pemeriksaan kesehatannya jika jawaban P719a berkode 1 (responden), 3 (responden dengan suami), atau 5 (responden dengan orang lain). Kategori pembanding adalah ibu yang memiliki otonomi dalam pemeriksaan kesehatan.

OTO = Otonomi wanita dalam perawatan kesehatannya
1 = Ya*
2 = Tidak

719	Siapa dalam keluarga Ibu yang biasanya memutuskan mengenai:	RESPONDEN	= 1				
		SUAMI RESPONDEN	= 2				
		RESPONDEN DENGAN SUAMI	= 3				
		ORANG LAIN	= 4				
		RESPONDEN DENGAN ORANG LAIN	= 5				
		KEPUTUSAN TIDAK DIBUAT/TIDAK DITERAPKAN	= 6				
	Pemeriksaan kesehatan Ibu?	1	2	3	4	5	6
	Pembelian kebutuhan barang tahan lama?	1	2	3	4	5	6
	Pembelian kebutuhan sehari-hari?	1	2	3	4	5	6
	Mengunjungi famili atau keluarga?	1	2	3	4	5	6
	Jenis makanan yang akan dimasak setiap hari?	1	2	3	4	5	6

5. Status ekonomi rumah tangga

Status ekonomi rumah tangga (WEALTH) diperoleh dari variabel bentukan indeks kekayaan kuintil (*wealth index quintile*). Indeks kekayaan kuintil merupakan suatu variabel yang terbentuk dari berbagai pertanyaan, seperti kepemilikan aset rumah tangga, utilitas jasa, dan *country specific items*. Variabel ini diperoleh hasil kerja sama Macro International dan World Bank (Rutstein dan Johnson, 2004).

Indeks kekayaan kuintil dibagi menjadi lima kelompok, yaitu terbawah, menengah bawah, menengah, menengah atas, dan teratas. Pada penelitian ini kelompok indeks kekayaan kuintil disederhanakan menjadi tiga kategori saja, yaitu kelompok miskin (terbawah dan menengah bawah), menengah, dan kaya (menengah atas dan teratas). Kategori pembanding adalah kelompok rumah tangga kaya.

WEALTH = Status ekonomi rumah tangga

1 = Kaya (20 persen teratas)*

2 = Menengah

3 = Miskin (40 persen terbawah)

6. Tempat tinggal

Variabel tempat tinggal (RES) diperoleh dari identitas pengenalan tempat. Variabel ini dibagi menjadi dua kategori dengan kategori pembanding adalah daerah perkotaan.

RES = Tempat tinggal
 1 = Perkotaan*
 2 = Perdesaan

7. Kesulitan dalam memperoleh uang untuk berobat

Variabel kesulitan dalam memperoleh uang untuk berobat (MONEY) diperoleh dari P490c. Variabel ini dibagi menjadi dua kategori dengan kategori pembanding adalah wanita yang tidak mengalami kesulitan dalam memperoleh uang untuk berobat.

MONEY = Kesulitan dalam memperoleh uang untuk berobat
 1 = Ya
 2 = Tidak*

490	Sekarang saya ingin mengajukan beberapa pertanyaan tentang perawatan kesehatan ibu.		
	Ada beberapa masalah yang dapat menghalangi wanita untuk mendapatkan perawatan kesehatan atau pengobatan. Apakah hal-hal berikut ini merupakan masalah atau tidak?		BUKAN
		MASA-	MASA-
		LAH	LAH
	Tahu kemana harus berobat.	TAHU TEMPAT BEROBAT	1 2
	Mendapatkan izin untuk berobat.	IZIN	1 2
	Mendapatkan uang untuk berobat.	UANG	1 2
	Jarak ke tempat berobat.	JARAK	1 2
	Angkutan ke tempat berobat.	ANGKUTAN	1 2
	Tidak berani pergi sendiri.	TIDAK BERANI	1 2
	Yang memeriksa bukan wanita.	PEMERIKSA BUKAN WANITA	1 2

8. Jumlah kelahiran sebelumnya

Variabel jumlah kelahiran sebelumnya diperoleh dari nomor urut kelahiran anak (P212) dikurangi satu untuk anak dengan kelahiran tunggal. Jumlah kelahiran sebelumnya untuk anak kembar diperoleh dengan mengurangkan dua atau tiga dari P212 sesuai jumlah kelahiran kembar yang terjadi. Variabel ini merupakan variabel kontinu.

3.6. Metode Analisis

Penelitian ini menggunakan dua cara dalam menganalisis data.

1. Analisis deskriptif, yaitu analisis hubungan atau asosiasi dengan menggunakan tabulasi silang dua arah antara karakteristik sosial-ekonomi dan demografi dengan status kehamilan dan perilaku ibu dalam perawatan kehamilan. Analisis deskriptif di sini menyertakan uji Kai-kuadrat untuk mengetahui signifikansi hubungan bivariat antara masing-masing variabel penjelas dengan variabel terikat.
2. Analisis inferensial dilakukan dengan menggunakan regresi logistik biner. Penelitian ini menyajikan empat model regresi logistik biner.
 - a. Model regresi logistik dengan efek random (*random-effects logistic model*) untuk melihat pengaruh variabel sosial ekonomi dan demografi terhadap status kehamilan.
 - b. Model regresi logistik biasa dengan efek tetap (*fixed-effects*) untuk melihat pengaruh status kehamilan bersama-sama variabel penjelas lainnya terhadap tiga perilaku ibu dalam perawatan kehamilan: pemeriksaan kehamilan pada trimester pertama, jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program, dan tenaga pemeriksa kehamilan.

3.6.1. Regresi Logistik Biner

Regresi logistik merupakan salah satu model yang paling penting dari keluarga *generalized linear models* (GLM). GLM terdiri dari beberapa model penting untuk data kategorik, sebagaimana halnya untuk model regresi standar dan analisis keragaman untuk variabel terikat kontinu. GLM dicirikan oleh tiga komponen, yaitu *random component* untuk mengidentifikasi distribusi peluang variabel terikat, *systematic component* untuk menetapkan fungsi linear variabel penjelas yang digunakan sebagai penduga, dan *link* yang menguraikan hubungan fungsional antara *systematic component* dan nilai yang diharapkan dari *random component* (Agresti, 1990).

Beberapa variabel terikat kategorik hanya memiliki dua kategori yang dapat diklasifikasikan sebagai “sukses” atau “gagal”. Nilai yang mungkin untuk

setiap *outcome* adalah 1 atau 0. Distribusi Bernoulli untuk variabel acak biner memberikan peluang $P(Y = 1) = \pi$ dan $P(Y = 0) = 1 - \pi$ untuk kedua *outcome*, dimana $\pi = E(Y)$. Jika Y_i memiliki distribusi Bernoulli dengan parameter π_i maka fungsi peluangnya adalah

$$f(y_i; \pi_i) = \pi_i^{y_i} (1 - \pi_i)^{1-y_i} = (1 - \pi_i) \left[\frac{\pi_i}{1 - \pi_i} \right]^{y_i} \quad (3.1)$$

$$= (1 - \pi_i) \exp \left[y_i \log \left(\frac{\pi_i}{1 - \pi_i} \right) \right]; \text{ untuk } y_i = 0 \text{ dan } 1 \quad (3.2)$$

Parameter $Q(\pi) = \log [\pi / (1 - \pi)]$ merupakan *log odds* untuk respon 1 dan disebut *logit* dari π . GLM yang menggunakan *logit link* disebut model *logit* (Agresti, 1990).

Bentuk dasar fungsi regresi logistik adalah

$$\pi(x) = \frac{e^{\beta_0 + \beta_1 x}}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1 x}} \quad (3.3)$$

Transformasi $\pi(x)$ dengan menggunakan transformasi *logit* dapat dituliskan sebagai

$$g(x) = \ln \left[\frac{\pi(x)}{1 - \pi(x)} \right] \quad (3.4)$$

$$= \beta_0 + \beta_1 X \quad (3.5)$$

Logit untuk model regresi logistik dengan k variabel bebas adalah

$$g(x) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k \quad (3.6)$$

dimana model regresi logistik untuk persamaan di atas adalah

$$\pi(x) = \frac{e^{g(x)}}{1 + e^{g(x)}} \quad (3.7)$$

Model regresi logistik biner digunakan karena variabel terikat dalam penelitian ini merupakan variabel kategorik dengan dua kategori. Empat model regresi logistik biner akan dihasilkan dalam penelitian ini, yaitu model regresi dengan variabel terikat seperti di bawah ini.

1. Status kehamilan (STATUS)
STATUS = 0 (Kehamilan diharapkan)
STATUS = 1 (Kehamilan tidak diharapkan)
2. Pemeriksaan kehamilan pada trimester pertama (ANC)
ANC = 0 (Ya)
ANC = 1 (Tidak)
3. Jumlah pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program (VISIT)
VISIT = 0 (Ya)
VISIT = 1 (Tidak)
4. Tenaga pemeriksa kehamilan (ASSIST)
ASSIST = 0 (Tenaga kesehatan profesional)
ASSIST = 1 (Lainnya)

Model regresi logistik biner biasa (efek tetap) dapat diterapkan untuk model regresi logistik dengan variabel terikat nomor 2, 3, dan 4 karena satu wanita menyumbang satu kehamilan sehingga memenuhi asumsi bahwa antar observasi adalah independen. Model regresi logistik dengan efek random diterapkan untuk model regresi dengan variabel terikat status kehamilan (nomor 1) karena satu wanita dapat menyumbang lebih dari satu kehamilan yang berakhir dengan kelahiran hidup. Hal ini berarti bahwa peluang kehamilan yang tidak diharapkan tidak hanya bervariasi antarkelompok wanita, tetapi juga antarwanita pada kelompok yang sama. *Outcome* status kehamilan dari wanita yang sama tidak saling bebas. Model regresi logistik dengan efek random merupakan perluasan dari model regresi logistik dengan efek tetap dan model ini lebih tepat digunakan karena memperbolehkan heterogenitas yang tidak teramati (*unobserved*) antarwanita. Model regresi logistik dengan efek random dibahas pada Subbab 3.6.4.

3.6.2. Pengujian Signifikansi Model dan Parameter

Uji signifikansi parameter yang dihasilkan model regresi logistik dapat dilakukan dengan dua cara.

1. Uji G

Uji G digunakan untuk menguji signifikansi keseluruhan model (Hosmer dan Lemeshow, 2000:14). Hipotesis yang diuji adalah

$$H_0 : \beta_1 = \beta_2 = \dots = \beta_k = 0$$

$$H_1 : \text{Sekurang-kurangnya ada satu } \beta \neq 0$$

Statistik uji yang digunakan adalah:

$$G = -2 \ln \left[\frac{\text{likelihood (model B)}}{\text{likelihood (model A)}} \right] \quad (3.8)$$

dimana:

Model B = model yang terdiri dari konstanta saja

Model A = model yang terdiri dari seluruh variabel

G berdistribusi Kai-kuadrat (χ^2) dengan derajat bebas k. H_0 ditolak jika nilai G lebih besar daripada nilai χ^2 pada level α dan derajat bebas k ($\chi^2_{\alpha, k}$) dimana α adalah tingkat signifikansi. Bila H_0 ditolak maka model A signifikan pada tingkat signifikansi α .

2. Uji Wald

Uji Wald adalah uji signifikansi untuk masing-masing parameter (Hosmer dan Lemeshow, 2000:16). Hipotesis yang diuji adalah

$$H_0 : \beta_j = 0 \text{ untuk setiap } j \text{ tertentu; } j = 0, 1, \dots, k$$

$$H_1 : \beta_j \neq 0$$

Statistik uji yang digunakan adalah

$$W_j = \left[\frac{\beta_j}{SE(\beta_j)} \right]^2 \quad (3.9)$$

dimana $j = 0, 1, 2, \dots, k$.

Statistik ini berdistribusi Kai-kuadrat dengan derajat bebas 1. H_0 ditolak jika nilai W_j lebih besar daripada $\chi^2_{\alpha, 1}$ dimana α adalah tingkat signifikansi.

3.6.3. Interpretasi Parameter

Model logit untuk pemeriksaan kehamilan pada trimester pertama, jumlah pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program, dan tenaga pemeriksa kehamilan adalah sebagai berikut.

$$\ln \left[\frac{\pi_i}{1 - \pi_i} \right] = \beta_0 + \beta_1 \text{STATUS}(1) + \beta_2 \text{AGE}(1) + \beta_3 \text{AGE}(2) + \beta_4 \text{EDUC}(1) + \beta_5 \text{EDUC}(2) \\ + \beta_6 \text{WORK}(1) + \beta_7 \text{OTO}(1) + \beta_8 \text{MONEY}(1) + \beta_9 \text{WEALTH}(1) \\ + \beta_{10} \text{WEALTH}(2) + \beta_{11} \text{RES}(1) + \beta_{12} \text{CEB} + \beta_{13} \text{RES} + \varepsilon \quad (3.10)$$

Keterangan:

i	1, 2, 3
π_1	peluang sukses (terjadinya peristiwa ANC=1)
$1 - \pi_1$	peluang gagal (terjadinya peristiwa ANC=0)
π_2	peluang sukses (terjadinya peristiwa VISIT=1)
$1 - \pi_2$	peluang gagal (terjadinya peristiwa VISIT=0)
π_3	peluang sukses (terjadinya peristiwa ASSIST=1)
$1 - \pi_3$	peluang gagal (terjadinya peristiwa ASSIST=0)

Setelah persamaan model terbentuk, langkah selanjutnya adalah menganalisis tanda dan besaran koefisien-koefisien parameter regresi yang terdapat dalam persamaan. Interpretasi koefisien parameter dalam model regresi logistik dilakukan dalam bentuk *odds ratio* (perbandingan risiko) atau dalam bentuk *adjusted probability* (peluang yang disesuaikan).

Odds ratio dituliskan sebagai

$$\psi = \left[\frac{\frac{P(X_j = 1)}{1 - P(X_j = 1)}}{\frac{P(X_j = 0)}{1 - P(X_j = 0)}} \right] = \exp(\beta_j) \quad (3.11)$$

Pengertian *odds ratio* untuk variabel bebas kategorik adalah risiko terjadinya peristiwa $Y = 1$ pada kategori $X_j = 1$ adalah sebesar $\exp(\beta_j)$ kali risiko terjadinya peristiwa $Y = 1$ pada kategori $X_j = 0$. *Odds ratio* untuk variabel bebas kontinu dapat dibaca sebagai setiap kenaikan satu unit satuan pada variabel bebas

akan mengakibatkan risiko terjadinya $Y = 1$ sebesar $\exp(\beta_j)$ kali lebih besar (Hosmer dan Lemeshow, 2000:63).

Adjusted probability merupakan peluang terjadinya suatu peristiwa $Y = 1$ dengan karakteristik yang telah diketahui (Nachrowi dan Usman, 2002:257).

$$P(Y = 1 | X) = \frac{e^{g(x)}}{1 + e^{g(x)}}; \quad g(x) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \dots + \beta_k X_k \quad (3.12)$$

3.6.4. Regresi Logistik dengan Efek Random

Variabel terikat dalam analisis mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi status kehamilan merupakan data kategorik biner, yaitu kehamilan diharapkan atau tidak diharapkan. Analisis yang umum digunakan untuk data biner adalah model regresi logistik. Model regresi logistik biasa dengan efek tetap ditulis sebagai berikut ini

$$\text{logit}(\pi_{ij}) = X'_{ij} \beta \quad (3.13)$$

Keterangan:

- π_{ij} peluang kehamilan tidak diharapkan ke-i dari wanita ke-j
- X_{ij} vektor kovariat kehamilan ke-i dari wanita ke-j
- β vektor parameter untuk setiap X_{ij}

Persamaan di atas mengasumsikan semua variasi dalam setiap peluang kehamilan tidak diharapkan dapat dijelaskan oleh kovariat yang ada.

Model regresi logistik dengan efek random memperluas model ini dengan mengasumsikan bahwa ketika terdapat korelasi risiko status kehamilan antara kehamilan yang berurutan maka peluang kehamilan tidak diharapkan adalah sama seperti yang diperoleh dari regresi logistik biasa dengan efek tetap ditambah dengan gangguan random dikarenakan pengaruh wanita yang tidak teramati. Modelnya adalah sebagai berikut:

$$\text{logit}(\pi_{ij}) = X'_{ij} \beta + u_j \quad (3.14)$$

dimana u_j adalah komponen random dari wanita ke-j. Nilai yang tidak teramati dari u_j berkaitan dengan wanita tertentu yang diasumsikan memiliki distribusi dengan rata-rata nol. Dengan demikian $X'_{ij} \beta$ merupakan rata-rata dari logit (π_{ij}) antar wanita dengan karakteristik-karakteristik tertentu. Logit (π_{ij}) untuk suatu

kehamilan dengan karakteristik tertentu merupakan rata-rata logit (π_{ij}) ini ditambah dengan tambahan lebih besar jika berasal dari wanita yang berisiko lebih besar, atau berkurang sedikit jika berasal dari wanita yang berisiko rendah.

Komponen random u_j diasumsikan berdistribusi normal dengan estimasi varian berdasarkan data yang ada sehingga modelnya dapat dituliskan sebagai

$$\text{logit}(\pi_{ij}) = x_{ij} \beta + \sigma v_j \quad (3.15)$$

dimana σ merupakan parameter skala yang mengukur besarnya variasi tambahan karena efek random dan $v_j \sim N(0,1)$. Jika $\sigma = 0$ maka tidak ada variasi tambahan yang timbul karena pengaruh wanita dan tidak ada korelasi antara status kehamilan untuk wanita tertentu dan model dapat disederhanakan menjadi model regresi logistik biasa atau *fixed-effect* (Goldstein, 1987:13). Signifikansi pengaruh wanita diuji dengan hipotesis nol $\sigma = 0$ dan hipotesis alternatif $\sigma > 0$ dengan menggunakan statistik uji rasio *likelihood* yang dimodifikasi berdasarkan statistik uji *likelihood* biasa. Parameter lainnya dapat diuji dengan cara yang sama pada regresi logistik biasa.

Eksponensial dari estimasi parameter diinterpretasikan sebagai *odds ratio* seperti pada model regresi logistik dengan efek tetap. Model regresi logistik dengan efek random tidak lagi mengestimasi peluang suatu status kehamilan dengan beberapa karakteristik tertentu karena peluang tersebut tergantung pada kovariat yang diamati dan pengaruh wanita yang tidak teramati. Oleh karena itu, *odds ratio* dari model logistik dengan efek random mencerminkan pengaruh variabel tertentu terhadap kemungkinan kehamilan tidak diharapkan pada wanita tertentu. Hal ini menunjukkan bahwa dugaan peluang kehamilan tidak diharapkan untuk dua kehamilan dari wanita yang berbeda dengan karakteristik yang sama akan sedikit berbeda karena adanya pengaruh wanita.

Pendekatan untuk mengilustrasikan implikasi dari variasi antar wanita diulas oleh Curtis dkk (1993) dan Rajagukguk (1997). Pendekatan tersebut mengestimasi peluang kehamilan tidak diharapkan untuk nilai v_j yang berbeda dengan membuat variasi salah satu nilai kovariat. Nilai v_j yang digunakan adalah -2, -1, 0, +1, dan +2 yang bersesuaian dengan satu sampai dua kali standar deviasi nilai rata-rata v_j . Oleh karena itu peluang kehamilan tidak diharapkan dengan

beberapa karakteristik tertentu akan terletak antara peluang untuk $v_j = -1$ dan $v_j = +1$ untuk 69 persen wanita dan terletak antara peluang untuk $v_j = -2$ dan $v_j = +2$ untuk 95 persen wanita. Nilai negatif dari v_j bersesuaian untuk wanita dengan risiko mengalami kehamilan tidak diharapkan di bawah rata-rata, sedangkan nilai positif dari v_j bersesuaian untuk wanita dengan risiko mengalami kehamilan tidak diharapkan di atas rata-rata.



BAB IV

ANALISIS HASIL

Pembahasan analisis hasil penelitian pada bab ini terdiri dari dua pokok bahasan besar sesuai tujuan penelitian yang telah diuraikan pada Bab 1, yaitu mengulas faktor-faktor yang mempengaruhi status kehamilan pada wanita pernah kawin di Indonesia dan selanjutnya membahas pengaruh status kehamilan tersebut bersama-sama dengan variabel penjelas lainnya terhadap perilaku ibu dalam perawatan kehamilan. Analisis mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi status kehamilan dilakukan berdasarkan data kehamilan dari seluruh kelahiran hidup yang terjadi selama lima tahun sebelum survei atau kelahiran hidup yang terjadi sejak Januari 2002, sedangkan analisis mengenai perilaku ibu dalam perawatan kehamilan dilakukan berdasarkan data kehamilan dari kelahiran anak terakhir saja karena informasi mengenai perawatan kehamilan hanya tersedia untuk anak terakhir. Analisis hasil penelitian akan disajikan dengan susunan sebagai berikut, yaitu subbab pertama membahas determinan status kehamilan baik secara deskriptif maupun inferensial. Subbab selanjutnya membahas pengaruh status kehamilan dan variabel-variabel lainnya terhadap perilaku ibu dalam perawatan kehamilan baik deskriptif maupun inferensial.

4.1. Determinan Status Kehamilan

4.1.1. Analisis Deskriptif

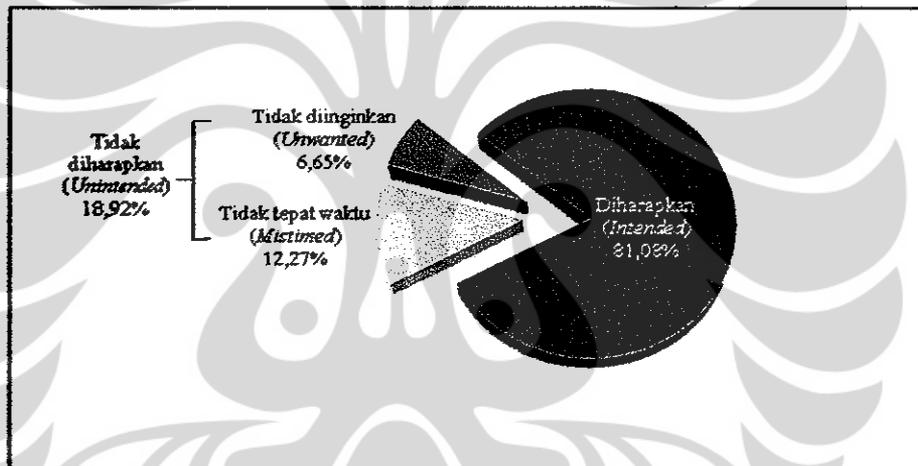
Jumlah kehamilan dari seluruh kelahiran hidup selama lima tahun sebelum survei terdapat sebanyak 20.452 kehamilan dimana hanya satu kehamilan yang dicakup untuk setiap peristiwa kehamilan yang menghasilkan anak kembar. Jumlah kehamilan tersebut berasal dari 16.470 wanita pernah kawin. Tabel 4.1 menunjukkan bahwa sekitar 22 persen wanita menyumbang lebih dari satu kehamilan.

Pada Gambar 4.1 disajikan distribusi persentase status kehamilan untuk wanita pernah kawin dimana terdapat 18,92 persen kehamilan (3.870 kehamilan)

dinyatakan sebagai kehamilan yang tidak diharapkan. Kehamilan yang tidak diharapkan pada penelitian ini terdiri dari 2.509 kehamilan yang tidak tepat waktu (12,27 persen) dan 1.361 kehamilan yang tidak diinginkan (6,65 persen).

Tabel 4.1. Jumlah Sumbangan Kehamilan dari Setiap Wanita Pernah Kawin: Indonesia, SDKI 2007

Jumlah Kehamilan	Jumlah Wanita	Persentase
1	12.853	78,04
2	3.274	19,88
3	321	1,95
4	22	0,13
Jumlah	16.470	100,00



Gambar 4.1. Distribusi Persentase Status Kehamilan: Indonesia, SDKI 2007

Selanjutnya, pada Tabel 4.2 disajikan distribusi persentase sumbangan jumlah kehamilan yang tidak diharapkan dari setiap wanita pernah kawin. Ada sekitar tiga persen wanita mengalami kehamilan yang tidak diharapkan lebih dari satu kali. Meskipun demikian, wanita-wanita ini menyumbang sekitar 26 persen kehamilan yang tidak diharapkan dari seluruh kehamilan yang tidak diharapkan dalam sampel penelitian. Dengan demikian, regresi logistik dengan efek random

akan tepat digunakan sebagai analisis inferensial untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi status kehamilan dari setiap wanita.

Tabel 4.2. Jumlah Sumbangan Kehamilan yang Tidak Diharapkan dari Setiap Wanita Pernah Kawin, Indonesia, SDKI 2007

Jumlah Kehamilan yang Tidak Diharapkan	Jumlah Wanita	Persentase
0	13.122	79,67
1	2.867	17,41
2	444	2,70
3	33	0,20
4	4	0,02
Jumlah	16.470	100,00

Tabel 4.3 memperlihatkan terdapat 7,88 persen kehamilan berasal dari wanita yang mengandung pada umur di bawah 20 tahun dimana 10 persen diantaranya merupakan kehamilan yang tidak diharapkan. Tabel tersebut juga memperlihatkan adanya hubungan positif antara umur saat mengandung dengan kehamilan yang tidak diharapkan, yaitu bahwa semakin tua umur wanita saat mengandung, semakin besar persentase kehamilan yang tidak diharapkan. Hal ini dapat dipahami bahwa wanita pada umur reproduksi lebih tua cenderung sudah memiliki anak sehingga wanita memiliki peluang lebih besar untuk menyatakan kehamilannya sebagai kehamilan yang tidak diharapkan.

Pendidikan menunjukkan hubungan yang negatif dengan kehamilan yang tidak diharapkan, yaitu bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan wanita, semakin rendah persentase kehamilan yang tidak diharapkan. Tingkat pendidikan dapat mencerminkan tingkat kesejahteraan wanita, yaitu semakin tinggi tingkat pendidikan, wanita semakin sejahtera sehingga wanita tersebut memiliki kemampuan secara finansial untuk menghidupi seorang anak. Wanita yang berpendidikan juga dapat dianggap memiliki pengetahuan untuk mengendalikan atau membatasi kelahiran melalui penggunaan kontrasepsi sehingga akan mengurangi peluang untuk terjadinya kehamilan yang tidak tepat waktu atau yang tidak diinginkan.

Tabel 4.3. Distribusi Persentase Status Kehamilan menurut Karakteristik Latar Belakang Wanita Indonesia, SDKI 2007

Karakteristik Latar Belakang	Status Kehamilan				Jumlah	
	Diharapkan		Tidak Diharapkan			
	n	%	n	%	N	%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Umur saat mengandung***						
< 20	2.694	89,83	305	10,17	2.999	100,00
20-30	9.334	83,86	1.797	16,14	11.131	100,00
> 30	4.554	72,03	1.768	27,97	6.322	100,00
Pendidikan***						
< SD	2.851	77,75	816	22,25	3.667	100,00
SD-SLTP	8.387	81,66	1.884	18,34	10.271	100,00
>= SLTA	5.344	82,04	1.170	17,96	6.514	100,00
Status bekerja*						
Tidak bekerja	8.300	81,60	1.871	18,40	10.171	100,00
Bekerja	8.282	80,56	1.999	19,44	10.281	100,00
Otonomi dalam pemeriksaan kesehatannya***						
Ya	14.136	81,53	3.202	18,47	17.338	100,00
Tidak	2.446	78,55	668	21,45	3.114	100,00
Indeks kekayaan kuintil						
Kaya	2.636	81,51	598	18,49	3.234	100,00
Menengah	5.508	80,46	1.338	19,54	6.846	100,00
Miskin	8.438	81,35	1.934	18,65	10.372	100,00
Daerah tempat tinggal***						
Perkotaan	6.172	79,90	1.553	20,10	7.725	100,00
Perdesaan	10.410	81,79	2.317	18,21	12.727	100,00
Jumlah	16.582	81,08	3.870	18,92	20.452	100,00

* Uji Kai-kuadrat signifikan pada $p < 0,1$.

*** Uji Kai-kuadrat signifikan pada $p < 0,001$.

Hal menarik ditunjukkan oleh status bekerja wanita, yaitu bahwa kehamilan yang tidak diharapkan sedikit lebih besar dinyatakan oleh wanita bekerja dibandingkan dengan wanita yang tidak bekerja. Wanita bekerja dapat dianggap memiliki kemampuan secara finansial sehingga dapat dikatakan memiliki peluang lebih kecil untuk menyatakan kehamilannya sebagai kehamilan yang tidak diharapkan. Hasil yang diperoleh bertentangan dengan uraian di atas, meskipun demikian, hasil ini dapat dijelaskan dari sisi wanita bekerja yang berorientasi karir sehingga kehamilan dapat dianggap sebagai suatu penghalang untuk mencapai prestasi karir yang diharapkan.

Kehamilan yang tidak diharapkan lebih banyak dinyatakan oleh wanita yang tidak memiliki otonomi dalam pemeriksaan kesehatannya dibandingkan oleh wanita yang memiliki otonomi dalam pemeriksaan kesehatannya. Otonomi wanita dalam rumah tangga merupakan hal penting terutama jika terkait dengan masalah kesehatan, baik kesehatan pribadinya, anak, atau anggota rumah tangga lainnya. Wanita harus memiliki otonomi untuk dapat menentukan pilihan-pilihan berkaitan dengan kesehatan pribadinya secara umum atau kesehatan reproduksinya secara khusus.

Status ekonomi rumah tangga yang dicerminkan melalui indeks kekayaan kuintil merupakan salah satu faktor penting yang diduga berpengaruh kuat terhadap kehamilan yang tidak diharapkan. Alasan keterbatasan finansial dapat memperbesar peluang terjadinya kehamilan yang tidak diharapkan. Tabel 4.3 menunjukkan bahwa ternyata persentase wanita yang menyatakan kehamilannya tidak diharapkan sedikit lebih rendah pada rumah tangga terkaya.

Persentase kehamilan yang tidak diharapkan lebih tinggi di daerah perkotaan dibandingkan di daerah perdesaan. Daerah perkotaan yang identik dengan kemudahan akses pelayanan kontrasepsi ternyata tidak menjamin rendahnya kejadian kehamilan yang tidak diharapkan. Penjelasan lain yang mungkin untuk hasil ini adalah dikarenakan wanita yang tinggal di daerah perdesaan lebih memiliki sikap “pasrah” untuk menerima setiap kehamilan yang terjadi.

4.1.2. Analisis Inferensial

Pada Tabel 4.4 disajikan pengaruh seluruh variabel bebas secara bersama-sama terhadap kecenderungan terjadinya kehamilan yang tidak diharapkan berdasarkan hasil regresi logistik dengan memperhitungkan efek random. Model regresi logistik yang dihasilkan menunjukkan bahwa keenam variabel penjelas secara bersama-sama signifikan mempengaruhi kecenderungan terjadinya kehamilan yang tidak diharapkan. Meskipun demikian, uji signifikansi masing-masing variabel bebas menunjukkan bahwa variabel status bekerja wanita tidak signifikan mempengaruhi status kehamilan.

Analisis bivariat dengan menggunakan uji Kai-kuadrat seperti yang disajikan pada Tabel 4.3 menunjukkan bahwa wanita bekerja dan tidak bekerja berbeda dalam menentukan status kehamilannya dengan nilai-p 10 persen. Analisis multivariat menghasilkan bahwa status bekerja wanita tidak signifikan mempengaruhi perbedaan perilaku wanita dalam menyatakan kehamilannya sebagai diharapkan atau tidak diharapkan. Hal ini kemungkinan disebabkan karena wanita yang bekerja tidak menerapkan praktek KB yang efektif sehingga peluang kehamilan yang tidak diharapkan tidak berbeda dengan mereka yang tidak bekerja. Dengan demikian, data dalam penelitian ini tidak mendukung hipotesis penelitian yang telah dibuat sebelumnya, yaitu bahwa kecenderungan wanita yang bekerja lebih rendah dibandingkan wanita yang tidak bekerja untuk menyatakan kehamilannya sebagai kehamilan yang tidak diharapkan.

Analisis multivariat yang disajikan pada Tabel 4.4 mengeluarkan variabel status bekerja wanita dari model. Pengaruh kelima variabel penjelas terhadap kecenderungan terjadinya kehamilan yang tidak diharapkan diuraikan selengkapnya di bawah ini.

Umur saat mengandung signifikan mempengaruhi kecenderungan terjadinya kehamilan yang tidak diharapkan. Kecenderungan terjadinya kehamilan yang tidak diharapkan semakin meningkat seiring dengan meningkatnya umur wanita saat mengandung. Kecenderungan wanita yang mengandung pada saat berumur 20-30 tahun untuk menyatakan kehamilannya sebagai kehamilan yang tidak diharapkan adalah dua kali lebih besar dibandingkan dengan wanita yang mengandung pada umur kurang dari 20 tahun. Kecenderungan tersebut bertambah besar ketika wanita mengandung pada umur 30 tahun ke atas, yaitu menjadi enam kali lebih besar dibandingkan dengan wanita yang mengandung pada umur kurang dari 20 tahun.

Semakin tua umur wanita saat mengandung, semakin besar risiko kehamilan yang dihadapi oleh wanita tersebut sehingga kehamilan yang terjadi lebih cenderung untuk tidak diharapkan. Alasan lain untuk menjelaskan hasil penelitian ini adalah bahwa wanita yang mengandung pada umur lebih tua kemungkinan sudah mencapai ukuran keluarga yang diinginkan sehingga

kehamilan yang terjadi saat itu lebih cenderung untuk tidak diharapkan. Tabel 4.4 juga memperlihatkan bahwa umur saat mengandung memiliki *odds ratio* paling besar dibandingkan *odds ratio* variabel penjelas lainnya. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa variabel yang paling berpengaruh terhadap kecenderungan terjadinya kehamilan yang tidak diharapkan adalah umur wanita saat mengandung.

Tabel 4.4. Estimasi Parameter dan Rasio Kecenderungan Model Regresi Logistik dengan Efek Random untuk Kehamilan yang Tidak Diharapkan: Indonesia, SDKI 2007

Kovariat	Estimasi parameter	Rasio kecenderungan
(1)	(2)	(3)
Konstanta	-3,20	0,04 ***
Umur saat mengandung		
< 20	-	-
20-30	0,82	2,28 ***
> 30	1,86	6,41 ***
Pendidikan		
< SD	-	-
SD-SLTP	-0,17	0,84 **
>= SLTA	-0,35	0,70 ***
Status bekerja		
Tidak bekerja		
Bekerja		
Otonomi dalam pemeriksaan kesehatannya		
Ya	-	-
Tidak	0,30	1,35 ***
Indeks kekayaan kuintil		
Kaya	-	-
Menengah	0,19	1,21 **
Miskin	0,18	1,20 *
Daerah tempat tinggal		
Perkotaan	-	-
Perdesaan	-0,24	0,79 ***
Log-likelihood	-9.401,48	

* Signifikan pada $p < 0,1$.

** Signifikan pada $p < 0,05$.

*** Signifikan pada $p < 0,001$.

Pendidikan wanita memiliki hubungan negatif terhadap kecenderungan terjadinya kehamilan yang tidak diharapkan. Semakin tinggi tingkat pendidikan wanita maka semakin rendah kecenderungan terjadinya kehamilan yang tidak

diharapkan. Kecenderungan wanita dengan pendidikan SD-SLTP dan di atas SLTA untuk menyatakan kehamilannya sebagai kehamilan yang tidak diharapkan masing-masing adalah 16 persen dan 30 persen lebih rendah dibandingkan dengan wanita yang berpendidikan kurang dari SD. Kehamilan tidak diharapkan lebih rendah kecenderungannya dinyatakan oleh wanita berpendidikan lebih tinggi karena wanita berpendidikan tinggi memiliki pengetahuan lebih baik mengenai KB sehingga dapat menerapkan praktek KB yang efektif untuk mencegah kehamilan yang tidak diharapkan.

Kecenderungan wanita yang tidak memiliki otonomi dalam pemeriksaan kesehatan pribadinya untuk menyatakan kehamilannya tidak diharapkan adalah 35 persen lebih besar dibandingkan dengan wanita yang memiliki otonomi dalam pemeriksaan kesehatannya. Wanita yang dapat memutuskan apa yang terbaik untuk kesehatan pribadinya mencerminkan kemandirian dalam kehidupannya dan secara tidak langsung menunjukkan sikap bertanggung jawab atas suatu keputusan yang dipilih, misalnya untuk hamil (lagi). Dengan demikian dapat dipahami mengapa wanita yang memiliki otonomi dalam pemeriksaan kesehatannya memiliki kecenderungan yang lebih rendah dibandingkan dengan wanita yang tidak memiliki otonomi tersebut untuk menyatakan kehamilannya sebagai kehamilan yang tidak diharapkan.

Status ekonomi rumah tangga wanita yang dicerminkan melalui indeks kekayaan kuintil memberikan pengaruh terhadap status kehamilan wanita dengan tingkat signifikansi berbeda, yaitu 5 persen dan 10 persen, masing-masing untuk kelompok menengah dan miskin. Kecenderungan wanita dari rumah tangga miskin dan menengah untuk menyatakan kehamilannya sebagai kehamilan yang tidak diharapkan masing-masing adalah 20 persen dan 21 persen lebih tinggi dibandingkan dengan wanita dari rumah tangga kaya. Hal ini menunjukkan bahwa wanita yang berasal dari rumah tangga menengah dan miskin kurang atau tidak mampu untuk mengakses pelayanan KB yang kemungkinan lebih mudah diperoleh oleh wanita dari rumah tangga kaya. Wanita dari rumah tangga kaya dapat menerapkan program KB lebih baik sehingga kecenderungan kehamilan

yang tidak diharapkan lebih rendah dibandingkan wanita dengan status ekonomi lebih rendah.

Daerah tempat tinggal juga signifikan mempengaruhi kecenderungan wanita dalam menyatakan status kehamilannya. Kecenderungan wanita yang tinggal di daerah perdesaan untuk menyatakan kehamilannya sebagai kehamilan yang tidak diharapkan adalah 21 persen lebih rendah dibandingkan wanita yang tinggal di perkotaan. Hasil ini konsisten dengan analisis deskriptif yang telah diuraikan sebelumnya. Hal ini kemungkinan disebabkan karena program KB di Indonesia lebih berorientasi pada daerah perdesaan. Wanita di perdesaan menjadi lebih terpapar terhadap program-program KB sehingga dapat menerapkan praktek KB lebih efektif dan berdampak pada rendahnya kecenderungan kehamilan yang tidak diharapkan. Alasan lainnya adalah wanita di perkotaan memiliki pemahaman lebih baik daripada wanita di perdesaan dalam mendefinisikan perasaannya mengenai status kehamilannya sehingga mereka dapat lebih tepat dalam menyatakan kehamilannya sebagai diharapkan atau tidak diharapkan. Selain itu, hasil SDKI 2007 menunjukkan bahwa rata-rata jumlah anak ideal menurut wanita di perkotaan adalah lebih rendah dibandingkan dengan mereka di perdesaan, yaitu masing-masing 2,7 anak dan 2,9 anak. Semakin kecil preferensi fertilitas seorang wanita, semakin besar peluang wanita untuk menyatakan kehamilannya sebagai kehamilan yang tidak diharapkan.

Model regresi logistik dengan efek random menghasilkan nilai parameter skala σ sebesar 1,771. Adanya signifikansi pengaruh efek random wanita menunjukkan bahwa peluang kehamilan yang tidak diharapkan untuk wanita dengan karakteristik yang sama bervariasi dan efek random mengontrol variasi tersebut karena faktor-faktor yang tidak diamati. Kemungkinan ada faktor-faktor perilaku lainnya yang berperan penting dalam menentukan risiko kehamilan yang tidak diharapkan antara setiap wanita tetapi tidak diamati atau tidak dapat diukur. Efek random tersebut dapat dipertimbangkan sebagai ukuran berbagai kondisi sosial wanita seperti kesehatan mental wanita, hubungan wanita dengan ayah dari anak yang dikandungnya, dan reaksi dari aktor sosial utama seperti orang tua, saudara kandung, atau sahabat. Wanita hamil yang memperoleh

dukungan dari lingkungan sosialnya memiliki kecenderungan lebih kecil untuk menyatakan kehamilannya sebagai kehamilan yang tidak diharapkan.

Tabel 4.5. Peluang yang Disesuaikan (*Adjusted Probability*) untuk Kehamilan yang Tidak Diharapkan menurut Karakteristik Latar Belakang untuk Beberapa Nilai Efek Random Wanita: Indonesia, SDKI 2007

Karakteristik (1)	Pengaruh Wanita (v_j)				
	$v_j = -2$ (2)	$v_j = -1$ (3)	$v_j = 0$ (4)	$v_j = +1$ (5)	$v_j = +2$ (6)
Konstanta	0,003	0,016	0,089	0,365	0,772
Umur saat mengandung					
< 20	0,001	0,006	0,034	0,172	0,549
20-30	0,002	0,013	0,074	0,320	0,735
> 30	0,007	0,037	0,185	0,571	0,886
Pendidikan					
< SD	0,003	0,020	0,107	0,412	0,805
SD-SLTP	0,003	0,017	0,091	0,372	0,776
\geq SLTA	0,002	0,014	0,078	0,331	0,744
Status bekerja					
Tidak bekerja					
Bekerja					
Otonomi dalam pemeriksaan kesehatannya					
Ya	0,003	0,016	0,086	0,355	0,764
Tidak	0,004	0,021	0,112	0,426	0,813
Indeks kekayaan kuintil					
Kaya	0,002	0,014	0,077	0,330	0,743
Menengah	0,003	0,017	0,092	0,373	0,778
Miskin	0,003	0,017	0,091	0,371	0,776
Daerah tempat tinggal					
Perkotaan	0,003	0,019	0,102	0,400	0,797
Perdesaan	0,003	0,015	0,082	0,345	0,756
Parameter skala σ	1,771				

Pada Tabel 4.5 disajikan peluang yang disesuaikan untuk kehamilan yang tidak diharapkan menurut karakteristik demografi dan sosial-ekonomi. Nilai peluang tersebut bervariasi antarwanita dengan karakteristik yang sama. Sebagai contoh, peluang kehamilan yang tidak diharapkan dari wanita dengan umur

mengandung kurang dari 20 tahun berkisar antara 0,001, jika efek random wanita adalah dua kali standar deviasi di bawah rata-rata (wanita berisiko rendah), sampai 0,549 jika efek random wanita adalah dua kali standar deviasi di atas rata-rata (wanita berisiko tinggi). Hasil pada Tabel 4.5 juga memberi pengertian bahwa 95 persen wanita yang mengandung pada umur kurang dari 20 tahun berpeluang mengalami kehamilan yang tidak diharapkan dengan kisaran antara 0,001 sampai 0,549 dan 69 persen wanita berpeluang mengalami kehamilan yang tidak diharapkan dengan kisaran antara 0,006 sampai 0,172. Pembacaan hasil yang sama dapat diterapkan untuk variabel lainnya.

Peluang kehamilan yang tidak diharapkan antar kategori dalam suatu karakteristik dapat tumpang tindih. Sebagai contoh, peluang kehamilan yang tidak diharapkan untuk wanita yang mengandung pada umur kurang dari 20 tahun dengan risiko di atas rata-rata adalah lebih besar dibandingkan untuk wanita yang mengandung pada umur di atas 30 tahun dengan risiko di bawah rata-rata. Meskipun demikian, untuk setiap nilai spesifik v_j , peluang kehamilan yang tidak diharapkan sesuai dengan harapan. Sebagai contoh, peluang kehamilan yang tidak diharapkan untuk wanita yang mengandung pada umur di atas 30 tahun secara konsisten lebih besar dibandingkan dengan wanita yang mengandung pada umur kurang dari 20 tahun. Peluang kehamilan yang tidak diharapkan juga secara konsisten tinggi untuk wanita yang berpendidikan rendah, tidak memiliki otonomi dalam pemeriksaan kesehatannya, berada dalam rumah tangga lebih miskin, dan tinggal daerah di perkotaan.

4.2. Pengaruh Status Kehamilan dan Variabel Penjelas Lainnya terhadap Perilaku Perawatan Kehamilan

4.2.1. Analisis Deskriptif

Pemeriksaan kehamilan merupakan salah satu tahapan penting menuju kehamilan yang sehat. Oleh karena itu, dapat dikatakan bahwa pemeriksaan kehamilan merupakan hal yang wajib dilakukan oleh semua ibu hamil. Pemeriksaan kehamilan begitu penting sehingga wajib dilakukan semua ibu hamil karena dalam pemeriksaan tersebut dilakukan monitoring secara menyeluruh baik

mengenai kondisi ibu maupun janin yang sedang dikandungnya. Pemeriksaan kehamilan dapat dilakukan oleh petugas kesehatan seperti dokter, perawat, bidan, atau petugas kesehatan lainnya untuk memantau perkembangan kehamilan, tingkat kesehatan kandungan, kondisi janin, dan mendeteksi penyakit atau kelainan pada kandungan sehingga memungkinkan penanganan secara dini.

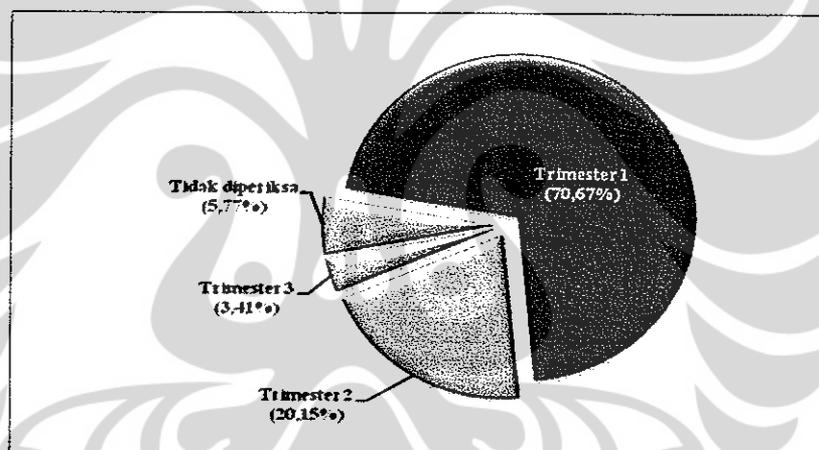
Pemeriksaan kehamilan sebaiknya dilakukan paling sedikit empat kali selama kehamilan, yaitu sedikitnya satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, dan dua kali pada trimester ketiga, jika kehamilan normal. Pemeriksaan kehamilan pada trimester pertama bermanfaat untuk mengetahui keadaan kesehatan ibu hamil dan mendeteksi sedini mungkin kehamilan risiko tinggi. Kehamilan risiko tinggi adalah kehamilan yang dapat membahayakan ibu dan bayinya pada saat kehamilan atau persalinan. Keadaan yang membahayakan tersebut misalnya adalah apabila ibu memiliki gejala penyakit (seperti jantung atau ginjal), menderita penyakit menahun (seperti TBC atau paru-paru), umur ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, jumlah anak lebih dari lima orang dan jarak antarkelahiran kurang dari dua tahun, serta persalinan sebelumnya mengalami kesulitan (Departemen Kesehatan, 1991).

Beberapa pemeriksaan yang dilakukan di fasilitas kesehatan selama kehamilan diantaranya adalah pengukuran tinggi badan dan lingkar lengan atas (LILA) saat pertama kali pemeriksaan, penimbangan berat badan setiap kali periksa, serta pengukuran tekanan darah dan besarnya kandungan setiap kali periksa. Ibu hamil juga akan diberikan pil tambah darah untuk diminum setiap hari selama 90 hari dan pemberian imunisasi TT untuk mencegah tetanus pada bayi (Departemen Kesehatan, 2009).

Pada Tabel 4.6 sampai dengan Tabel 4.8 disajikan informasi mengenai karakteristik sosial-ekonomi, demografi, dan status kehamilan dari wanita pernah kawin berdasarkan perilaku perawatan kehamilan. Informasi mengenai perilaku perawatan kehamilan hanya ditanyakan untuk anak terakhir dari kelahiran hidup yang terjadi selama lima tahun sebelum survei. Dengan demikian, dari satu orang ibu hanya terekam satu kelahiran hidup. Jumlah observasi untuk setiap perilaku

ibu dalam penelitian ini dapat berbeda, terkait dengan proses seleksi kasus, misalnya dalam hal penghapusan observasi dengan *missing response*.

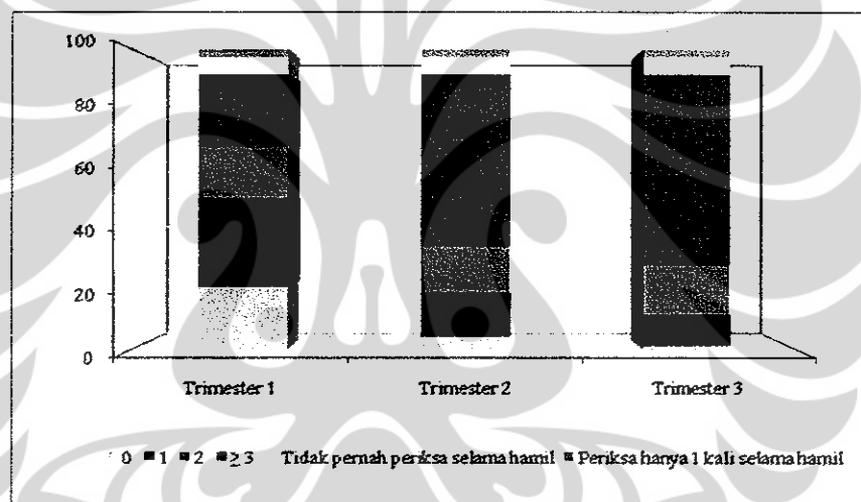
Jumlah observasi untuk perilaku ibu dalam pemeriksaan kehamilan pada trimester pertama terdapat sebanyak 16.361 wanita atau kehamilan. Tabel 4.6 menunjukkan bahwa persentase wanita yang tidak memeriksakan kehamilan pada trimester pertama atau tidak pernah memeriksakan kehamilannya sama sekali masih cukup besar, yaitu hampir 30 persen. Hal ini menunjukkan bahwa masih banyak wanita Indonesia yang belum menerapkan perilaku positif selama kehamilan baik kehamilannya diharapkan maupun tidak diharapkan. Dengan demikian, masih banyak wanita yang terpapar pada kehamilan risiko tinggi dikarenakan penundaan pemeriksaan kehamilan sedini mungkin atau tidak memeriksakan kehamilannya sama sekali (Gambar 4.2).



Gambar 4.2. Distribusi Persentase Wanita menurut Pemeriksaan Kehamilan Pertama Kali Indonesia, SDKI 2007

Tabel 4.7 menyajikan distribusi persentase wanita yang melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program. Jumlah observasi untuk perilaku ini adalah sebanyak 16.297 wanita atau kehamilan dimana hampir 40 persen wanita tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program. Hal ini menunjukkan bahwa masih sangat banyak wanita Indonesia yang belum menyadari pentingnya pemeriksaan kehamilan secara teratur sesuai anjuran program pemerintah.

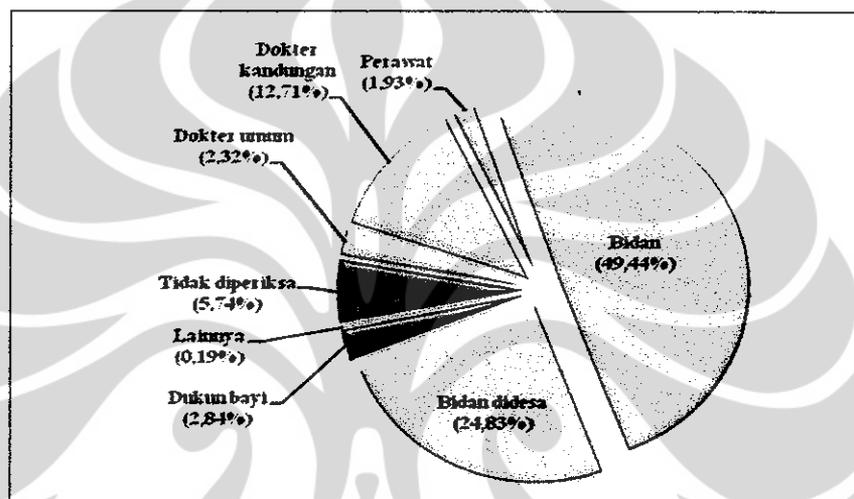
Gambar 4.3 memperlihatkan distribusi persentase jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan pada setiap trimester kehamilan. Secara umum, masih terdapat sebagian kecil wanita yang tidak pernah memeriksakan kehamilannya sama sekali atau hanya memeriksakan kehamilannya satu kali selama hamil, yaitu masing-masing sebesar 5,79 persen dan 2,68 persen. Meskipun demikian, gambar tersebut menunjukkan bahwa semakin tua umur kehamilan seorang wanita maka semakin kecil persentase wanita yang tidak memeriksakan kehamilannya. Hal ini ditunjukkan melalui semakin rendahnya persentase wanita yang tidak memeriksakan kehamilannya (nol kunjungan) pada setiap trimester kehamilan, yaitu dari 21 persen pada trimester 1 menjadi 4 persen pada trimester 2, dan kemudian menjadi hanya 1 persen saja pada trimester 3.



Gambar 4.3. Distribusi Persentase Jumlah Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan Indonesia, SDKI 2007

Tabel 4.8 menyajikan distribusi persentase wanita menurut tenaga pemeriksa kehamilan. Jumlah observasi untuk penelitian ini adalah sebanyak 16.449 wanita dimana 91 persen diantaranya memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan profesional (dokter, bidan, atau perawat), 3 persen wanita memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan bukan profesional, dan sisanya tidak memeriksakan kehamilannya sama sekali (Gambar 4.4). Tenaga kesehatan profesional paling populer adalah bidan dan bidan di desa dimana

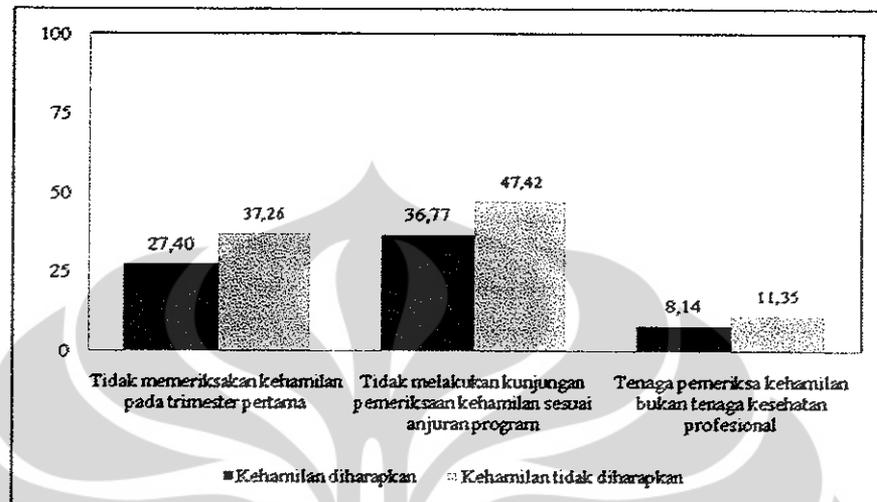
sekitar 74 persen wanita hamil memanfaatkan tenaga kesehatan ini. Secara umum dapat dikatakan bahwa wanita Indonesia sangat menyadari pentingnya memeriksakan kehamilan pada tenaga kesehatan profesional seperti dokter, perawat, bidan, atau bidan di desa. Meskipun demikian, wanita pada dua kelompok terakhir ini perlu menjadi sasaran program-program yang dilaksanakan pemerintah untuk mencapai target bahwa seluruh pemeriksaan kehamilan dilakukan oleh tenaga kesehatan profesional.



Gambar 4.4. Distribusi Persentase Tenaga Pemeriksa Kehamilan Indonesia, SDKI 2007

Gambar 4.5 menyajikan persentase wanita menurut tiga perilaku perawatan kehamilan yang diteliti dalam tulisan ini berdasarkan status kehamilannya. Gambar tersebut secara umum memperlihatkan bahwa masih banyak wanita Indonesia yang belum menerapkan perilaku positif selama kehamilan baik kehamilannya diharapkan maupun tidak diharapkan. Meskipun demikian, persentase perilaku tidak baik selama kehamilan lebih besar terjadi pada kelompok wanita yang menyatakan kehamilannya tidak diharapkan dibandingkan dengan kelompok wanita yang menyatakan kehamilannya diharapkan. Pengertian perilaku tidak baik selama kehamilan dalam penelitian ini adalah wanita tidak memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama, tidak

melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program, atau memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan bukan profesional.



Gambar 4.5. Persentase Wanita menurut Perilaku Perawatan Kehamilan dan Status Kehamilan: Indonesia, SDKI 2007

Hal yang menggembarakan tampak pada rendahnya persentase wanita yang memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan bukan profesional. Hal ini juga dapat menjadi indikator bahwa tenaga kesehatan profesional sudah menyebar di seluruh wilayah Indonesia sehingga dapat menjangkau wanita hamil yang membutuhkan. Meskipun demikian, tampak bahwa persentase wanita yang memeriksakan kehamilannya bukan pada tenaga kesehatan profesional lebih besar terjadi pada wanita yang menyatakan kehamilannya tidak diharapkan.

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa lebih dari separuh wanita mengandung pada umur 20–30 tahun dan wanita pada kelompok ini paling sedikit yang tidak memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama, yaitu sekitar 27 persen. Persentase tertinggi wanita yang tidak memeriksakan kehamilan pada trimester pertama terdapat pada kelompok wanita dengan kategori umur mengandung muda dan tua. Pada kedua kelompok umur mengandung ini, masing-masing lebih dari 30 persen wanita tidak memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama. Hasil ini memperlihatkan adanya hubungan terbalik berbentuk huruf “U” antara umur saat mengandung dengan perilaku tidak memeriksakan kehamilan pada trimester

pertama, yaitu tinggi pada umur muda dan tua. Hal ini kemungkinan disebabkan karena wanita yang mengandung pada umur muda belum mengerti mengenai pentingnya pemeriksaan kehamilan sedini mungkin, sedangkan wanita yang mengandung pada umur tua tidak menyadari bahwa dirinya sedang hamil sehingga ada waktu yang terbuang.

Tabel 4.6. Distribusi Persentase Kehamilan menurut Pemeriksaan Kehamilan Pada Trimester Pertama dan Karakteristik Latar Belakang Wanita Indonesia, SDKI 2007

Karakteristik Latar Belakang (1)	Pemeriksaan kehamilan pada trimester pertama				Jumlah	
	Ya		Tidak		n (6)	%
	n (2)	% (3)	n (4)	% (5)		
Status kehamilan***						
Diharapkan	9.563	72,60	3.610	27,40	13.173	100,00
Tidak diharapkan	2.000	62,74	1.188	37,26	3.188	100,00
Umur saat mengandung***						
< 20	1.460	65,71	762	34,29	2.222	100,00
20-30	6.431	73,30	2.343	26,70	8.774	100,00
> 30	3.672	68,44	1.693	31,56	5.365	100,00
Pendidikan***						
< SD	1.451	51,67	1.357	48,33	2.808	100,00
SD-SLTP	5.738	69,14	2.561	30,86	8.299	100,00
>= SLTA	4.374	83,25	880	16,75	5.254	100,00
Status bekerja**						
Tidak Bekerja	5.608	70,40	2.358	29,60	7.966	100,00
Bekerja	5.955	70,94	2.440	29,06	8.395	100,00
Otonomi dalam pemeriksaan kesehatannya						
Ya	9.833	70,85	4.046	29,15	13.879	100,00
Tidak	1.730	69,70	752	30,30	2.482	100,00
Kesulitan memperoleh uang untuk berobat***						
Ya	2.965	59,02	2.059	40,98	5.024	100,00
Tidak	8.598	75,84	2.739	24,16	11.337	100,00
Indeks kekayaan kuintil***						
Kaya	2.414	89,51	283	10,49	2.697	100,00
Menengah	4.432	77,77	1.267	22,23	5.699	100,00
Miskin	4.717	59,22	3.248	40,78	7.965	100,00
Daerah tempat tinggal***						
Perkotaan	5.142	81,09	1.199	18,91	6.341	100,00
Perdesaan	6.421	64,08	3.599	35,92	10.020	100,00
Jumlah kelahiran sebelumnya***						
0	3.925	76,72	1.191	23,28	5.116	100,00
1-2	5.598	72,98	2.073	27,02	7.671	100,00
3+	2.040	57,08	1.534	42,92	3.574	100,00
Jumlah	11.563	70,67	4.798	29,33	16.361	100,00

** Uji Kai-kuadrat signifikan pada $p < 0,05$.

*** Uji Kai-kuadrat signifikan pada $p < 0,001$.

Lebih dari separuh wanita memiliki pendidikan SD-SLTP dimana 31 persen diantaranya tidak memeriksakan kehamilan pada trimester pertama. Tabel 4.6 memperlihatkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan wanita, semakin rendah persentase wanita yang tidak memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama. Secara umum dapat dikatakan bahwa pendidikan memberi dampak positif terhadap pemahaman wanita mengenai pentingnya pemeriksaan kehamilan sedini mungkin. Jika diperhatikan lebih seksama tampak bahwa persentase wanita dengan pendidikan kurang dari SD yang tidak memeriksakan kehamilan pada trimester pertama adalah hampir tiga kali lipat persentase wanita dengan pendidikan SLTA atau lebih, yaitu masing-masing 48 persen dan 17 persen.

Distribusi wanita yang bekerja dan tidak bekerja hampir sama besar, yaitu masing-masing sekitar 51 persen dan 49 persen. Persentase wanita yang tidak bekerja dan tidak memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama sedikit lebih besar dibandingkan dengan mereka yang bekerja, yaitu masing-masing sekitar 30 persen dan 29 persen. Hal ini kemungkinan disebabkan karena wanita yang bekerja memiliki akses lebih baik terhadap pelayanan kesehatan.

Otonomi wanita sangat diperlukan untuk pemeriksaan kesehatannya secara pribadi. Tabel 4.6 menunjukkan bahwa 84 persen wanita mengaku memiliki otonomi dalam pemeriksaan kesehatan pribadinya, sedangkan sisanya mengaku tidak memiliki otonomi dalam pemeriksaan kesehatannya. Persentase wanita yang tidak memiliki otonomi dalam pemeriksaan kesehatan pribadinya dan tidak memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama sedikit lebih besar dibandingkan dengan mereka yang memiliki otonomi, yaitu masing-masing 30 persen dan 29 persen. Hal ini menunjukkan bahwa wanita yang memiliki otonomi dalam pemeriksaan kesehatannya memiliki akses lebih baik terhadap pelayanan kesehatan. Meskipun demikian, Uji Kai-kuadrat menunjukkan tidak ada perbedaan perilaku dalam pemeriksaan kehamilan antara wanita yang memiliki otonomi dan yang tidak memiliki otonomi dalam pemeriksaan kesehatannya.

Sekitar 31 persen wanita mengaku mengalami kesulitan dalam mendapatkan uang untuk berobat dan 41 persen diantaranya tidak memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama. Persentase wanita yang tidak memeriksakan kehamilan pada trimester pertama dalam kelompok ini adalah hampir dua kali lipat persentase wanita yang mengaku tidak mengalami kesulitan memperoleh uang untuk berobat. Dengan demikian, tampaknya karakteristik kesulitan memperoleh uang untuk berobat layak diperhitungkan untuk menentukan perilaku wanita dalam memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama.

Hampir separuh wanita berasal dari rumah tangga miskin dan 16 persen wanita berasal dari rumah tangga kaya, sedangkan sisanya berasal dari rumah tangga menengah. Tabel 4.6 memperlihatkan bahwa semakin kaya status ekonomi rumah tangga wanita, semakin rendah persentase wanita yang tidak memeriksakan kehamilan pada trimester pertama. Persentase wanita miskin yang tidak memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama adalah hampir dua kali lipat persentase wanita dengan status ekonomi menengah dan menjadi hampir empat kali lipat persentase wanita kaya. Hal ini dapat menjadi indikasi bahwa kemapanan secara ekonomi merupakan faktor yang berpengaruh kuat terhadap perilaku positif wanita untuk memeriksakan kehamilannya secara dini. Selain itu, wanita dari rumah tangga miskin harus mendapatkan perhatian utama mengingat tingginya persentase wanita pada kelompok ini yang tidak memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama.

Daerah tempat tinggal juga dapat mengindikasikan adanya perbedaan perilaku wanita dalam pemeriksaan kehamilan pada trimester pertama. Lebih dari 60 persen wanita tinggal di daerah perdesaan dan sisanya tinggal di daerah perkotaan. Persentase wanita yang tinggal di perdesaan dan tidak memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama adalah lebih besar dibandingkan dengan wanita yang tinggal di perkotaan, yaitu masing-masing adalah 36 persen dibandingkan dengan 19 persen.

Hubungan antara jumlah kelahiran hidup sebelumnya dengan pemeriksaan kehamilan pada trimester pertama memperlihatkan hubungan yang

tidak menggembarakan, yaitu bahwa semakin banyak kelahiran hidup yang dimiliki seorang wanita maka persentase wanita yang tidak memeriksakan kehamilan pada trimester pertama semakin besar pula. Persentase wanita yang telah memiliki tiga anak atau lebih dan tidak memeriksakan kehamilan berikutnya dalam trimester pertama kehamilan masih sangat besar, yaitu sekitar 43 persen. Seorang wanita yang sudah hamil atau melahirkan berulang kali seharusnya lebih memperhatikan kondisi kesehatan kehamilannya seiring dengan meningkatnya risiko kehamilan akibat penambahan umur dan penurunan kemampuan fisik wanita tersebut. Wanita yang sudah memiliki anak kemungkinan merasa kurang perlu untuk memperhatikan pemeriksaan kehamilan karena mereka telah memiliki pengalaman dari kehamilan atau kelahiran sebelumnya.

Tabel 4.7 memperlihatkan bahwa pola distribusi persentase wanita yang tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program mirip dengan pola distribusi persentase wanita yang tidak memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama, yaitu bahwa persentase wanita paling besar yang tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program adalah wanita pada kelompok umur muda dan tua. Hal ini dapat dijelaskan dengan alasan yang sama seperti yang telah diuraikan di atas.

Semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin rendah persentase wanita yang tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program. Persentase wanita dengan pendidikan kurang dari SD dan tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program adalah hampir tiga kali lipat persentase wanita dengan pendidikan SLTA ke atas, yaitu masing-masing 61 persen dan 23 persen.

Persentase wanita tidak bekerja dan tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program adalah sedikit lebih besar dibandingkan dengan mereka yang bekerja, yaitu masing-masing 39 persen dan 38 persen. Penjelasan untuk hasil ini adalah bahwa wanita yang bekerja memiliki akses yang lebih baik terhadap pelayanan kesehatan sehingga memungkinkan mereka untuk dapat memeriksakan kehamilannya secara rutin sesuai anjuran program. Meskipun demikian, Uji Kai-kuadrat menunjukkan tidak ada perbedaan

perilaku dalam melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program antara wanita yang bekerja dengan yang tidak bekerja.

Tabel 4.7. Distribusi Persentase Kehamilan menurut Jumlah Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan Sesuai Anjuran Program dan Karakteristik Latar Belakang Wanita Indonesia, SDKI 2007

Karakteristik Latar Belakang	Jumlah Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan Sesuai Anjuran Program				Jumlah	
	Ya		Tidak		n	%
	n	%	n	%		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Status kehamilan***						
Diharapkan	8.296	63,23	4.825	36,77	13.121	100,00
Tidak diharapkan	1.670	52,58	1.506	47,42	3.176	100,00
Umur saat mengandung***						
< 20	1.198	54,16	1.014	45,84	2.212	100,00
20-30	5.615	64,22	3.129	35,78	8.744	100,00
> 30	3.153	59,03	2.188	40,97	5.341	100,00
Pendidikan***						
< SD	1.090	38,83	1.717	61,17	2.807	100,00
SD-SLTP	4.856	58,73	3.413	41,27	8.269	100,00
>= SLTA	4.020	77,00	1.201	23,00	5.221	100,00
Status bekerja						
Tidak bekerja	4.813	60,72	3.113	39,28	7.926	100,00
Bekerja	5.153	61,56	3.218	38,44	8.371	100,00
Otonomi dalam pemeriksaan kesehatannya**						
Ya	8.505	61,52	5.320	38,48	13.825	100,00
Tidak	1.461	59,10	1.011	40,90	2.472	100,00
Kesulitan memperoleh uang untuk berobat***						
Ya	2.407	48,10	2.597	51,90	5.004	100,00
Tidak	7.559	66,94	3.734	33,06	11.293	100,00
Indeks kekayaan kuintil***						
Kaya	2.316	86,03	376	13,97	2.692	100,00
Menengah	3.939	69,61	1.720	30,39	5.659	100,00
Miskin	3.711	46,70	4.235	53,30	7.946	100,00
Daerah tempat tinggal***						
Perkotaan	4.721	74,68	1.601	25,32	6.322	100,00
Perdesaan	5.245	52,58	4.730	47,42	9.975	100,00
Jumlah kelahiran sebelumnya***						
0	3.451	67,77	1.641	32,23	5.092	100,00
1-2	4.886	63,89	2.762	36,11	7.648	100,00
3+	1.629	45,80	1.928	54,20	3.557	100,00
Jumlah	9.966	61,15	6.331	38,85	16.297	100,00

** Uji Kai-kuadrat signifikan pada $p < 0,05$.

*** Uji Kai-kuadrat signifikan pada $p < 0,001$.

Tabel 4.7 menunjukkan bahwa persentase wanita yang tidak memiliki otonomi dalam pemeriksaan kesehatannya dan tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program adalah sedikit lebih besar dibandingkan dengan mereka yang memiliki otonomi, yaitu masing-masing adalah 41 persen dan 38 persen. Meskipun hanya terdapat selisih persentase yang kecil, uji Kai-kuadrat menunjukkan bahwa kedua kelompok wanita ini memiliki perbedaan perilaku yang signifikan dalam melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program.

Seperti diduga, persentase wanita yang mengalami kesulitan memperoleh uang untuk berobat dan tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program adalah lebih besar dibandingkan dengan wanita yang tidak mengalami kesulitan memperoleh uang untuk berobat dan tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program. Hal ini dapat menggambarkan adanya keterbatasan dana sebagai penghalang bagi wanita untuk memeriksakan kehamilannya secara rutin sesuai anjuran program.

Semakin kaya seorang wanita, semakin rendah persentase wanita yang tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kesehatan sesuai anjuran program. Persentase wanita miskin yang tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program adalah hampir dua kali lipat persentase wanita dengan status ekonomi menengah dan menjadi empat kali lipat persentase wanita kaya.

Wanita yang tinggal di perdesaan lebih cenderung untuk tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program dibandingkan dengan wanita yang tinggal di perkotaan. Persentase wanita di perdesaan yang tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program adalah hampir dua kali lipat persentase wanita di perkotaan yang tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program, yaitu masing-masing 47 persen dan 25 persen.

Sekitar 22 persen wanita dalam penelitian ini telah memiliki tiga orang anak atau lebih sebelum kehamilan terakhir yang terjadi selama lima tahun sebelum survei. Tabel di atas menunjukkan bahwa semakin banyak jumlah anak

yang dimiliki oleh seorang wanita maka semakin tinggi persentase wanita yang tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program. Pola distribusi persentase ini mirip dengan pola distribusi persentase wanita yang tidak memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama menurut jumlah anak yang telah dimiliki.

Tabel 4.8 memperlihatkan bahwa persentase wanita yang memeriksakan kehamilannya kepada tenaga kesehatan bukan profesional lebih besar pada kelompok wanita yang mengandung pada usia muda dan tua dibandingkan dengan wanita yang mengandung pada usia 20-30 tahun. Hal ini kemungkinan disebabkan karena wanita yang mengandung pada umur muda masih kurang berpengalaman sehingga belum memiliki pengetahuan mengenai pemilihan tenaga pemeriksaan kehamilan yang berkualitas, sedangkan dan wanita yang mengandung pada usia tua lebih memilih pada praktek-praktek perawatan kehamilan tradisional.

Semakin tinggi tingkat pendidikan wanita, semakin rendah persentase wanita yang memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan bukan profesional. Persentase wanita berpendidikan tinggi yang memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan bukan profesional adalah sekitar lima kali lipat persentase wanita berpendidikan menengah, dan menjadi sekitar 16 kali lipat persentase wanita berpendidikan tinggi.

Persentase wanita bekerja yang memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan bukan profesional adalah lebih besar daripada persentase wanita tidak bekerja yang memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan bukan profesional. Hal ini kemungkinan disebabkan karena wanita yang bekerja tersebut lebih banyak yang bekerja di sektor pertanian dengan pendidikan tertinggi SLTP. Wanita yang bekerja disektor pertanian dengan pendidikan rendah kemungkinan besar akan memeriksakan kehamilannya pada tenaga pemeriksa kesehatan tidak profesional atau tidak memeriksakan kehamilannya sama sekali.

Persentase wanita yang tidak memiliki otonomi dalam pemeriksaan kesehatannya secara pribadi dan memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan bukan profesional adalah lebih besar dibandingkan dengan wanita yang memiliki otonomi dalam pemeriksaan kesehatannya dan memeriksakan

kehamilannya pada tenaga kesehatan bukan profesional, yaitu masing-masing 11 persen dan 8 persen. Uji Kai-kuadrat menunjukkan bahwa kedua kelompok wanita ini memiliki perbedaan perilaku dalam memilih petugas pemeriksa kehamilannya.

Tabel 4.8. Distribusi Persentase Kehamilan menurut Tenaga Pemeriksa Kehamilan dan Karakteristik Latar Belakang Wanita: Indonesia, SDKI 2007

Karakteristik Latar Belakang	Tenaga Pemeriksa Kehamilan				Jumlah	
	Profesional		Lainnya			
	n	%	n	%	n	%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Status kehamilan***						
Diharapkan	12.165	91,86	1.078	8,14	13.243	100,00
Tidak diharapkan	2.842	88,65	364	11,35	3.206	100,00
Umur saat mengandung***						
< 20	1.993	89,37	237	10,63	2.230	100,00
20-30	8.160	92,53	659	7,47	8.819	100,00
> 30	4.854	89,89	546	10,11	5.400	100,00
Pendidikan***						
< SD	2.144	75,28	704	24,72	2.848	100,00
SD-SLTP	7.676	92,10	658	7,90	8.334	100,00
>= SLTA	5.187	98,48	80	1,52	5.267	100,00
Status bekerja***						
Tidak bekerja	7.363	92,08	633	7,92	7.996	100,00
Bekerja	7.644	90,43	809	9,57	8.453	100,00
Otonomi dalam pemeriksaan kesehatannya***						
Ya	12.779	91,59	1.173	8,41	13.952	100,00
Tidak	2.228	89,23	269	10,77	2.497	100,00
Kesulitan memperoleh uang untuk berobat***						
Ya	4.299	84,81	770	15,19	5.069	100,00
Tidak	10.708	94,09	672	5,91	11.380	100,00
Indeks kekayaan kuintil***						
Kaya	2.686	99,41	16	0,59	2.702	100,00
Menengah	5.527	96,76	185	3,24	5.712	100,00
Miskin	6.794	84,56	1.241	15,44	8.035	100,00
Daerah tempat tinggal***						
Perkotaan	6.183	97,35	168	2,65	6.351	100,00
Perdesaan	8.824	87,38	1.274	12,62	10.098	100,00
Jumlah kelahiran sebelumnya***						
0	4.846	94,46	284	5,54	5.130	100,00
1-2	7.139	92,58	572	7,42	7.711	100,00
3+	3.022	83,76	586	16,24	3.608	100,00
Jumlah	15.007	91,23	1.442	8,77	16.449	100,00

*** Uji Kai-kuadrat signifikan pada $p < 0,001$.

Perbedaan persentase wanita yang memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan bukan profesional antara kelompok wanita yang memiliki kesulitan memperoleh uang untuk berobat dengan wanita yang tidak memiliki kesulitan memperoleh uang untuk berobat adalah cukup besar, yaitu 15 persen berbanding dengan 6 persen. Hal ini menunjukkan bahwa kesulitan memperoleh uang tunai untuk berobat dapat dipandang sebagai indikator adanya faktor kendala keuangan yang membatasi wanita untuk memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan profesional.

Semakin kaya seorang wanita, semakin rendah persentase wanita yang memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan bukan profesional. Tabel 4.8 menunjukkan bahwa wanita miskin yang memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan bukan profesional adalah lima kali lipat persentase wanita dari kelas menengah, dan meningkat menjadi lebih dari 15 kali lipat persentase wanita kaya. Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan dalam pemanfaatan tenaga kesehatan profesional sebagai tenaga pemeriksa kehamilan antara kelompok miskin dan kaya.

Daerah perkotaan identik dengan berbagai kemudahan dalam akses terhadap pelayanan kesehatan. Dengan demikian, tidak mengherankan jika persentase wanita di perdesaan yang memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan bukan profesional lebih besar dibandingkan dengan mereka yang tinggal di perkotaan, yaitu sekitar lima kali lipat.

Semakin banyak jumlah anak yang dimiliki seorang wanita, semakin tinggi persentase wanita yang memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan bukan profesional. Hal ini kemungkinan disebabkan karena wanita yang mengandung pada usia lebih tua lebih percaya pada perawatan kehamilan secara tradisional. Pola distribusi persentase yang sama seperti juga ditemukan pada perilaku wanita dalam pemeriksaan kehamilan pada trimester pertama dan dalam melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program.

4.2.2. Analisis Inferensial

Tabel 4.9 menyajikan estimasi parameter model regresi logistik mengenai pengaruh status kehamilan dan variabel-variabel penjelas lainnya terhadap perilaku perawatan kehamilan. Otonomi ibu dalam pemeriksaan kesehatan pribadinya tidak signifikan dalam mempengaruhi pemeriksaan kehamilan pada trimester pertama dan dalam melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program sehingga variabel ini dikeluarkan dari kedua model tersebut. Perlakuan yang sama diterapkan untuk variabel status bekerja ibu dalam model regresi untuk pemilihan tenaga pemeriksa kehamilan.

Hasil regresi logistik menunjukkan bahwa status kehamilan signifikan secara statistik mempengaruhi perilaku perawatan kehamilan: pemeriksaan kehamilan pada trimester pertama, jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program, dan tenaga pemeriksa kehamilan. Hal ini berarti terdapat perbedaan perilaku dalam perawatan kehamilan antara wanita yang menyatakan kehamilannya sebagai kehamilan diharapkan atau tidak diharapkan.

Kecenderungan wanita yang menyatakan kehamilannya tidak diharapkan adalah 40 persen lebih besar dibandingkan wanita yang menyatakan kehamilannya diharapkan untuk memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama. *Odds ratio* yang hampir sama juga diperoleh untuk kecenderungan wanita yang menyatakan kehamilannya tidak diharapkan dalam melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program. *Odds ratio* terkecil diperoleh untuk pengaruh status kehamilan terhadap pemilihan tenaga pemeriksa kehamilan, yaitu bahwa kecenderungan wanita yang menyatakan kehamilannya tidak diharapkan untuk memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan bukan profesional adalah 18 persen lebih tinggi dibandingkan dengan wanita yang mengharapkan kehamilannya.

Status kehamilan menunjukkan pengaruh yang signifikan dalam menjelaskan perilaku wanita Indonesia selama kehamilan dalam hal perawatan kehamilan. Perasaan bimbang wanita terhadap kehamilannya dapat mendorong wanita untuk tidak melakukan perawatan kehamilan yang cukup, seperti menunda pemeriksaan kehamilan pada awal kehamilan dan tidak melakukan kunjungan

pemeriksaan kehamilan secukupnya selama kehamilan. Wanita yang tidak berharap untuk hamil kemungkinan tidak menyadari tanda-tanda kehamilan sehingga ada waktu yang terbuang. Pada Bab 2 telah diuraikan bahwa kehamilan yang tidak diharapkan dapat berdampak negatif pada kualitas *outcome* kehamilan berdasarkan penelitian-penelitian sebelumnya. Oleh karena itu, setiap peristiwa kehamilan seharusnya diharapkan.

Umur saat mengandung sangat signifikan mempengaruhi setiap perilaku ibu selama kehamilan. Semakin tua umur mengandung, semakin rendah kecenderungan wanita untuk tidak memeriksakan kehamilan pada trimester pertama, semakin rendah kecenderungan wanita untuk tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan sesuai anjuran program, dan semakin rendah kecenderungan wanita untuk memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan bukan profesional. Semakin tua umur wanita saat mengandung, semakin besar risiko kehamilan tersebut baik untuk ibu maupun bayi yang dikandungnya. Oleh karena itu, sangat beralasan jika semakin tua umur wanita saat mengandung maka mereka akan lebih berhati-hati terhadap kehamilannya dengan berperilaku positif selama kehamilan, seperti melakukan pemeriksaan kehamilan yang cukup pada petugas kesehatan profesional.

Hasil regresi logistik yang diperoleh tampak berbeda dengan hasil analisis bivariat di atas dimana persentase wanita yang tidak memeriksakan kehamilan pada trimester pertama, tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program, dan memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan bukan profesional lebih besar pada kelompok wanita dengan umur mengandung muda atau tua. Setelah memperhitungkan pengaruh variabel penjelas lainnya, diperoleh hasil bahwa umur saat mengandung memiliki hubungan terbalik dengan perilaku ibu untuk tidak memeriksakan kehamilan pada trimester pertama, tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program, dan memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan bukan profesional.

Tabel 4.9. Estimasi Parameter dan Rasio Kecenderungan Model Regresi Logistik untuk Perilaku Perawatan Kehamilan Berisiko: Indonesia, SDKI 2007

Kovariat	Tidak memeriksakan kehamilan pada trimester pertama		Tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program		Tenaga pemeriksa kehamilan bukan tenaga kesehatan profesional	
	Estimasi parameter	Rasio kecenderungan	Estimasi parameter	Rasio kecenderungan	Estimasi parameter	Rasio kecenderungan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Konstanta	-1,53	0,22 ***	-1,11	0,33 ***	-3,90	0,02 ***
Status kehamilan						
Diharapkan	-	-	-	-	-	-
Tidak diharapkan	0,34	1,40 ***	0,33	1,40 ***	0,17	1,18 **
Umur saat mengandung						
< 20	-	-	-	-	-	-
20-30	-0,35	0,70 ***	-0,39	0,67 ***	-0,38	0,68 ***
> 30	-0,52	0,60 ***	-0,57	0,56 ***	-0,72	0,49 ***
Pendidikan						
< SD	-	-	-	-	-	-
SD-SLTP	-0,41	0,66 ***	-0,46	0,63 ***	-0,92	0,40 ***
≥ SLTA	-0,65	0,52 ***	-0,71	0,49 ***	-1,77	0,17 ***
Status bekerja						
Tidak bekerja	-	-	-	-	-	-
Bekerja	-0,14	0,87 ***	-0,16	0,85 ***	-	-
Otonomi dalam pemeriksaan kesehatannya						
Ya	-	-	-	-	-	-
Tidak	-	-	-	-	0,19	1,21 **
Kesulitan memperoleh uang untuk berobat						
Ya	0,40	1,50 ***	0,37	1,44 ***	0,47	1,59 ***
Tidak	-	-	-	-	-	-
Indeks kekayaan kuintil						
Kaya	-	-	-	-	-	-
Menengah	0,60	1,82 ***	0,69	1,99 ***	1,00	2,72 ***
Miskin	1,09	2,99 ***	1,25	3,49 ***	1,92	6,83 ***
Daerah tempat tinggal						
Perkotaan	-	-	-	-	-	-
Perdesaan	0,26	1,30 ***	0,31	1,37 ***	0,65	1,92 ***
Jumlah kelahiran sebelumnya	0,18	1,19 ***	0,19	1,21 ***	0,22	1,25 ***
-2 (log-likelihood)	17.866,92		19.245,40		7.898,89	

** Signifikan pada $p < 0,05$.

*** Signifikan pada $p < 0,001$.

Tingkat pendidikan wanita sangat signifikan mempengaruhi perilaku ibu selama kehamilan. Semakin tinggi tingkat pendidikan wanita, semakin rendah kecenderungan wanita untuk tidak memeriksakan kehamilan pada trimester

pertama, semakin rendah kecenderungan wanita untuk tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan sesuai anjuran program, dan semakin rendah kecenderungan wanita untuk memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan bukan profesional. Perbedaan *odds ratio* antara kelompok pendidikan SD-SLTP dan SLTA ke atas, paling besar diperlihatkan untuk pemilihan tenaga pemeriksa kesehatan bukan profesional, yaitu mencapai 23 persen. Jadi, wanita dengan pendidikan tinggi jauh lebih mempercayakan pemeriksaan kehamilannya pada petugas kesehatan profesional dibandingkan dengan wanita yang berpendidikan lebih rendah. Hasil ini konsisten dengan analisis bivariat di atas dan mendukung hipotesis penelitian.

Konsistensi hubungan negatif antara tingkat pendidikan wanita dengan ketiga perilaku tidak baik selama kehamilan yang diteliti menegaskan bahwa wanita yang berpendidikan lebih tinggi akan lebih memahami apa yang penting untuk kesehatan pribadinya dan janin yang dikandungnya. Hal ini menjadikan wanita yang berpendidikan rendah sebagai sasaran penting dalam program-program pemerintah pada bidang kesehatan ibu dan anak untuk meningkatkan partisipasi wanita kelompok ini dalam berperilaku positif dalam pemeriksaan kehamilan.

Status bekerja wanita signifikan mempengaruhi perilaku wanita dalam memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama dan dalam melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program. Kecenderungan wanita bekerja untuk tidak memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama dan tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program, masing-masing adalah 13 persen dan 15 persen lebih rendah dibandingkan dengan wanita yang tidak bekerja. Hasil ini sesuai dengan yang diharapkan, yaitu bahwa wanita yang bekerja memiliki akses informasi lebih baik mengenai bagaimana melakukan perawatan kehamilan. Dengan demikian, data dalam penelitian ini mendukung hipotesis penelitian.

Uji Kai-kuadrat menunjukkan terdapat perbedaan perilaku antara wanita yang bekerja dan tidak bekerja dalam pemeriksaan kehamilan trimester pertama, namun tidak ada perbedaan perilaku dalam melakukan jumlah kunjungan

pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program antara kedua kelompok wanita tersebut. Meskipun demikian, hasil regresi logistik menegaskan adanya pengaruh status bekerja wanita bersama variabel-variabel penjelas lainnya terhadap kedua perilaku dalam pemeriksaan kehamilan tersebut.

Uji Kai-kuadrat menunjukkan adanya perbedaan perilaku wanita dalam pemilihan tenaga pemeriksa kehamilan antara wanita bekerja dan tidak bekerja, namun regresi logistik menunjukkan bahwa status bekerja wanita ternyata tidak signifikan dalam mempengaruhi pemilihan tenaga pemeriksa kehamilan. Hal ini kemungkinan disebabkan wanita yang bekerja memiliki keterbatasan waktu untuk memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan profesional karena harus bekerja, sementara itu jam pelayanan tenaga kesehatan profesional biasanya terbatas atau hanya pada jam tertentu. Jam pelayanan pemeriksaan kehamilan pada tenaga bukan profesional kemungkinan lebih leluasa. Hal ini menyebabkan peluang wanita yang bekerja tidak berbeda dengan mereka yang tidak bekerja dalam pemilihan tenaga pemeriksa kehamilan. Dengan demikian, data pada penelitian ini tidak mendukung hipotesis penelitian.

Tidak terdapat perbedaan perilaku antara wanita yang memiliki otonomi dalam pemeriksaan kesehatannya dengan yang tidak memiliki otonomi dalam pemeriksaan kehamilan pada trimester pertama dan dalam melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program. Akan tetapi, status otonomi wanita tersebut signifikan mempengaruhi pemilihan tenaga pemeriksa kehamilan. Wanita yang tidak memiliki otonomi dalam pemeriksaan kesehatan 21 persen lebih besar kecenderungannya dibandingkan dengan wanita yang memiliki otonomi untuk memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan bukan profesional.

Tabel 4.9 memperlihatkan bahwa status otonomi wanita hanya signifikan berpengaruh terhadap pemilihan tenaga pemeriksa kehamilan. Hal ini mengindikasikan kemampuan wanita untuk memilih tenaga pemeriksa kehamilan yang berkualitas. Wanita yang memiliki otonomi atau tidak memiliki otonomi kemungkinan memiliki kesadaran yang rendah akan tanda-tanda kehamilan dan pemahaman pentingnya pemeriksaan kehamilan secara rutin sehingga kedua

kelompok wanita ini tidak memiliki perbedaan perilaku dalam pemeriksaan kehamilan pada trimester pertama dan dalam melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program.

Wanita yang mengalami kesulitan mendapatkan uang untuk berobat memiliki kecenderungan lebih besar dibandingkan dengan wanita yang tidak mengalami kesulitan memperoleh uang untuk berobat untuk tidak memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama, tidak melakukan jumlah kunjungan sesuai anjuran program, dan memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan bukan profesional. Hasil ini konsisten dengan analisis bivariat dan mendukung hipotesis penelitian.

Semakin kaya seorang wanita, semakin kecil kecenderungannya untuk tidak memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama, tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program, dan memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan bukan profesional. Hasil ini sesuai dengan hipotesis penelitian. Tabel 4.9 memperlihatkan bahwa indeks kekayaan kuintil sebagai pendekatan terhadap status ekonomi rumah tangga jangka panjang memiliki *odds ratio* terbesar dibandingkan dengan variabel-variabel penjelas lainnya. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa perilaku pemeriksaan kehamilan yang cukup membutuhkan kemapanan dalam keuangan karena pemeriksaan kehamilan pastinya membutuhkan biaya tidak sedikit.

Wanita yang tinggal di perdesaan dan perkotaan memiliki perilaku yang berbeda dalam hal pemeriksaan kehamilan. Wanita perdesaan lebih besar kecenderungannya dibandingkan wanita perkotaan untuk tidak memeriksakan kehamilannya dalam trimester pertama, tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program, dan memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan bukan profesional. *Odds ratio* paling besar ditunjukkan dalam pemilihan tenaga pemeriksa kehamilan, dimana kecenderungan wanita perdesaan hampir dua kali lebih besar dibandingkan wanita perkotaan untuk memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan bukan profesional. Hal ini mengindikasikan adanya ketimpangan dalam akses pelayanan kesehatan antara

daerah perdesaan dan perkotaan sehingga wanita perkotaan dapat memiliki akses lebih baik atau lebih mudah dibandingkan dengan wanita perdesaan.

Setiap penambahan satu kelahiran hidup, kecenderungan wanita untuk tidak memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama, tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program, dan memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan bukan profesional akan meningkat menjadi 1,19, 1,21, dan 1,25 kali. Hasil ini konsisten dengan analisis bivariat sebelumnya, namun tidak mendukung hipotesis penelitian. Idealnya, semakin sering seorang wanita melahirkan, semakin besar kesadaran wanita tersebut mengenai pentingnya pemeriksaan selama kehamilan untuk kesehatan ibu dan bayi.

Penjelasan yang mungkin untuk hasil di atas adalah wanita yang sudah pernah melahirkan anak sebelumnya merasa telah cukup berpengalaman sehingga menganggap tidak terlalu penting untuk memeriksakan kehamilan pada trimester pertama, melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program, dan memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan profesional, apalagi jika wanita tersebut tidak pernah mengalami kesulitan dengan kehamilan sebelumnya. Kemungkinan alasan lainnya adalah petugas kesehatan kurang memberikan penekanan terhadap pentingnya pemeriksaan kehamilan kepada mereka dibandingkan kepada wanita yang baru pertama kali mengandung. Selain itu, perasaan malu karena memiliki anak banyak kemungkinan juga mendorong ibu untuk tidak memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama, tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program, dan memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan bukan profesional.

Urutan variabel yang paling kuat pengaruhnya berdasarkan nilai statistik Wald terbesar terhadap pemeriksaan kehamilan pada trimester pertama dan melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program adalah indeks kekayaan kuintil, jumlah kelahiran sebelumnya, dan pendidikan wanita, kesulitan untuk memperoleh uang untuk berobat, umur saat mengandung, status kehamilan, daerah tempat tinggal, dan status bekerja. Urutan variabel yang paling kuat pengaruhnya terhadap pemilihan tenaga pemeriksa kehamilan adalah

pendidikan, indeks kekayaan kuintil, jumlah kelahiran sebelumnya, kesulitan memperoleh uang untuk berobat, daerah tempat tinggal, umur saat mengandung, otonomi wanita dalam memeriksakan kesehatan pribadinya, dan status kehamilan.

Pada Tabel 4.10 disajikan peluang yang disesuaikan (*adjusted probability*) untuk setiap perilaku ibu dalam hal perawatan kehamilan. Nilai peluang pada tabel ini merupakan nilai peluang untuk setiap kategori dari suatu variabel dengan memperhitungkan pengaruh variabel lainnya konstan. Nilai kovariat jumlah kelahiran sebelumnya ditentukan berdasarkan nilai rata-ratanya, yaitu sekitar 1,6 anak per wanita dan nilai kovariat lainnya ditentukan berdasarkan proporsi setiap kategori untuk setiap kelompok wanita.

Tabel 4.10 memperlihatkan bahwa peluang ibu untuk tidak memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama, tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program, atau memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan bukan profesional secara konsisten terjadi lebih besar pada wanita yang tidak mengharapkan kehamilannya, mengandung pada umur lebih muda, berpendidikan rendah, mengalami kesulitan dalam memperoleh uang untuk berobat, berasal dari rumah tangga miskin, dan tinggal di perdesaan. Peluang wanita yang tidak bekerja lebih besar dibandingkan dengan wanita yang bekerja untuk tidak memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama dan untuk tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program. Meskipun demikian, tidak ada perbedaan peluang dalam pemilihan tenaga pemeriksa kehamilan antara wanita yang bekerja dan tidak bekerja. Wanita yang memiliki otonomi memiliki peluang yang sedikit lebih besar dibandingkan dengan wanita yang tidak memiliki otonomi dalam pemilihan tenaga pemeriksa kehamilan.

Tabel 4.10. Peluang yang Disesuaikan (*Adjusted Probability*) untuk Perilaku Perawatan Kehamilan Berisiko: Indonesia, SDKI 2007

Karakteristik latar belakang	Peluang yang disesuaikan					
	Pemeriksaan kehamilan pada trimester pertama		Jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program		Tenaga pemeriksa kehamilan	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Profesional	Lainnya
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Konstanta	0,73	0,27	0,63	0,37	0,96	0,04
Status kehamilan						
Diharapkan	0,75	0,25	0,65	0,35	0,96	0,04
Tidak diharapkan	0,68	0,32	0,57	0,43	0,95	0,05
Umur saat mengandung						
< 20	0,66	0,34	0,54	0,46	0,94	0,06
20-30	0,73	0,27	0,63	0,37	0,96	0,04
> 30	0,76	0,24	0,67	0,33	0,97	0,03
Pendidikan						
< SD	0,64	0,36	0,52	0,48	0,89	0,11
SD-SLTP	0,73	0,27	0,63	0,37	0,95	0,05
>= SLTA	0,78	0,22	0,69	0,31	0,98	0,02
Status bekerja						
Tidak bekerja	0,72	0,28	0,61	0,39		
Bekerja	0,75	0,25	0,65	0,35		
Otonomi dalam pemeriksaan kesehatannya						
Ya					0,96	0,04
Tidak					0,95	0,05
Kesulitan memperoleh uang untuk berobat						
Ya	0,67	0,33	0,57	0,43	0,94	0,06
Tidak	0,76	0,24	0,66	0,34	0,96	0,04
Indeks kekayaan kuintil						
Kaya	0,85	0,15	0,80	0,20	0,99	0,01
Menengah	0,76	0,24	0,67	0,33	0,97	0,03
Miskin	0,66	0,34	0,53	0,47	0,92	0,08
Daerah tempat tinggal						
Perkotaan	0,76	0,24	0,68	0,32	0,97	0,03
Perdesaan	0,71	0,29	0,60	0,40	0,95	0,05
Jumlah kelahiran sebelumnya	0,73	0,27	0,63	0,37	0,96	0,04

BAB V

KESIMPULAN DAN IMPLIKASI KEBIJAKAN

5.1. Kesimpulan

Hasil analisis pada Bab 4 telah menunjukkan bahwa karakteristik sosial-ekonomi dan demografi berpengaruh terhadap status kehamilan di antara wanita pernah kawin di Indonesia. Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian-penelitian sebelumnya yang telah dilakukan pada negara-negara lain mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi status suatu kehamilan. Adapun ringkasan hasil penelitian mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi status kehamilan pada wanita pernah kawin di Indonesia adalah sebagai berikut ini.

1. Umur saat mengandung merupakan variabel yang sangat signifikan dan paling besar pengaruhnya dibandingkan variabel-variabel penjelas lainnya dalam mempengaruhi status suatu kehamilan sebagai diharapkan atau tidak diharapkan. Umur saat mengandung memiliki hubungan positif monoton dengan kehamilan yang tidak diharapkan, yaitu bahwa semakin tua umur seorang wanita saat mengandung, semakin besar kecenderungan wanita tersebut untuk menyatakan kehamilannya sebagai kehamilan yang tidak diharapkan.
2. Pendidikan wanita signifikan mempengaruhi status kehamilan dengan arah hubungan monoton terbalik, yaitu bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seorang wanita, semakin kecil kecenderungan wanita tersebut untuk menyatakan kehamilannya sebagai kehamilan yang tidak diharapkan.
3. Otonomi wanita dalam pemeriksaan kesehatan pribadinya ternyata sangat signifikan dan merupakan variabel kedua terbesar pengaruhnya setelah umur ibu saat mengandung dalam mempengaruhi status suatu kehamilan. Wanita yang tidak memiliki otonomi lebih besar kecenderungannya dibandingkan wanita yang memiliki otonomi untuk menyatakan kehamilannya sebagai kehamilan yang tidak diharapkan.

4. Indeks kekayaan kuintil sebagai cermin status ekonomi rumah tangga wanita juga mempengaruhi status suatu kehamilan dengan tingkat signifikansi 5-10 persen untuk setiap kelompok status ekonomi rumah tangga. Semakin kaya suatu rumah tangga wanita, semakin rendah kecenderungan wanita tersebut untuk menyatakan kehamilannya sebagai kehamilan yang tidak diharapkan.
5. Wanita yang tinggal di perdesaan lebih rendah kecenderungannya dibandingkan dengan wanita di perkotaan untuk menyatakan kehamilannya sebagai kehamilan yang tidak diharapkan.

Model regresi logistik yang dihasilkan menunjukkan adanya signifikansi efek random dari wanita yang tidak teramati dalam model. Efek random dari wanita ini menyebabkan perbedaan risiko kehamilan yang tidak diharapkan untuk wanita dengan karakteristik sosial-ekonomi dan demografi yang sama. Efek random yang tidak teramati dalam penelitian ini kemungkinan adalah seperti kesehatan mental wanita dan dukungan lingkungan sosial wanita, seperti hubungan antara wanita dengan ayah dari anak yang dikandungnya, dan reaksi orang tua, saudara kandung, atau sahabat terhadap kehamilannya.

Penelitian yang telah dilakukan sebelumnya pada negara-negara lain menunjukkan bahwa kehamilan yang tidak diharapkan mendorong wanita untuk tidak berperilaku sehat selama mengandung sehingga dapat berakibat buruk bagi *outcome* suatu kehamilan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa status kehamilan merupakan penduga yang signifikan terhadap perilaku ibu dalam perawatan kehamilan dan kehamilan yang tidak diharapkan memperbesar kecenderungan wanita untuk tidak memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama kehamilan, tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program, atau tidak memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan profesional. Oleh karena itu, setiap kehamilan seharusnya diharapkan, yaitu bahwa kehamilan tersebut secara sadar dan jelas diinginkan pada saat pembuahan (konsepsi).

Beberapa variabel penjelas lainnya yang turut diteliti untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku perawatan kehamilan menunjukkan hasil sebagai berikut ini.

1. Umur saat mengandung memiliki hubungan negatif dengan ketiga perilaku wanita dalam perawatan kehamilan. Semakin tua umur wanita, semakin rendah kecenderungan wanita untuk tidak memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama, tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program, dan memeriksakan kehamilan pada tenaga kesehatan bukan profesional.
2. Pendidikan memiliki hubungan negatif dengan ketiga perilaku wanita dalam pemeriksaan kehamilan. Semakin tinggi pendidikan wanita, semakin rendah kecenderungan wanita untuk tidak memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama, tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program, dan memeriksakan kehamilan pada tenaga kesehatan bukan profesional.
3. Status bekerja hanya signifikan mempengaruhi pemeriksaan kehamilan pada trimester pertama dan melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program. Kecenderungan wanita bekerja lebih rendah dibandingkan wanita tidak bekerja untuk tidak memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama dan tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program.
4. Otonomi wanita dalam pemeriksaan kesehatan pribadinya hanya signifikan mempengaruhi pemilihan tenaga pemeriksa kehamilan, yaitu bahwa kecenderungan wanita yang tidak memiliki otonomi lebih besar dibandingkan dengan wanita yang memiliki otonomi untuk memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan bukan profesional.
5. Kesulitan memperoleh uang untuk berobat mempengaruhi ketiga perilaku wanita dalam pemeriksaan kehamilan, yaitu bahwa kecenderungan wanita yang mengalami kesulitan memperoleh uang untuk berobat lebih besar dibandingkan dengan wanita yang tidak mengalami kesulitan memperoleh uang untuk berobat untuk tidak memeriksakan kehamilannya pada trimester

- pertama, tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program, dan memeriksakan kehamilan pada tenaga kesehatan bukan profesional.
6. Semakin kaya seorang wanita, semakin rendah kecenderungan wanita untuk tidak memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama, tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program, dan memeriksakan kehamilan pada tenaga kesehatan bukan profesional.
 7. Daerah tempat tinggal signifikan mempengaruhi ketiga perilaku wanita dalam pemeriksaan kehamilan dimana kecenderungan wanita yang tinggal di perdesaan lebih besar dibandingkan dengan wanita yang tinggal di perkotaan untuk tidak memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama, tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program, dan memeriksakan kehamilan pada tenaga kesehatan bukan profesional.
 8. Setiap penambahan satu kelahiran hidup, semakin besar kecenderungan wanita untuk tidak memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama, tidak melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program, dan memeriksakan kehamilan pada tenaga kesehatan bukan profesional.

5.2. Implikasi Kebijakan

Wanita yang tidak mengharapkan kehamilannya cenderung tidak melakukan perawatan kehamilan yang seharusnya. Oleh karena itu, kehamilan yang tidak diharapkan harus dicegah. Beberapa rekomendasi kebijakan berkaitan dengan kehamilan yang tidak diharapkan adalah sebagai berikut.

1. Wanita yang mengandung pada umur lebih tua berisiko lebih besar terhadap kehamilan yang tidak diharapkan, meskipun demikian wanita pada kelompok umur mengandung lainnya juga harus tetap diperhatikan. Wanita yang berumur lebih tua memerlukan pelayanan KB untuk membantu mereka membatasi jumlah anak, sedangkan wanita muda membutuhkan pelayanan

KB untuk merencanakan kehamilan dan mengatur jarak kehamilan berikutnya.

2. Pengetahuan mengenai kontrasepsi, kehamilan yang tidak diharapkan, dan kesehatan reproduksi perlu ditingkatkan terutama untuk wanita berpendidikan rendah.
3. Wanita yang berasal dari rumah tangga lebih miskin memiliki resiko besar terhadap kehamilan yang tidak diharapkan. Oleh karena itu, pemerintah perlu mendistribusikan kontrasepsi gratis dan memberikan penyuluhan secara berkala tentang efektivitas berbagai metode kontrasepsi bagi kelompok wanita ini.
4. Pemberian pelayanan konseling (KIP/K) oleh petugas kesehatan bagi wanita hamil untuk memastikan bahwa mereka tidak akan mengabaikan kesehatan pribadinya atau membahayakan kesehatan anak yang dikandungnya. Petugas kesehatan tidak semata-mata hanya memeriksa kesehatan wanita hamil secara fisik saja, tetapi juga perlu mengetahui kesehatan wanita secara psikis, salah satunya mengenai perasaannya atas kehamilan saat itu. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan komunikasi dua arah antara petugas kesehatan dan wanita hamil.
5. Pria atau suami ikut dilibatkan dalam konseling tersebut, dengan harapan pria terdorong untuk bersikap lebih mendukung dan bertanggung jawab dalam penerapan keluarga berencana dan perawatan anak.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perlu ada perhatian terhadap status kehamilan dan faktor sosial-ekonomi dan demografi yang menyumbang terhadap perilaku wanita dalam perawatan kehamilan, seperti memeriksakan kehamilan pada trimester pertama, melakukan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program, dan memeriksakan kehamilan pada tenaga kesehatan profesional. Partisipasi wanita dalam perawatan kehamilan dapat ditingkatkan dengan cara sebagai berikut.

1. Meningkatkan penyebaran informasi dan pengetahuan mengenai perawatan kehamilan terutama untuk wanita yang mengandung pada umur muda dan berpendidikan rendah.

2. Meningkatkan setiap program yang berkaitan dengan pemberdayaan wanita untuk meningkatkan otonomi wanita dalam rumah tangga.
3. Mengurangi biaya perawatan kehamilan untuk menjangkau wanita hamil yang berasal dari rumah tangga miskin.
4. Meningkatkan kapasitas pelayanan perawatan kehamilan bagi wanita yang kemungkinan tidak mampu membayar untuk memperoleh perawatan kehamilan.
5. Meningkatkan pemerataan ketersediaan fasilitas kesehatan di perdesaan dan di perkotaan sehingga setiap wanita hamil memiliki kemudahan akses yang sama untuk memperoleh perawatan kehamilan.
6. Menyediakan dukungan sosial untuk mendorong perawatan kehamilan berkelanjutan untuk setiap wanita hamil.

Realisasi rekomendasi di atas dapat dicapai dengan cara meningkatkan peranan aktif petugas kesehatan seperti bidan di desa untuk mengunjungi wanita hamil yang ada di wilayah tugasnya. Selain itu, kualitas kegiatan pos pelayanan terpadu (posyandu) perlu lebih ditingkatkan dengan cara menetapkan jadwal kegiatan lebih rutin, memperluas kapasitas pelayanan khususnya yang berkaitan dengan pemeriksaan kehamilan, dan senantiasa menghadirkan petugas kesehatan dalam setiap kegiatan posyandu.

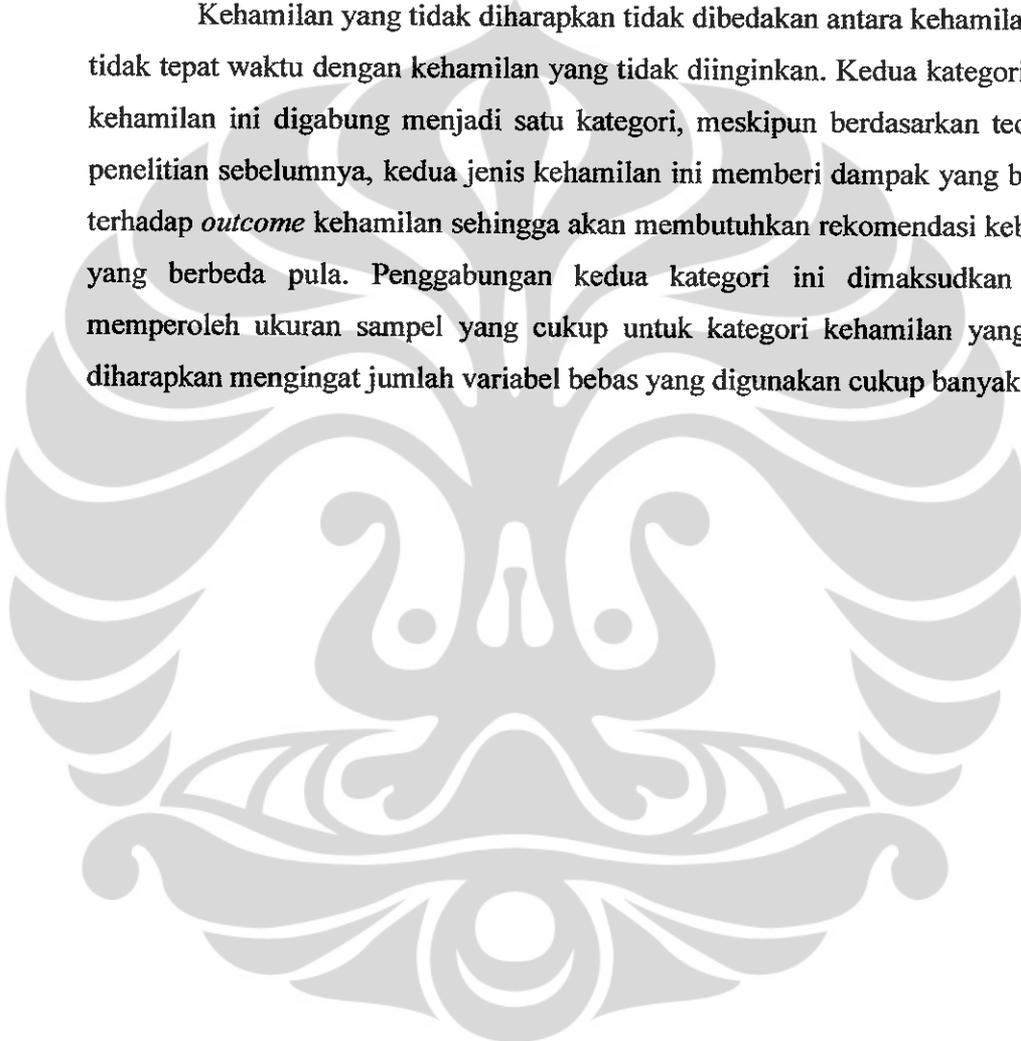
5.3. Keunggulan dan Keterbatasan Penelitian

Penelitian mengenai kehamilan yang tidak diharapkan dan dampaknya terhadap perilaku perawatan kehamilan di Indonesia belum banyak dilakukan. Hal ini kemungkinan disebabkan karena isu ini belum dianggap penting mengingat tingkat fertilitas tidak diinginkan di Indonesia masih relatif rendah dan ketersediaan data kurang mendukung. Sebagai contoh adalah bahwa keterbatasan data menyebabkan unit analisis dalam penelitian ini tidak mencakup kehamilan yang berakhir dengan keguguran atau digugurkan karena informasi rinci tentang kehamilan hanya tersedia untuk kehamilan yang berakhir dengan kelahiran hidup.

Karakteristik data yang tersedia umumnya berupa data kategorik sehingga metode analisis inferensial yang dapat diterapkan sangat terbatas. Selain

itu, belum ada kerangka teoritis yang kuat menggambarkan arah hubungan antara kehamilan yang tidak diharapkan dan perilaku perawatan kehamilan untuk dapat menerapkan analisis jalur (*path analysis*) sehingga metode statistik yang paling relevan digunakan adalah regresi logistik. Meskipun demikian, selain menerapkan regresi logistik biasa, penelitian ini juga menerapkan model regresi logistik dengan efek random dalam analisis inferensial.

Kehamilan yang tidak diharapkan tidak dibedakan antara kehamilan yang tidak tepat waktu dengan kehamilan yang tidak diinginkan. Kedua kategori status kehamilan ini digabung menjadi satu kategori, meskipun berdasarkan teori dan penelitian sebelumnya, kedua jenis kehamilan ini memberi dampak yang berbeda terhadap *outcome* kehamilan sehingga akan membutuhkan rekomendasi kebijakan yang berbeda pula. Penggabungan kedua kategori ini dimaksudkan untuk memperoleh ukuran sampel yang cukup untuk kategori kehamilan yang tidak diharapkan mengingat jumlah variabel bebas yang digunakan cukup banyak.



DAFTAR PUSTAKA

- Adetunji, Jacob. (2001, Juli). *Mistimed and Unwanted Childbearing in the Course of Fertility Transition*. Makalah disajikan pada Workshop on Prospects for Fertility Decline in High Fertility Countries, New York.
- Agresti, Alan. (1990). *Categorical Data Analysis*. New York: John Wiley.
- Alexander, Greg R. dan Milton Kotelchuck. (2001). Assessing the Role and Effectiveness of Prenatal Care: History, Challenges, and Directions for Future Research. *Public Health Reports*, 116(4): 306-316.
- Badan Pusat Statistik (BPS) dan Macro International. (2007). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007*. Calverton, Maryland, USA: BPS dan Macro International.
- (2003). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2002-2003*. Calverton, Maryland, USA: BPS dan Macro International.
- (1998). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 1997*. Calverton, Maryland, USA: BPS dan Macro International.
- (1995). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 1994*. Calverton, Maryland, USA: BPS dan Macro International.
- (1993). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 1991*. Calverton, Maryland, USA: BPS dan Macro International.
- Bankole, Akinrinola dan Charles F. Westoff. (1995). *Childbearing Attitudes and Intentions*. DHS Comparative Studies No. 17. Calverton, Maryland: Macro International Inc.

- Barber, Jennifer S., William G. Axxin, dan Arland Thorton. (1999). Unwanted Childbearing, Health, and Mother-Child Relationships. *Journal of Health and Social Behavior*, 40(3): 231-257.
- Baydar, Nazli. (1995). Consequences for Children of Their Birth Planning Status. *Family Planning Perspectives*, 27(6): 228-234 & 245.
- Bongaarts, John. (2003). Completing the Fertility Transition in the Developing World: The Role of Educational Differences and Fertility Preferences. *Population Studies*, 57(3): 231-335.
- (1997). Trends in Unwanted Childbearing in the Developing World. *Studies in Family Planning*, 28(4): 267-277.
- (1990). The Measurement of Wanted Fertility. *Population and Development Review*, 16(3): 487-506.
- Bongaarts, John dan Judith Bruce. (1995). The Causes of Unmet Need for the Contraception and the Social Content Service. *Studies in Family Planning*, 26(2): 57-75.
- Brown, Sarah S. (1989). Drawing Women into Prenatal Care. *Family Planning Perspectives*, 21(2): 73-88.
- Brown, Sarah S. dan Leon Eisenberg. (1995). *The Best Intentions: Unintended Pregnancy and the Well-Being of Children and Families*. Washington, DC: National Academy Press.
- Bustan, Muhammad N. (1994). Maternal Attitude Toward Pregnancy and the Risk of Neonatal Deaths. *American Journal of Public Health*, 84(3): 411-414.
- Chalasan, Satvika, John B. Casterline, dan Michael A. Koenig. (2007, Maret). *Consequences of Unwanted Childbearing: A Study of Child Outcomes in Bangladesh*. Makalah disajikan pada Annual Meeting of the Population Association of America, New York.

- Curtis, Sian L., Ian Diamond, dan John W. McDonald. (1993). Birth Interval and Family Effects on Postneonatal Mortality in Brazil. *Demography*, 30(1): 33-43.
- Departemen Kesehatan. (2009). *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta, Indonesia: Departemen Kesehatan dan *Japan International Cooperation Agency*.
- (2001a). *What Health Service Providers Need to Know About Reproductive Health*. Jakarta, Indonesia: Departemen Kesehatan.
- (1991). *Bila Ibu Ingin Sehat: Pedoman Hidup Sehat*. Jakarta, Indonesia: Departemen Kesehatan.
- Dibaba, Yohannes. (2008). Factors Influencing Women's Intention to Limit Childbearing in Oromia, Ethiopia. *Ethiopia Journal of Health Development*, 22(3): 28-33.
- Easterlin, Richard A. (1975). An Economic Framework for Fertility Analysis. *Studies in Family Planning*, 6(3): 54-63.
- Eggleston, Elizabeth, Amy Ong Tsui, dan Milton Kotelchuck. (2001). Unintended Pregnancy and Low Birthweight in Ecuador. *American Journal of Public Health*, 91(5): 808-810.
- Eggleston, Elizabeth. (1999). Determinants of Unintended Pregnancy Among Women in Ecuador. *Family Planning Perspective*, 25(1): 27-33.
- Gage, Anastasia J. (1998). Premarital Childbearing, Unwanted Fertility and Maternity Care in Kenya and Namibia. *Population Studies*, 52(1): 21-34.
- Ganguly, Sujata dan Sayeed Unisa. (2008). Unintended Pregnancies and Its Association with Child Health in India: Evidence from NFHS-3. *Journal of Population*, (14)2: 157-180.

- Goldstein, Harvey. (1987). *Multilevel Models in Educational and Social Research*. New York: Oxford University Press.
- Henshaw, S. K. (1998). Unintended Pregnancy in United States. *Family Planning Perspective*, 30(1): 24-29.
- Hosmer, David W. dan Stanley Lemeshow. (1989). *Applied Logistic Regression* (2nd ed.). New York, USA: John Wiley & Sons.
- Institute of Medicine*. (1988). *Prenatal Care: Reaching Mothers, Reaching Infants*. Washington, DC: National Academy Press.
- Islam, M. Mazharul dan Mamunur Rashid. (2004). Determinants of Unintended Pregnancy Among Ever-Married Women in Bangladesh. *Journal of Family Welfare*, 50(2): 40-47.
- Johnson, Kiersten, Osama al Zoubi dan Martin Wulfe. (2004). *Mistimed and Unwanted Pregnancies in Jordan*. Calverton, Maryland, USA: Jordan Department of Statistics and ORC Macro.
- Joyce, Theodore J., Robert Kaestner, dan Sanders Korenman. (2002). On the Validity of Retrospective Assessments of Pregnancy Intention. *Demography*, 39(1): 199-213.
- (2000). The Effect of Pregnancy Intention on Child Development. *Demography*, 37(1): 83-94.
- Kaufmann, R. B., Morris L., Spitz A. M. (1997). Comparison of Two Question Sequences for Assessing Pregnancy Intentions. *American Journal of Epidemiology*, 145(9): 810-816.
- Kost, Kathryn, David J. Landry, dan Jacqueline E. Darroch. (1998a). The Effect of Pregnancy Planning Status on Birth Outcomes and Infant Care. *Family Planning Perspective*, 30(5): 223-230.

- (1998b). Predicting Maternal Behaviors During Pregnancy: Does Intention Status Matter? *Family Planning Perspective*, 30(2): 79-88.
- Marston, C. dan Cleland J. (2003). Do Unintended Pregnancies Carried to Term Lead to Adverse Outcome for Mother and Child? An Assessment in Five Developing Countries. *Population Studies*, 57(1):77-93.
- McCarthy, James dan Deborah Maine. (1992). A Framework for Analyzing the Determinants of Maternal Mortality. *Studies in Family Planning*, 23(1): 23-33.
- Mize, Lucy S. dan Bryant Robey. (2006). *A 35 Year Commitment to Family Planning in Indonesia: BKKBN and USAID's Historic Partnership*. Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs.
- Myrman, Antero, Paivi Olsen, Paula Rantakallio, dan Esa Laara. (1995). Does the Wantedness of a Pregnancy Predict a Child's Educational Attainment? *Family Planning Perspective*, 27(3): 116-119.
- Montgomery, Mark R., Cynthia B. Lloyd, Paul C. Hewett, dan Patrick Heuveline. (1997). *The Consequences of Imperfect Fertility Control for Children's Survival, Health, and Schooling*. DHS Analytical Reports No. 7. Calverton, Maryland: Macro International Inc.
- Nachrowi, Nachrowi Djalal dan Hardius Usman. (2002). *Penggunaan Teknik Ekonometrika*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Pulley, LeaVonne, Lorraine V. Klerman, Hao Tang, dan Beth A. Baker. (2002). The Extent of Pregnancy Mistiming and Its Association With Maternal Characteristics and Behaviors and Pregnancy Outcomes. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 34(4): 206-211.
- Raghupathy, Shobana. (1997). Unwanted Pregnancies and Preventive Health Care Use in Thailand. *Population Research and Policy Review*, 16: 579-595.

- Rajagukguk, Omas Bulan. (1997). Analysis of Contraceptive Switching in Indonesia. *Journal of Population*, 3(2): 97-117.
- Rutstein, Shea O. dan Kiersten Johnson. (2004). *The DHS Wealth Index*. DHS Comparative Reports No. 6. Calverton, Maryland: ORC Macro.
- Santelli, J., Rochat R., Hatfield-Timajchy, Gilbert B. C., Curtis K., Cabral R., Hirsch J. S., Schieve L., dan Unintended Pregnancy Working Group. (2003). The Measurement and Meaning of Unintended Pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35(2): 94-101.
- Singh, Abhishek, Satvika Chalasani, Michael A. Koenig, dan Bidhubhusan Mahapatra. (n.d.). The Consequences of Unintended Fertility for Maternal and Child Health in India. 2 Desember 2009. <http://iussp2009.princeton.edu/download.aspx?submissionId=93393>
- Weller, Robert H., Isaac W. Eberstein, dan Mohamed Bailey. (1987). Pregnancy Wantedness and Maternal Behavior During Pregnancy. *Demography*, 24(3): 407-412.
- Westoff, Charles F. (1981). Unwanted Fertility in Six Developing Countries. *Family Planning Perspective*, 7(2): 43-52.
- Williams, Linda B. (1991). Determinants of Unintended Childbearing Among Ever-Married Women In the United States: 1973-1988. *Family Planning Perspectives*, 23(5): 212-221.

Regresi Logistik dengan Efek Random

Regresi logistik dengan efek tetap mengasumsikan bahwa setiap observasi adalah independen. Jika asumsi ini tidak terpenuhi maka model regresi logistik dengan efek random lebih tepat digunakan sebagai metode analisis inferensial. Dua penelitian yang menerapkan regresi logistik dengan efek random sebagai metode analisis inferensial dalam penelitiannya disajikan di bawah ini.

I. Analisis Kematian Postneonatal di Brazil oleh Curtis dkk (1993)

Secara biologis beberapa wanita mengalami masalah selama kehamilan dibandingkan dengan wanita lainnya, seperti kelahiran prematur atau keterlambatan pertumbuhan janin. Masalah ini cenderung berulang pada kehamilan berikutnya. Anak-anak yang dilahirkan dari seorang wanita umumnya akan tinggal pada lingkungan yang sama sehingga akan memiliki risiko berkaitan dengan lingkungan tempat tinggalnya, seperti sumber air minum. Anak-anak tersebut juga memiliki risiko berkaitan dengan perilaku keluarga dan pola perawatan anak, seperti pola menyusui, pemanfaatan fasilitas kesehatan, dan standar kesehatan makanan.

Distribusi sampel penelitian yang digunakan menunjukkan bahwa lebih dari separuh wanita menyumbang lebih dari satu kelahiran. Hanya 2,5 persen wanita yang mengalami lebih dari satu kematian postneonatal. Meskipun demikian, wanita-wanita ini menyumbang 45 persen kematian postneonatal dari seluruh kematian postneonatal dalam sampel penelitian. Hal ini menunjukkan bahwa observasi tidak akan independen jika terdapat korelasi *outcome* antaranak. Nilai parameter skala yang dihasilkan (σ) adalah 1 dan signifikan dengan nilai-p kurang dari 0,001. Hal ini membuktikan signifikansi variasi keluarga dalam risiko kematian postneonatal.

II. Analisis *Contraceptive Switching* di Indonesia oleh Rajagukguk (1997)

Wanita dapat menggunakan lebih dari satu metode kontrasepsi dan kemungkinan mengganti metode kontrasepsi lebih dari satu kali selama periode yang diamati. Regresi logistik dengan efek random digunakan untuk meneliti pengaruh faktor-faktor sosial-ekonomi dan demografi terhadap *contraceptive switching*. Metode ini digunakan karena adanya kemungkinan

korelasi antara *outcome* dari dua pemakaian kontrasepsi yang berurutan dari wanita yang sama.

Jumlah pasangan metode kontrasepsi yang memiliki metode kontrasepsi awal adalah 14.180 pemakaian kontrasepsi yang disumbang oleh 12.684 wanita. Hampir enam persen wanita mengganti suatu metode kontrasepsi ke metode kontrasepsi lainnya lebih dari satu kali. Nilai dugaan parameter random (σ) yang dihasilkan adalah 0,78 dengan nilai-p kurang dari 0,001. Hal ini membuktikan adanya signifikansi pengaruh variasi individu wanita dalam peluang penggantian kontrasepsi.

Kedua penelitian di atas digunakan sebagai dasar dalam penerapan regresi logistik dengan efek random pada penelitian ini, khususnya dalam meneliti faktor-faktor yang mempengaruhi status kehamilan (*pregnancy intention*) di Indonesia. Penelitian ini mencakup 20.452 kehamilan yang disumbang oleh 16.470 wanita dimana sekitar 22 persen wanita menyumbang lebih dari satu kehamilan. Hanya sekitar tiga persen wanita mengalami kehamilan yang tidak diharapkan lebih dari satu kali. Meskipun demikian, wanita-wanita ini menyumbang sekitar 26 persen kehamilan yang tidak diharapkan dari seluruh kehamilan yang tidak diharapkan dalam sampel penelitian. Oleh karena itu, sangat beralasan jika diasumsikan bahwa risiko kehamilan yang tidak diharapkan berkorelasi untuk wanita yang sama. Dengan demikian, regresi logistik dengan efek random tepat digunakan karena asumsi independensi antarobservasi tidak terpenuhi. Nilai parameter skala (σ) yang dihasilkan adalah sebesar 1,77. Hal ini menunjukkan adanya pengaruh variasi individu wanita dalam risiko kehamilan yang tidak diharapkan.

Lampiran 2

Syntax dan Output STATA 10: Regresi Logistik dengan Efek Random

```

. insheet using "E:\A0 Sarni\AA - LDUI\Kuliah\Angkatan II\X4 - Semester 3
(Tugas)\1-Seminar\Season II (Semhas)\Pengolahan
> \Data Finale (STATA)-Wo Twins_290410.dat"
(407 vars, 20452 obs)

. xi: gllamm status i.age i.educ i.oto i.wealth i.res, i(id) fam(binom)
link(logit) trace
i.age          _Iage_1-3      (naturally coded; _Iage_1 omitted)
i.educ         _Ieduc_1-3     (naturally coded; _Ieduc_1 omitted)
i.oto          _Ioto_1-2     (naturally coded; _Ioto_1 omitted)
i.wealth       _Iwealth_1-3  (naturally coded; _Iwealth_1 omitted)
i.res          _Ires_1-2     (naturally coded; _Ires_1 omitted)

General model information
-----
dependent variable:  status
family:              binom
link:                logit
denominator:        1
equation for fixed effects  _Iage_2 _Iage_3 _Ieduc_2 _Ieduc_3 _Ioto_2 _Iwealth_2
_Iwealth_3 _Ires_2 _cons

Random effects information for 2 level model
-----
***level 2 (id) equation(s):

standard deviation of random effect
idl:  _cons

number of level 1 units = 20452
number of level 2 units = 16470

Initial values for fixed effects

Iteration 0:  log likelihood = -9921.1658
Iteration 1:  log likelihood = -9632.1376
Iteration 2:  log likelihood = -9623.6196
Iteration 3:  log likelihood = -9623.606

Logistic regression                                Number of obs =      20452
                                                    LR chi2(8)          =    595.12
                                                    Prob > chi2         =    0.0000
Log likelihood = -9623.606                        Pseudo R2          =    0.0300

-----
      status |      Coef.  Std. Err.      z    P>|z|    [95% Conf. Interval]
-----+-----
      _Iage_2 |   .5534991   .0662228     8.36  0.000   .4237047   .6832935
      _Iage_3 |   1.247892   .0673985    18.52  0.000   1.115793   1.379991
      _Ieduc_2 |  -0.1237327   .0493717    -2.51  0.012  -0.2204994  -0.0269659
      _Ieduc_3 |  -0.2610779   .0591123    -4.42  0.000  -0.3769359  -0.14522
      _Ioto_2  |   .1997567   .0487978     4.09  0.000   .1041148   .2953985
      _Iwealth_2 | .1310385   .0582439     2.25  0.024   .0168825   .2451945
      _Iwealth_3 | .1208243   .0658074     1.84  0.066  -0.0081558   .2498044
      _Ires_2  |  -0.1807225   .0444205    -4.07  0.000  -0.2677851  -0.0936599
      _cons   |  -2.079086   .0934079   -22.26  0.000  -2.262162  -1.89601
-----

```

start running on 30 Apr 2010 at 00:53:06

```
-----
Iteration 0:
Coefficient vector:
      status:      status:      status:      status:      status:      status:      status:
status:  status:  status:  status:  status:  status:  status:
      _Iage_2      _Iage_3      _Ieduc_2      _Ieduc_3      _Ioto_2      _Iwealth_2
_Iwealth_3      _Ires_2      _cons
r1      .5534991      1.247892      -.1237327      -.2610779      .1997567      .1310385
.1208243      -.1807225      -2.079086

      idl:
      _cons
r1      .5

log likelihood = -9571.9691
(not concave)
-----
```

```
Iteration 1:
Coefficient vector:
      status:      status:      status:      status:      status:      status:
status:  status:  status:  status:  status:  status:
      _Iage_2      _Iage_3      _Ieduc_2      _Ieduc_3      _Ioto_2      _Iwealth_2
_Iwealth_3      _Ires_2      _cons
r1      .2063154      .9800826      -.2819494      -.4687155      .1707509      -.0411077
.0943583      -.224688      -1.720904

      idl:
      _cons
r1      1.217561

log likelihood = -9488.4501
-----
```

```
Iteration 2:
Coefficient vector:
      status:      status:      status:      status:      status:      status:
status:  status:  status:  status:  status:  status:
      _Iage_2      _Iage_3      _Ieduc_2      _Ieduc_3      _Ioto_2      _Iwealth_2
_Iwealth_3      _Ires_2      _cons
r1      .7595093      1.740403      -.1562283      -.3266283      .2851741      .1865073
.1830112      -.2263278      -3.015806

      idl:
      _cons
r1      1.589045

log likelihood = -9404.468
-----
```

```
Iteration 3:
Coefficient vector:
      status:      status:      status:      status:      status:      status:
status:  status:  status:  status:  status:  status:
      _Iage_2      _Iage_3      _Ieduc_2      _Ieduc_3      _Ioto_2      _Iwealth_2
_Iwealth_3      _Ires_2      _cons
r1      .8217831      1.859178      -.1705879      -.3501725      .29907      .1885581
.1798741      -.2377935      -3.201971

      idl:
      _cons
r1      1.778053

log likelihood = -9401.4872
-----
```

```
Iteration 4:
Coefficient vector:
      status:      status:      status:      status:      status:      status:
status:  status:  status:  status:  status:  status:
      _Iage_2      _Iage_3      _Ieduc_2      _Ieduc_3      _Ioto_2      _Iwealth_2
_Iwealth_3      _Ires_2      _cons
r1      .8220807      1.85857      -.1704554      -.3498448      .2989678      .1887088
.1799571      -.2378305      -3.199499
```

```

id1:
  _cons
r1 1.770505

```

```
-----
log likelihood = -9401.4771
-----
```

```
Iteration 5:
```

```
Coefficient vector:
```

```

status:      status:      status:      status:      status:      status:
status:      status:      status:
  _Iage_2    _Iage_3    _Ieduc_2    _Ieduc_3    _Ioto_2    _Iwealth_2
_Iwealth_3  _Ires_2    _cons
r1 .8220875  1.858578  -.1704559   -.349846    .2989686   .1887082
.1799573   -.237831  -3.199511

```

```

id1:
  _cons
r1 1.770525

```

```
-----
log likelihood = -9401.4771
-----
```

```
finish running on 30 Apr 2010 at 01:02:06
```

```

number of level 1 units = 20452
number of level 2 units = 16470

```

```
Condition Number = 13.157538
```

```
gllamm model
```

```
log likelihood = -9401.4771
```

```
-----
status |      Coef.   Std. Err.      z    P>|z|      [95% Conf. Interval]
-----+-----
  _Iage_2 | .8220875   .0922937     8.91   0.000     .6411953     1.00298
  _Iage_3 | 1.858578   .1046498    17.76   0.000     1.653468     2.063688
  _Ieduc_2 | -.1704559   .0757653    -2.25   0.024    -.3189531    -.0219586
  _Ieduc_3 | -.349846    .0899333    -3.89   0.000    -.526112    -.1735799
  _Ioto_2 | .2989686    .0747661     4.00   0.000     .1524298     .4455075
  _Iwealth_2 | .1887082    .0871276     2.17   0.030     .0179412     .3594753
  _Iwealth_3 | .1799573    .0984244     1.83   0.067    -.0129509     .3728655
  _Ires_2 | -.237831    .0669149    -3.55   0.000    -.3689817    -.1066802
  _cons | -3.199511   .1572756   -20.34   0.000    -3.507766    -2.891256
-----
```

```
Variiances and covariances of random effects
```

```
***level 2 (id)
```

```
var(1): 3.1347599 (.27139027)
```

Lampiran 3

Syntax SPSS 13: Regresi Logistik Biner

*Mempersiapkan clean data dari data gabungan kelahiran dan WPK.

*Select cases kelahiran sejak Januari 2002 dengan menggunakan QCOL41.
 FILTER OFF.
 USE ALL.
 SELECT IF(QCOL41 ~= 0).
 EXECUTE .

*M'drop missing cases untuk pertanyaan status kehamilan.
 FILTER OFF.
 USE ALL.
 SELECT IF(Q405 ~= 9).
 EXECUTE .

 *Mempersiapkan variabel penjelas dan status kehamilan.

*Menghitung umur ibu saat mengandung.
 COMPUTE Age2 = (Q215C - Q105C - 9) / 12 .
 EXECUTE .

*M'recode umur ibu saat mengandung.
 RECODE
 Age2
 (Lowest thru 20=1) (20 thru 30=2) (30 thru Highest=3) INTO Age .
 VARIABLE LABELS Age 'Kelompok umur mengandung'.
 EXECUTE .

Val Lab Age 1 '< 20'
 2 '20-30'
 3 '> 30'.

*M'recode tingkat pendidikan ibu menggunakan Q108A.
 RECODE
 Q108A
 (4=3) (0 thru 1=1) (2 thru 3=2) INTO Educ .
 VARIABLE LABELS Educ 'Kelompok pendidikan ibu'.
 EXECUTE .

Val Lab Educ 1 '< SD'
 2 'SD-SLTP'
 3 '>= SLTA'.

*Create variabel status bekerja ibu.
 IF (Q707 = 1 | Q708 = 1 | Q709 = 1) Work = 1 .
 VARIABLE LABELS Work 'Status bekerja ibu'.
 EXECUTE .

RECODE
 Work (SYSMIS=2) .
 EXECUTE .

Val Lab Work 1 'Bekerja'
 2 'Tidak bekerja'.

*M'recode variabel otonomi ibu dalam pemeriksaan kesehatannya.

```
RECODE
  Q719A
  (1=1) (3=1) (5=1) (2=2) (4=2) (6=2) INTO Oto .
VARIABLE LABELS Oto 'Otonomi ibu dalam pemeriksaan kesehatannya'.
EXECUTE .
```

* Jawaban P719A yang berkode '9' dianggap sebagai tidak memiliki otonomi (kode 2).

```
RECODE
  Oto (MISSING=2) .
EXECUTE .
```

Val Lab Oto 1 'Ya'
2 'Tidak'.

*M'create variabel apakah bermasalah untuk memperoleh uang untuk berobat.

```
RECODE
  Q490C
  (1=1) (2=2) (MISSING=2) INTO Money .
VARIABLE LABELS Money 'Bermasalah mendapatkan uang untuk berobat'.
```

Val Lab Money 1 'Ya'
2 'Tidak'.

*M'recode indeks kekayaan kuantil.

```
RECODE
  QHWLTHI
  (5=1) (1 thru 2=3) (3 thru 4=2) INTO Wealth .
VARIABLE LABELS Wealth 'Indeks kekayaan kuantil'.
EXECUTE .
```

Val Lab Wealth 1 'Kaya'
2 'Menengah'
3 'Miskin'.

*M'recode tempat tinggal ibu.

```
RECODE
  QHTYPE
  (1=1) (2=2) INTO Res .
VARIABLE LABELS Res 'Tempat tinggal'.
EXECUTE .
```

Val Lab Res 1 'Perkotaan'
2 'Perdesaan'.

*M'create jumlah kelahiran sebelumnya (untuk anak kembar--> Q212-2 atau 3-->dikerjakan secara manual).

```
COMPUTE CEB = Q212 - 1 .
EXECUTE .
```

```
RECODE
  CEB
  (0=0) (1 thru 2=1) (3 thru Highest=2) INTO Ceb_Cat .
VARIABLE LABELS Ceb_Cat 'Jumlah kelahiran sebelumnya'.
EXECUTE .
```

Val Lab Ceb_Cat 0 '0'
1 '1-2'
2 '3+'.

*M'recode status kehamilan (STATUS).

```
RECODE
```

```

Q405
(1=0) (2=1) (3=1) INTO STATUS .
VARIABLE LABELS STATUS 'Status Kehamilan'.
EXECUTE .
Val Lab STATUS 0 'Kehamilan diharapkan (Intended)'
                1 'Kehamilan tidak diharapkan (Unintended)'.

```

* General Tables.

```

TABLES
/FORMAT BLANK MISSING('.')
/GBASE=CASES
/FTOTAL= $t000001 "Total" $t000002 "Total" $t000003 "Total" $t000004 "Total" $t000005 "Total"
$t000006 "Total" $t000007
"Total"
/TABLE=Age + $t000001 + Educ + $t000002 + Work + $t000003 + Oto + $t000004 + Wealth +
$t000005 + Res + $t000006 BY STATUS
+ $t000007
/STATISTICS
count( Age( F5.0 ))
cpct( Age( PCT5.1 ) 'Row %':Age Educ Work Oto Wealth Res )
count( Educ( F5.0 ))
cpct( Educ( PCT5.1 ) 'Row %':Age Educ Work Oto Wealth Res )
count( Work( F5.0 ))
cpct( Work( PCT5.1 ) 'Row %':Age Educ Work Oto Wealth Res )
count( Oto( F5.0 ))
cpct( Oto( PCT5.1 ) 'Row %':Age Educ Work Oto Wealth Res )
count( Wealth( F5.0 ))
cpct( Wealth( PCT5.1 ) 'Row %':Age Educ Work Oto Wealth Res )
count( Res( F5.0 ))
cpct( Res( PCT5.1 ) 'Row %':Age Educ Work Oto Wealth Res ) /TITLE 'Jumlah kelahiran menurut
status kehamilan dan karakteristik latar belakang,'+
' Indonesia, SDKI 2007'.

```

*Mempersiapkan variabel terikat maternal behavior during pregnancy.
*Gunakan data Gabung Anak+WPK SDKI07 (Jan02+)-2.sav.

```

Compute ANC = 2.
If (QCOL41=1 & ANC2 = 88) ANC = 1.
If (QCOL41=1 & Q408 <= 3) ANC = 0.
If (QCOL41=1 & Q408 >= 4 & Q408 <= 10) ANC =1.

```

```

Var Lab ANC 'Pemeriksaan kehamilan pada trimester pertama'.
Val Lab ANC 0 'Tidak'
                1 'Ya'
                2 'Missing'.

```

```

'M'select kasus missing (ANC=2).
USE ALL.
COMPUTE filter_$=(ANC == 2).
VARIABLE LABEL filter_$ 'ANC == 2 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE .

```

* General Tables.

```

TABLES
/FORMAT BLANK MISSING('.')
/GBASE=CASES

```

```

/FTOTAL= $t000001 "Total" $t000002 "Total" $t000003 "Total" $t000004 "Total" $t000005 "Total"
$t000006 "Total" $t000007
"Total" $t000008 "Total" $t000009 "Total" $t000010 "Total"
/TABLE=STATUS + $t000001 + Age + $t000002 + Educ + $t000003 + Work + $t000004 + Oto +
$t000005 + Money + $t000006 + Wealth
+ $t000007 + Res + $t000008 + Ceb_Cat + $t000009 BY ANC > (STATISTICS) + $t000010
/STATISTICS
count( STATUS( F5.0 ))
cpct( STATUS( PCT5.1 ) 'Row %':STATUS Age Educ Work Oto Money Wealth Res Ceb_Cat )
count( Age( F5.0 ))
cpct( Age( PCT5.1 ) 'Row %':STATUS Age Educ Work Oto Money Wealth Res Ceb_Cat )
count( Educ( F5.0 ))
cpct( Educ( PCT5.1 ) 'Row %':STATUS Age Educ Work Oto Money Wealth Res Ceb_Cat )
count( Work( F5.0 ))
cpct( Work( PCT5.1 ) 'Row %':STATUS Age Educ Work Oto Money Wealth Res Ceb_Cat )
count( Oto( F5.0 ))
cpct( Oto( PCT5.1 ) 'Row %':STATUS Age Educ Work Oto Money Wealth Res Ceb_Cat )
count( Money( F5.0 ))
cpct( Money( PCT5.1 ) 'Row %':STATUS Age Educ Work Oto Money Wealth Res Ceb_Cat )
count( Wealth( F5.0 ))
cpct( Wealth( PCT5.1 ) 'Row %':STATUS Age Educ Work Oto Money Wealth Res Ceb_Cat )
count( Res( F5.0 ))
cpct( Res( PCT5.1 ) 'Row %':STATUS Age Educ Work Oto Money Wealth Res Ceb_Cat )
count( Ceb_Cat( F5.0 ))
cpct( Ceb_Cat( PCT5.1 ) 'Row %':STATUS Age Educ Work Oto Money Wealth Res Ceb_Cat )
/TITLE 'Jumlah kelahiran menurut'+
' pemeriksaan kehamilan pada trimester pertama dan karakteristik latar belakang, Indonesia, SDKI
2007'.

```

*Ref Cat disesuaikan dengan raw data dan lampiran output.

*Output → otonomi ibu tidak signifikan.

LOGISTIC REGRESSION ANC

```

/METHOD = ENTER STATUS Age Educ Work Oto Money Wealth Res Ceb
/CONTRAST (STATUS)=Indicator(1) /CONTRAST (Age)=Indicator(1) /CONTRAST
(Educ)=Indicator(1) /CONTRAST (Work)=Indicator(1) /CONTRAST (Oto)=Indicator(1)
/CONTRAST (Money)=Indicator
/CONTRAST (Wealth)=Indicator(1) /CONTRAST (Res)=Indicator(1)
/PRINT = CORR CI(95)
/CRITERIA = PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5) .

```

*Otonomi ibu (Oto) di drop dari model.

LOGISTIC REGRESSION ANC

```

/METHOD = ENTER STATUS Age Educ Work Money Wealth Res Ceb
/CONTRAST (STATUS)=Indicator(1) /CONTRAST (Age)=Indicator(1) /CONTRAST
(Educ)=Indicator(1) /CONTRAST (Work)=Indicator(1) /CONTRAST (Money)=Indicator
/CONTRAST (Wealth)=Indicator(1) /CONTRAST (Res)=Indicator(1)
/PRINT = CORR CI(95)
/CRITERIA = PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5) .

```

*M'create variabel jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan seperti yang dianjurkan program (trimester I=min 1x, trimester II=min 1x, trimester III=min 2x).

*Wanita yang tidak memeriksakan kehamilan dicakup dalam analisis dan dikategorikan kode '1'.

*Lihat publikasi SDKI07 P.133).

COMPUTE VISIT = 2 .

IF (Q410AA >= 1 & Q410AB >= 1 & Q410AC >= 2) VISIT = 0 .

IF (Q410AA >= 1 & Q410AB >= 1 & Q410AC < 2) VISIT = 1 .

IF (Q410AA >= 1 & Q410AB = 0 & Q410AC >= 2) VISIT = 1 .

IF (Q410AA >= 1 & Q410AB = 0 & Q410AC < 2) VISIT = 1 .

IF (Q410AA = 0 & Q410AB >= 1 & Q410AC >= 2) VISIT = 1 .

IF (Q410AA = 0 & Q410AB >= 1 & Q410AC < 2) VISIT = 1 .

IF (Q410AA = 0 & Q410AB = 0 & Q410AC >= 2) VISIT = 1 .

IF (Q410AA = 0 & Q410AB = 0 & Q410AC < 2) VISIT = 1 .

IF (TdkPeriksa = 128) VISIT = 1 .

IF (Q409 = 1) VISIT = 1 .

Var Lab VISIT 'Jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan yang dianjurkan program'.

Val Lab VISIT 0 'Tidak'

1 'Ya'

2 'Missing'.

*M'select kasus missing (VISIT=2).

USE ALL.

COMPUTE filter_\$(VISIT ~2).

VARIABLE LABEL filter_\$(VISIT ~2 (FILTER)).

VALUE LABELS filter_\$(0 'Not Selected' 1 'Selected').

FORMAT filter_\$(F1.0).

FILTER BY filter_\$(.

EXECUTE .

* General Tables.

TABLES

/FORMAT BLANK MISSING('.

/GBASE=CASES

/FTOTAL= \$t000001 "Total" \$t000002 "Total" \$t000003 "Total" \$t000004 "Total" \$t000005 "Total"

\$t000006 "Total" \$t000007

"Total" \$t000008 "Total" \$t000009 "Total" \$t000010 "Total"

/TABLE=STATUS + \$t000001 + Age + \$t000002 + Educ + \$t000003 + Work + \$t000004 + Oto +

\$t000005 + Money + \$t000006 + Wealth

+ \$t000007 + Res + \$t000008 + Ceb_Cat + \$t000009 BY VISIT > (STATISTICS) + \$t000010

/STATISTICS

count(STATUS(F5.0))

cpct(STATUS(PCT5.1) 'Row %':STATUS Age Educ Work Oto Money Wealth Res Ceb_Cat)

count(Age(F5.0))

cpct(Age(PCT5.1) 'Row %':STATUS Age Educ Work Oto Money Wealth Res Ceb_Cat)

count(Educ(F5.0))

cpct(Educ(PCT5.1) 'Row %':STATUS Age Educ Work Oto Money Wealth Res Ceb_Cat)

count(Work(F5.0))

cpct(Work(PCT5.1) 'Row %':STATUS Age Educ Work Oto Money Wealth Res Ceb_Cat)

count(Oto(F5.0))

cpct(Oto(PCT5.1) 'Row %':STATUS Age Educ Work Oto Money Wealth Res Ceb_Cat)

count(Money(F5.0))

cpct(Money(PCT5.1) 'Row %':STATUS Age Educ Work Oto Money Wealth Res Ceb_Cat)

count(Wealth(F5.0))

cpct(Wealth(PCT5.1) 'Row %':STATUS Age Educ Work Oto Money Wealth Res Ceb_Cat)

count(Res(F5.0))

cpct(Res(PCT5.1) 'Row %':STATUS Age Educ Work Oto Money Wealth Res Ceb_Cat)

count(Ceb_Cat(F5.0))

cpct(Ceb_Cat(PCT5.1) 'Row %':STATUS Age Educ Work Oto Money Wealth Res Ceb_Cat)

/TITLE 'Jumlah kelahiran menurut'+

' jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program dan karakteristik latar belakang, Indonesia, SDKI 2007'.

*Output-->Otonomi ibu (Oto) tidak signifikan.

LOGISTIC REGRESSION VISIT

/METHOD = ENTER STATUS Age Educ Work Oto Money Wealth Res Ceb

```

/CONTRAST (STATUS)=Indicator(1) /CONTRAST (Age)=Indicator(1) /CONTRAST
(Educ)=Indicator(1) /CONTRAST (Work)=Indicator(1) /CONTRAST (Oto)=Indicator(1)
/CONTRAST (Money)=Indicator
/CONTRAST (Wealth)=Indicator(1) /CONTRAST (Res)=Indicator(1)
/PRINT = CORR CI(95)
/CRITERIA = PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5) .

```

*Otonomi ibu (Oto) di drop dari model.

LOGISTIC REGRESSION VISIT

```

/METHOD = ENTER STATUS Age Educ Work Money Wealth Res Ceb
/CONTRAST (STATUS)=Indicator(1) /CONTRAST (Age)=Indicator(1) /CONTRAST
(Educ)=Indicator(1) /CONTRAST (Work)=Indicator(1) /CONTRAST (Money)=Indicator
/CONTRAST (Wealth)=Indicator(1) /CONTRAST (Res)=Indicator(1)
/PRINT = CORR CI(95)
/CRITERIA = PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5) .

```

=====

*Tenaga pemeriksa kehamilan.

```

IF (SUBSTR(Q407,1,1) = 'A') DUmum = 1 .
EXECUTE .

```

```

Var Lab DUmum 'Petugas pemeriksaan kehamilan=Dokter Umum'.
Val Lab DUmum 1 'Dokter'.

```

```

IF (SUBSTR(Q407,1,1) = 'B') DKandung = 2 .
IF (SUBSTR(Q407,2,1) = 'B') DKandung = 2 .
EXECUTE .

```

```

Var Lab DKandung 'Petugas pemeriksaan kehamilan=Dokter Kandungan'.
Val Lab DKandung 2 'Dokter Kandungan'.

```

```

IF (SUBSTR(Q407,1,1) = 'C') Perawat = 4 .
IF (SUBSTR(Q407,2,1) = 'C') Perawat = 4 .
IF (SUBSTR(Q407,3,1) = 'C') Perawat = 4 .
EXECUTE .

```

```

Var Lab Perawat 'Petugas pemeriksaan kehamilan=Perawat'.
Val Lab Perawat 4 'Perawat'.

```

```

IF (SUBSTR(Q407,1,1) = 'D') Bidan = 8 .
IF (SUBSTR(Q407,2,1) = 'D') Bidan = 8 .
IF (SUBSTR(Q407,3,1) = 'D') Bidan = 8 .
IF (SUBSTR(Q407,4,1) = 'D') Bidan = 8 .
EXECUTE .

```

```

Var Lab Bidan 'Petugas pemeriksaan kehamilan=Bidan'.
Val Lab Bidan 8 'Bidan'.

```

```

IF (SUBSTR(Q407,1,1) = 'E') BidanDesa = 16 .
IF (SUBSTR(Q407,2,1) = 'E') BidanDesa = 16 .
IF (SUBSTR(Q407,3,1) = 'E') BidanDesa = 16 .
IF (SUBSTR(Q407,4,1) = 'E') BidanDesa = 16 .
IF (SUBSTR(Q407,5,1) = 'E') BidanDesa = 16 .
EXECUTE .

```

```

Var Lab BidanDesa 'Petugas pemeriksaan kehamilan=Bidan Desa'.
Val Lab BidanDesa 16 'Bidan Desa'.

```

```

IF (SUBSTR(Q407,1,1) = 'F') DukunBayi = 32 .
IF (SUBSTR(Q407,2,1) = 'F') DukunBayi = 32 .

```

```

IF (SUBSTR(Q407,3,1) = 'F') DukunBayi = 32 .
IF (SUBSTR(Q407,4,1) = 'F') DukunBayi = 32 .
IF (SUBSTR(Q407,5,1) = 'F') DukunBayi = 32 .
IF (SUBSTR(Q407,6,1) = 'F') DukunBayi = 32 .
EXECUTE .

```

Var Lab DukunBayi 'Petugas pemeriksaan kehamilan=Dukun Bayi'.
Val Lab DukunBayi 32 'Dukun Bayi'.

```

IF (SUBSTR(Q407,1,1) = 'X') Lainnya = 64 .
IF (SUBSTR(Q407,2,1) = 'X') Lainnya = 64 .
IF (SUBSTR(Q407,3,1) = 'X') Lainnya = 64 .
IF (SUBSTR(Q407,4,1) = 'X') Lainnya = 64 .
IF (SUBSTR(Q407,5,1) = 'X') Lainnya = 64 .
IF (SUBSTR(Q407,6,1) = 'X') Lainnya = 64 .
IF (SUBSTR(Q407,7,1) = 'X') Lainnya = 64 .
EXECUTE .

```

Var Lab Lainnya 'Petugas pemeriksaan kehamilan=Lainnya'.
Val Lab Lainnya 64 'Lainnya'.

```

IF (SUBSTR(Q407,1,1) = 'Y') TdkPeriksa = 128 .
EXECUTE .

```

Var Lab TdkPeriksa 'Petugas pemeriksaan kehamilan=Tidak Periksa'.
Val Lab TdkPeriksa 128 'Tidak Periksa'.

*Semua nilai system-missing di-recode menjadi nol sehingga nilai variabel2 tsb dapat dijumlahkan.
RECODE
DUmum DKandung Perawat Bidan BidanDesa DukunBayi Lainnya TdkPeriksa (SYSMIS=0) .
EXECUTE .

*Menjumlahkan seluruh tenaga kesehatan pemeriksa kehamilan.
COMPUTE PregAss = DUmum + DKandung + Perawat + Bidan + BidanDesa + DukunBayi +
Lainnya + TdkPeriksa .
EXECUTE .

Var Lab PregAss 'Total petugas pemeriksaan kehamilan'.

*Mengkategorikan pemeriksa kehamilan: profesional dan lainnya.
RECODE
PregAss
(0=3) (32=1) (64=1) (96=1) (128=2) (ELSE=0) INTO PregAss1 .
VARIABLE LABELS PregAss1 'Pemeriksa Kehamilan (Tiga Kategori)'.
EXECUTE .

Val Lab PregAss1 0 'Tenaga profesional (dokter, perawat, dan atau bidan)'
1 'Tenaga bukan profesional (dukun dan atau lainnya)'
2 'Tidak diperiksa'
3 'Missing (bukan anak terakhir)'.

```

RECODE  
PregAss  
(0=2) (32=1) (64=1) (96=1) (128=1) (ELSE=0) INTO ASSIST .  
VARIABLE LABELS ASSIST 'Pemeriksa Kehamilan (Dua Kategori)'.  
EXECUTE .

```

Val Lab ASSIST 0 'Tenaga bkn prof. (dukun &/ lainnya) & tdk diperiksa'
1 'Tenaga profesional (dokter, perawat, dan atau bidan)'
2 'Missing (bukan anak terakhir)'.

*M'select kasus missing (ASSIST=2).

USE ALL.

COMPUTE filter_\$=(ASSIST == 2).

VARIABLE LABEL filter_\$ 'ASSIST == 2 (FILTER)'.
 VALUE LABELS filter_\$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.

FORMAT filter_\$ (f1.0).

FILTER BY filter_\$.

EXECUTE .

* General Tables.

TABLES

/FORMAT BLANK MISSING('')

/GBASE=CASES

/FTOTAL= \$t000001 "Total" \$t000002 "Total" \$t000003 "Total" \$t000004 "Total" \$t000005 "Total"
 \$t000006 "Total" \$t000007

"Total" \$t000008 "Total" \$t000009 "Total" \$t000010 "Total"

/TABLE=STATUS + \$t000001 + Age + \$t000002 + Educ + \$t000003 + Work + \$t000004 + Oto +
 \$t000005 + Money + \$t000006 + Wealth

+ \$t000007 + Res + \$t000008 + Ceb_Cat + \$t000009 BY ASSIST > (STATISTICS) + \$t000010

/STATISTICS

count(STATUS(F5.0))

cpct(STATUS(PCT5.1) 'Row %':STATUS Age Educ Work Oto Money Wealth Res Ceb_Cat)

count(Age(F5.0))

cpct(Age(PCT5.1) 'Row %':STATUS Age Educ Work Oto Money Wealth Res Ceb_Cat)

count(Educ(F5.0))

cpct(Educ(PCT5.1) 'Row %':STATUS Age Educ Work Oto Money Wealth Res Ceb_Cat)

count(Work(F5.0))

cpct(Work(PCT5.1) 'Row %':STATUS Age Educ Work Oto Money Wealth Res Ceb_Cat)

count(Oto(F5.0))

cpct(Oto(PCT5.1) 'Row %':STATUS Age Educ Work Oto Money Wealth Res Ceb_Cat)

count(Money(F5.0))

cpct(Money(PCT5.1) 'Row %':STATUS Age Educ Work Oto Money Wealth Res Ceb_Cat)

count(Wealth(F5.0))

cpct(Wealth(PCT5.1) 'Row %':STATUS Age Educ Work Oto Money Wealth Res Ceb_Cat)

count(Res(F5.0))

cpct(Res(PCT5.1) 'Row %':STATUS Age Educ Work Oto Money Wealth Res Ceb_Cat)

count(Ceb_Cat(F5.0))

cpct(Ceb_Cat(PCT5.1) 'Row %':STATUS Age Educ Work Oto Money Wealth Res Ceb_Cat)

/TITLE 'Jumlah kelahiran menurut'+

'tenaga pemeriksa kehamilan dan karakteristik latar belakang, Indonesia, SDKI 2007'.

*Output->Status bekerja ibu (Work) tidak signifikan.

LOGISTIC REGRESSION ASSIST

/METHOD = ENTER STATUS Age Educ Work Oto Money Wealth Res Ceb

/CONTRAST (STATUS)=Indicator(1) /CONTRAST (Age)=Indicator(1) /CONTRAST

(Educ)=Indicator(1) /CONTRAST (Work)=Indicator(1) /CONTRAST (Oto)=Indicator(1)

/CONTRAST (Money)=Indicator

/CONTRAST (Wealth)=Indicator(1) /CONTRAST (Res)=Indicator(1)

/PRINT = CORR CI(95)

/CRITERIA = PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5) .

*Status bekerja ibu (Work) di drop dari model.

LOGISTIC REGRESSION ASSIST

/METHOD = ENTER STATUS Age Educ Oto Money Wealth Res Ceb

/CONTRAST (STATUS)=Indicator(1) /CONTRAST (Age)=Indicator(1) /CONTRAST

(Educ)=Indicator(1) /CONTRAST (Oto)=Indicator(1) /CONTRAST (Money)=Indicator

/CONTRAST (Wealth)=Indicator(1) /CONTRAST (Res)=Indicator(1)

/PRINT = CORR CI(95)

/CRITERIA = PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5) .

Lampiran 4

Jumlah kelahiran menurut status kehamilan dan karakteristik latar belakang, Indonesia, SDKI 2007

			Status kehamilan		Total
			Kehamilan diharapkan (Intended)	Kehamilan tidak diharapkan (Unintended)	
Kelompok umur mengandung	< 20	Count	2694	305	2999
		Row %	89,8%	10,2%	100,0%
	20-30	Count	9334	1797	11131
		Row %	83,9%	16,1%	100,0%
	> 30	Count	4554	1768	6322
		Row %	72,0%	28,0%	100,0%
Total	Count	16582	3870	20452	
	Row %	81,1%	18,9%	100,0%	
Kelompok pendidikan ibu	< SD	Count	2851	816	3667
		Row %	77,7%	22,3%	100,0%
	SD-SLTP	Count	8387	1884	10271
		Row %	81,7%	18,3%	100,0%
	>= SLTA	Count	5344	1170	6514
		Row %	82,0%	18,0%	100,0%
Total	Count	16582	3870	20452	
	Row %	81,1%	18,9%	100,0%	
Status bekerja ibu	Tidak bekerja	Count	8300	1871	10171
		Row %	81,6%	18,4%	100,0%
	Bekerja	Count	8282	1999	10281
		Row %	80,6%	19,4%	100,0%
Total	Count	16582	3870	20452	
	Row %	81,1%	18,9%	100,0%	
Otonomi ibu dalam pemeriksaan kesehatannya	Ya	Count	14136	3202	17338
		Row %	81,5%	18,5%	100,0%
	Tidak	Count	2446	668	3114
		Row %	78,5%	21,5%	100,0%
Total	Count	16582	3870	20452	
	Row %	81,1%	18,9%	100,0%	
Indeks kekayaan kuantil	Kaya	Count	2636	598	3234
		Row %	81,5%	18,5%	100,0%
	Menengah	Count	5508	1338	6846
		Row %	80,5%	19,5%	100,0%
	Miskin	Count	8438	1934	10372
		Row %	81,4%	18,6%	100,0%
Total	Count	16582	3870	20452	
	Row %	81,1%	18,9%	100,0%	
Tempat tinggal	Perkotaan	Count	6172	1553	7725
		Row %	79,9%	20,1%	100,0%
	Perdesaan	Count	10410	2317	12727
		Row %	81,8%	18,2%	100,0%
Total	Count	16582	3870	20452	
	Row %	81,1%	18,9%	100,0%	

Lampiran 5

Jumlah kelahiran menurut pemeriksaan kehamilan pada trimester pertama dan karakteristik latar belakang, Indonesia, SDKI 2007

		Pemeriksaan kehamilan pada trimester pertama				Total	
		Ya		Tidak		Count	Row %
		Count	Row %	Count	Row %		
Status kehamilan	Kehamilan diharapkan (Intended)	9563	72,6%	3610	27,4%	13173	100,0%
	Kehamilan tidak diharapkan (Unintended)	2000	62,7%	1188	37,3%	3188	100,0%
Total		11563	70,7%	4798	29,3%	16361	100,0%
Kelompok umur mengandung	< 20	1460	65,7%	762	34,3%	2222	100,0%
	20-30	6431	73,3%	2343	26,7%	8774	100,0%
	> 30	3672	68,4%	1693	31,6%	5365	100,0%
Total		11563	70,7%	4798	29,3%	16361	100,0%
Kelompok pendidikan ibu	< SD	1451	51,7%	1357	48,3%	2808	100,0%
	SD-SLTP	5738	69,1%	2561	30,9%	8299	100,0%
	>= SLTA	4374	83,3%	880	16,7%	5254	100,0%
Total		11563	70,7%	4798	29,3%	16361	100,0%
Status bekerja ibu	Tidak bekerja	5608	70,4%	2358	29,6%	7966	100,0%
	Bekerja	5955	70,9%	2440	29,1%	8395	100,0%
Total		11563	70,7%	4798	29,3%	16361	100,0%
Otonomi ibu dalam pemeriksaan	Ya	9833	70,8%	4046	29,2%	13879	100,0%
	Tidak	1730	69,7%	752	30,3%	2482	100,0%
Total		11563	70,7%	4798	29,3%	16361	100,0%
Bermasalah mendapatkan uang	Ya	2965	59,0%	2059	41,0%	5024	100,0%
	Tidak	8598	75,8%	2739	24,2%	11337	100,0%
Total		11563	70,7%	4798	29,3%	16361	100,0%
Indeks kekayaan kuantil	Kaya	2414	89,5%	283	10,5%	2897	100,0%
	Menengah	4432	77,8%	1267	22,2%	5699	100,0%
	Miskin	4717	59,2%	3248	40,8%	7965	100,0%
Total		11563	70,7%	4798	29,3%	16361	100,0%
Tempat tinggal	Perkotaan	5142	81,1%	1199	18,9%	6341	100,0%
	Perdesaan	6421	64,1%	3599	35,9%	10020	100,0%
Total		11563	70,7%	4798	29,3%	16361	100,0%
Jumlah kelahiran sebelumnya (3 kategori)	0	3925	76,7%	1191	23,3%	5116	100,0%
	1-2	5598	73,0%	2073	27,0%	7671	100,0%
	3+	2040	57,1%	1534	42,9%	3574	100,0%
Total		11563	70,7%	4798	29,3%	16361	100,0%

Lampiran 6

Jumlah kelahiran menurut jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program dan karakteristik latar belakang, Indonesia, SDKI 2007

		Jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program				Total	
		Ya		Tidak		Count	Row %
		Count	Row %	Count	Row %		
Status kehamilan	Kehamilan diharapkan (Intended)	8296	63,2%	4825	36,8%	13121	100,0%
	Kehamilan tidak diharapkan (Unintended)	1670	52,6%	1506	47,4%	3176	100,0%
Total		9966	61,2%	6331	38,8%	16297	100,0%
Kelompok umur mengandung	< 20	1198	54,2%	1014	45,8%	2212	100,0%
	20-30	5615	64,2%	3129	35,8%	8744	100,0%
	> 30	3153	59,0%	2188	41,0%	5341	100,0%
Total		9966	61,2%	6331	38,8%	16297	100,0%
Kelompok pendidikan ibu	< SD	1090	38,8%	1717	61,2%	2807	100,0%
	SD-SLTP	4856	58,7%	3413	41,3%	8269	100,0%
	>= SLTA	4020	77,0%	1201	23,0%	5221	100,0%
Total		9966	61,2%	6331	38,8%	16297	100,0%
Status bekerja ibu	Tidak bekerja	4813	60,7%	3113	39,3%	7926	100,0%
	Bekerja	5153	61,6%	3218	38,4%	8371	100,0%
Total		9966	61,2%	6331	38,8%	16297	100,0%
Otonomi ibu dalam pemeriksaan	Ya	8505	61,5%	5320	38,5%	13825	100,0%
	Tidak	1461	59,1%	1011	40,9%	2472	100,0%
Total		9966	61,2%	6331	38,8%	16297	100,0%
Bermasalah mendapatkan uang	Ya	2407	48,1%	2597	51,9%	5004	100,0%
	Tidak	7559	66,9%	3734	33,1%	11293	100,0%
Total		9966	61,2%	6331	38,8%	16297	100,0%
Indeks kekayaan kuantil	Kaya	2316	86,0%	376	14,0%	2692	100,0%
	Menengah	3939	69,6%	1720	30,4%	5659	100,0%
	Miskin	3711	46,7%	4235	53,3%	7946	100,0%
Total		9966	61,2%	6331	38,8%	16297	100,0%
Tempat tinggal	Perkotaan	4721	74,7%	1601	25,3%	6322	100,0%
	Perdesaan	5245	52,6%	4730	47,4%	9975	100,0%
Total		9966	61,2%	6331	38,8%	16297	100,0%
Jumlah kelahiran sebelumnya (3 kategori)	0	3451	67,8%	1641	32,2%	5092	100,0%
	1-2	4886	63,9%	2762	36,1%	7648	100,0%
	3+	1629	45,8%	1928	54,2%	3557	100,0%
Total		9966	61,2%	6331	38,8%	16297	100,0%

Lampiran 7

Jumlah kelahiran menurut tenaga pemeriksa kehamilan dan karakteristik latar belakang, Indonesia, SDKI 2007

		Tenaga pemeriksa kehamilan				Total	
		Tenaga profesional (dokter, perawat, dan atau bidan)		Tenaga bkn prof. (dukun &/ lainnya) & tdk diperiksa		Count	Row %
		Count	Row %	Count	Row %		
Status kehamilan	Kehamilan diharapkan (Intended)	12165	91,9%	1078	8,1%	13243	100,0%
	Kehamilan tidak diharapkan (Unintended)	2842	88,6%	364	11,4%	3206	100,0%
Total		15007	91,2%	1442	8,8%	16449	100,0%
Kelompok umur mengandung	< 20	1993	89,4%	237	10,6%	2230	100,0%
	20-30	8160	92,5%	659	7,5%	8819	100,0%
	> 30	4854	89,9%	546	10,1%	5400	100,0%
Total		15007	91,2%	1442	8,8%	16449	100,0%
Kelompok pendidikan ibu	< SD	2144	75,3%	704	24,7%	2848	100,0%
	SD-SLTP	7676	92,1%	658	7,9%	8334	100,0%
	>= SLTA	5187	98,5%	80	1,5%	5267	100,0%
Total		15007	91,2%	1442	8,8%	16449	100,0%
Status bekerja ibu	Tidak bekerja	7363	92,1%	633	7,9%	7996	100,0%
	Bekerja	7644	90,4%	809	9,6%	8453	100,0%
Total		15007	91,2%	1442	8,8%	16449	100,0%
Otonomi ibu dalam pemeriksaan	Ya	12779	91,6%	1173	8,4%	13952	100,0%
	Tidak	2228	89,2%	269	10,8%	2497	100,0%
Total		15007	91,2%	1442	8,8%	16449	100,0%
Bermasalah mendapatkan uang	Ya	4299	84,8%	770	15,2%	5069	100,0%
	Tidak	10708	94,1%	672	5,9%	11380	100,0%
Total		15007	91,2%	1442	8,8%	16449	100,0%
Indeks kekayaan kuantil	Kaya	2686	99,4%	16	,6%	2702	100,0%
	Menengah	5527	96,8%	185	3,2%	5712	100,0%
	Miskin	6794	84,6%	1241	15,4%	8035	100,0%
Total		15007	91,2%	1442	8,8%	16449	100,0%
Tempat tinggal	Perkotaan	6183	97,4%	168	2,6%	6351	100,0%
	Perdesaan	8824	87,4%	1274	12,6%	10098	100,0%
Total		15007	91,2%	1442	8,8%	16449	100,0%
Jumlah kelahiran sebelumnya (3 kategori)	0	4846	94,5%	284	5,5%	5130	100,0%
	1-2	7139	92,6%	572	7,4%	7711	100,0%
	3+	3022	83,8%	586	16,2%	3608	100,0%
Total		15007	91,2%	1442	8,8%	16449	100,0%

Lampiran 8

Regresi Logistik: Pemeriksaan Kehamilan pada Trimester Pertama

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	16361	100,0
	Missing Cases	0	,0
	Total	16361	100,0
Unselected Cases		0	,0
Total		16361	100,0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Ya	0
Tidak	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding	
			(1)	(2)
Indeks kekayaan kuantil	Kaya	2697	,000	,000
	Menengah	5699	1,000	,000
	Miskin	7965	,000	1,000
Kelompok umur mengandung	< 20	2222	,000	,000
	20-30	8774	1,000	,000
	> 30	5365	,000	1,000
Kelompok pendidikan ibu	< SD	2808	,000	,000
	SD-SLTP	8299	1,000	,000
	>= SLTA	5254	,000	1,000
Tempat tinggal	Perkotaan	6341	,000	
	Perdesaan	10020	1,000	
Status bekerja ibu	Tidak bekerja	7966	,000	
	Bekerja	8395	1,000	
Bermasalah mendapatkan uang	Ya	5024	1,000	
	Tidak	11337	,000	
Status kehamilan	Kehamilan diharapkan (Intended)	13173	,000	
	Kehamilan tidak diharapkan (Unintended)	3188	1,000	

Block 0: Beginning Block

Classification Table^{a,b}

Observed			Predicted		Percentage Correct
			Ya	Tidak	
Step 0	Pemeriksaan kehamilan pada trimester pertama	Ya	11563	0	100,0
		Tidak	4798	0	,0
Overall Percentage					70,7

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-,880	,017	2623,629	1	,000	,415

Variables not in the Equation

Step	Variables	Score	df	Sig.
0	STATUS(1)	120,408	1	,000
	Age	68,438	2	,000
	Age(1)	62,758	1	,000
	Age(2)	19,163	1	,000
	Educ	899,499	2	,000
	Educ(1)	19,105	1	,000
	Educ(2)	590,643	1	,000
	Work(1)	,566	1	,452
	Money(1)	475,397	1	,000
	Wealth	1103,956	2	,000
	Wealth(1)	212,337	1	,000
	Wealth(2)	982,241	1	,000
	Res(1)	542,108	1	,000
	Ceb	535,219	1	,000
Overall Statistics		1850,487	11	,000

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

	Chi-square	df	Sig.
Step 1 Step	1931,307	11	,000
Block	1931,307	11	,000
Model	1931,307	11	,000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	17866,924 ^a	,111	,159

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than ,001.

Classification Table^a

Observed	Predicted	Pemeriksaan kehamilan pada trimester pertama		Percentage Correct
		Ya	Tidak	
		Step 1 Pemeriksaan kehamilan pada trimester pertama	Ya	10811
	Tidak	3803	995	20,7
Overall Percentage				72,2

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

Step	Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
1	STATUS(1)	,337	,046	53,508	1	,000	1,401	1,280	1,534
	Age			55,832	2	,000			
	Age(1)	-,352	,055	40,579	1	,000	,703	,631	,783
	Age(2)	-,516	,071	53,363	1	,000	,597	,520	,686
	Educ			119,815	2	,000			
	Educ(1)	-,414	,048	74,886	1	,000	,661	,602	,726
	Educ(2)	-,653	,061	112,963	1	,000	,521	,462	,587
	Work(1)	-,141	,037	14,470	1	,000	,868	,807	,934
	Money(1)	,404	,039	107,470	1	,000	1,498	1,388	1,617
	Wealth			230,568	2	,000			
	Wealth(1)	,598	,074	65,145	1	,000	1,818	1,572	2,102
	Wealth(2)	1,095	,079	193,785	1	,000	2,988	2,561	3,486
	Res(1)	,283	,046	32,685	1	,000	1,301	1,189	1,423
	Ceb	,177	,014	157,071	1	,000	1,193	1,181	1,227
	Constant	-1,528	,096	254,964	1	,000	,217		

a. Variable(s) entered on step 1: STATUS, Age, Educ, Work, Money, Wealth, Res, Ceb.

Lampiran 9

Regresi Logistik: Jumlah Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan Sesuai Anjuran Program

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	16297	100,0
	Missing Cases	0	,0
	Total	16297	100,0
Unselected Cases		0	,0
Total		16297	100,0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Ya	0
Tidak	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding	
			(1)	(2)
Indeks kekayaan kuantil	Kaya	2692	,000	,000
	Menengah	5659	1,000	,000
	Miskin	7946	,000	1,000
Kelompok umur mengandung	< 20	2212	,000	,000
	20-30	8744	1,000	,000
	> 30	5341	,000	1,000
Kelompok pendidikan ibu	< SD	2807	,000	,000
	SD-SLTP	8269	1,000	,000
	>= SLTA	5221	,000	1,000
Tempat tinggal	Perkotaan	6322	,000	
	Perdesaan	9975	1,000	
Status bekerja ibu	Tidak bekerja	7926	,000	
	Bekerja	8371	1,000	
Bermasalah mendapatkan uang	Ya	5004	1,000	
	Tidak	11293	,000	
Status kehamilan	Kehamilan diharapkan (Intended)	13121	,000	
	Kehamilan tidak diharapkan (Unintended)	3176	1,000	

Block 0: Beginning Block

Classification Table^{a,b}

Observed			Predicted		
			Jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program		Percentage Correct
			Ya	Tidak	
Step 0	Jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program	Ya	9966	0	100,0
		Tidak	6331	0	,0
Overall Percentage					61,2

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-,454	,016	797,009	1	,000	,635

Variables not in the Equation

Step	Variables	Score	df	Sig.
0	STATUS(1)	121,971	1	,000
	Age	90,161	2	,000
	Age(1)	74,515	1	,000
	Age(2)	15,009	1	,000
	Educ	1160,923	2	,000
	Educ(1)	41,621	1	,000
	Educ(2)	811,804	1	,000
	Work(1)	1,191	1	,275
	Money(1)	517,744	1	,000
	Wealth	1570,070	2	,000
	Wealth(1)	260,790	1	,000
	Wealth(2)	1362,864	1	,000
	Res(1)	795,136	1	,000
Ceb	586,883	1	,000	
Overall Statistics		2365,727	11	,000

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	2529,405	11	,000
	Block	2529,405	11	,000
	Model	2529,405	11	,000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	19245,398 ^a	,144	,195

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than ,001.

Classification Table^a

Observed		Predicted	Jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program		Percentage Correct
			Ya	Tidak	
Step 1	Jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran program	Ya	8199	1767	82,3
		Tidak	3488	2843	44,9
	Overall Percentage				67,8

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

Step		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
1	STATUS(1)	,333	,045	54,642	1	,000	1,395	1,277	1,524
	Age			74,904	2	,000			
	Age(1)	-,395	,053	55,284	1	,000	,674	,607	,748
	Age(2)	-,572	,068	71,380	1	,000	,565	,494	,645
	Educ			149,986	2	,000			
	Educ(1)	-,484	,048	93,358	1	,000	,629	,572	,691
	Educ(2)	-,710	,059	144,978	1	,000	,492	,438	,552
	Work(1)	-,157	,035	19,637	1	,000	,855	,798	,916
	Money(1)	,365	,038	92,937	1	,000	1,441	1,338	1,552
	Wealth			353,177	2	,000			
	Wealth(1)	,690	,066	108,984	1	,000	1,995	1,752	2,271
	Wealth(2)	1,251	,071	310,006	1	,000	3,495	3,040	4,017
	Res(1)	,315	,043	54,185	1	,000	1,370	1,260	1,490
	Ceb	,191	,014	180,620	1	,000	1,210	1,177	1,244
	Constant	-1,115	,090	155,065	1	,000	,328		

a. Variable(s) entered on step 1: STATUS, Age, Educ, Work, Money, Wealth, Res, Ceb.

Regresi Logistik: Tenaga Pemeriksa Kehamilan

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	16449	100,0
	Missing Cases	0	,0
	Total	16449	100,0
Unselected Cases		0	,0
Total		16449	100,0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Tenaga profesional (dokter, perawat, dan atau bidan)	0
Tenaga bkn prof. (dukun &/ lainnya) & tdk diperiksa	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding	
			(1)	(2)
Indeks kekayaan kuantil	Kaya	2702	,000	,000
	Menengah	5712	1,000	,000
	Miskin	8035	,000	1,000
Kelompok umur mengandung	< 20	2230	,000	,000
	20-30	8819	1,000	,000
	> 30	5400	,000	1,000
Kelompok pendidikan ibu	< SD	2848	,000	,000
	SD-SLTP	8334	1,000	,000
	>= SLTA	5267	,000	1,000
Tempat tinggal	Perkotaan	6351	,000	
	Perdesaan	10098	1,000	
Otonomi ibu dalam pemeriksaan	Ya	13952	,000	
	Tidak	2497	1,000	
Bermasalah mendapatkan uang	Ya	5069	1,000	
	Tidak	11380	,000	
Status kehamilan	Kehamilan diharapkan (Intended)	13243	,000	
	Kehamilan tidak diharapkan (Unintended)	3206	1,000	

Block 0: Beginning Block

Classification Table^{a,b}

Observed		Predicted			
		Tenaga pemeriksa kehamilan		Percentage Correct	
		Tenaga profesional (dokter, perawat, dan atau bidan)	Tenaga bkn prof. (dukun &/ lainnya) & tdk diperiksa		
Step 0	Tenaga pemeriksa kehamilan	Tenaga profesional (dokter, perawat, dan atau bidan)	15007	0	100,0
		Tenaga bkn prof. (dukun &/ lainnya) & tdk diperiksa	1442	0	,0
Overall Percentage					91,2

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-2,342	,028	7218,942	1	,000	,096

Variables not in the Equation

Step	Variables	Score	df	Sig.
0	STATUS(1)	33,328	1	,000
	Age	40,330	2	,000
	Age(1)	39,803	1	,000
	Age(2)	18,173	1	,000
	Educ	1260,023	2	,000
	Educ(1)	16,028	1	,000
	Educ(2)	508,852	1	,000
	Oto(1)	14,818	1	,000
	Money(1)	378,037	1	,000
	Wealth	892,042	2	,000
	Wealth(1)	334,313	1	,000
	Wealth(2)	875,977	1	,000
	Res(1)	484,668	1	,000
	Ceb	580,612	1	,000
	Overall Statistics	1929,675	11	,000

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	1875,160	11	,000
	Block	1875,160	11	,000
	Model	1875,160	11	,000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	7898,892 ^a	,108	,240

a. Estimation terminated at iteration number 8 because parameter estimates changed by less than ,001.

Classification Table^a

Observed		Predicted			
		Tenaga profesional (dokter, perawat, dan atau bidan)	Tenaga bkn prof. (dukun &/ lainnya) & tdk diperiksa	Percentage Correct	
Step 1	Tenaga pemeriksa kehamilan	Tenaga profesional (dokter, perawat, dan atau bidan)	14958	49	99,7
		Tenaga bkn prof. (dukun &/ lainnya) & tdk diperiksa	1388	54	3,7
Overall Percentage					91,3

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

Step		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
1	STATUS(1)	,169	,073	5,349	1	,021	1,184	1,026	1,365
	Age			40,928	2	,000			
	Age(1)	-,381	,087	19,025	1	,000	,683	,575	,811
	Age(2)	-,723	,113	40,895	1	,000	,486	,389	,606
	Educ			299,034	2	,000			
	Educ(1)	-,916	,064	206,010	1	,000	,400	,353	,453
	Educ(2)	-1,772	,129	187,314	1	,000	,170	,132	,219
	Oto(1)	,193	,077	6,240	1	,012	1,213	1,042	1,411
	Money(1)	,466	,060	59,344	1	,000	1,593	1,415	1,793
	Wealth			140,404	2	,000			
	Wealth(1)	1,000	,267	14,055	1	,000	2,718	1,611	4,584
	Wealth(2)	1,921	,265	52,600	1	,000	6,827	4,062	11,472
	Res(1)	,655	,093	49,416	1	,000	1,925	1,604	2,310
	Ceb	,222	,019	134,356	1	,000	1,248	1,202	1,296
	Constant	-3,900	,274	202,319	1	,000	,020		

a. Variable(s) entered on step 1: STATUS, Age, Educ, Oto, Money, Wealth, Res, Ceb.