

FAKTOR-FAKTOR YANG BERPENGARUH TERHADAP RISIKO KEHAMILAN “4 TERLALU (4-T)” PADA WANITA USIA 10-59 TAHUN (ANALISIS RISKESDAS 2010)

FACTORS INFLUENCE THE RISK OF “4-TERLALU” (4-T) AMONG WOMEN AGED 10-59 YEARS (ANALYSIS OF RISKESDAS 2010)

Puti Sari H*, Dwi Hapsari, Ika Dharmayanti, Nunik Kusumawardani

Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Badan Litbangkes, Kemenkes RI, Jl. Percetakan Negara No. 29 Jakarta, Indonesia

*Korespondensi Penulis: putisari@gmail.com

Submitted : 13-02-2014; Revised : 15-09-2014; Accepted : 16-09-2014

Abstrak

Tujuan penulisan ini adalah mengidentifikasi faktor-faktor tidak langsung yang dapat mempengaruhi risiko kehamilan. Desain penelitian cross sectional. Data yang dianalisis merupakan data hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2010 yang telah dilaksanakan oleh Badan Litbangkes. Unit analisis adalah ibu atau wanita usia subur (WUS) yang pernah melahirkan minimal 1 anak dalam kurun waktu 5 tahun terakhir sampai dengan saat wawancara. Analisis dilakukan dengan menggunakan metode logistik regresi untuk mengetahui faktor yang paling dominan. Berdasarkan hasil analisis ditemukan bahwa variabel yang paling dominan dalam hubungan antara faktor tidak langsung dengan kejadian fisiko kehamilan 4-T (terlalu tua, terlalu muda, terlalu banyak dan terlalu dekat) adalah variabel tempat tinggal (desa/kota), tingkat pendidikan, status ekonomi, dan keinginan hamil. Ibu yang tinggal di perdesaan berpeluang 1,1 kali berisiko kehamilan 4T, sementara ibu yang berpendidikan rendah (SD ke bawah) berpeluang 1,4 kali untuk mengalami risiko kehamilan. Ibu dari keluarga miskin berpeluang 1,3 kali mengalami risiko kehamilan, sedangkan ibu yang sulit akses ke pelayanan kesehatan berpeluang 1,9 kali berisiko hamil dengan kondisi 4-T, dan ibu yang tidak/belum ingin hamil berpeluang 4,9 kali mengalami risiko kehamilan. Masalah risiko kehamilan lebih mungkin terjadi pada kelompok ibu yang tinggal di perdesaan, dengan tingkat pendidikan dan ekonomi rendah, dan kesulitan akses ke fasilitas kesehatan serta belum atau tidak menginginkan kehamilannya. Oleh sebab itu diperlukan pemerataan program jamkesmas agar keluarga tidak mampu dan yang tinggal di perdesaan semakin mudah untuk mendapat pelayanan kesehatan. Selain itu memprioritaskan pembangunan fasilitas kesehatan dan penyediaan tenaga kesehatan di perdesaan, dan juga penyuluhan tentang cara mengatur kehamilan yang sehat.

Kata kunci : risiko kehamilan, WUS, 4-T

Abstract

The purpose of this paper is to identify factors that may indirectly affect the risk of pregnancy. Cross-sectional study design. The data is from the Basic Health Research (Riskesdas) in 2010 which has been implemented by the National Health Research, Ministry of Health. The unit of analysis is the mothers or women of childbearing age (WUS) who had delivered at least one child within a period of 5 years up to the time of the interview. The analysis was performed by using logistic regression to determine the most dominant factor. Based on the analysis found the most dominant variable in the relationship between the indirect factors associated with the incidence of pregnancy risk 4-T (too old, too young, too many and too often) is variable residency (rural/urban), level of education, economic status, access to health facility and desire of pregnancy. Mothers who live in rural areas are likely 1.1 times have the chance of pregnancy risk, while mothers with low education (elementary school and below) 1.4 times as likely to experience a pregnancy risk. Then, mothers of poor families having a chance to experience 1.3 times the risk of pregnancy, whereas mothers who have difficult access to health services were likely 1.9 times at risk of pregnancy with 4-T conditions, and women who did not want to get pregnant were likely to experience 4.9 times the risk of pregnancy. Risk of pregnancy problems is more likely to occur in the

group of women who live in rural areas, with low levels of education and the economy, and the difficulty of access to health facilities and does not want her pregnancy. Therefore, it requires health insurance or "jamkesmas" in order to provide an equal health services for poor people and those who living in rural areas. In addition to prioritize the provision of health facilities and health workers in rural areas, as well as counseling on how to manage a healthy pregnancy.

Keywords : risk of pregnancy, fertility.

Pendahuluan

Dalam mencapai tujuan nasional bangsa Indonesia sesuai Pembukaan UUD 1945, maka dibutuhkan pembangunan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pembangunan kesehatan perlu dilaksanakan secara terarah, berkesinambungan, realistis dan bertahap dan merujuk pada Undang-Undang Nomor 17 tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN).¹

Dalam pasal 28 UUD 1945 juga telah ditegaskan hak setiap orang untuk hidup sejahtera lahir dan batin. Sistem Kesehatan Nasional (SKN) menekankan pentingnya perhatian khusus terhadap penduduk rentan, antara lain ibu, bayi, anak, manusia usia lanjut dan masyarakat miskin.²

Kesehatan ibu sebagai bagian dari kesehatan masyarakat digambarkan meningkat jika terjadi penurunan angka kematian ibu, meningkatnya pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dimana persalinan tersebut terjadi di fasilitas kesehatan.⁴ Peningkatan kesehatan ibu di Indonesia yang merupakan tujuan pembangunan millenium (MDGs) kelima berjalan lambat dalam beberapa tahun terakhir. Rasio kematian ibu yang diperkirakan dalam SDKI 2007 sekitar 228 per 100.000 kelahiran hidup, tetap tinggi di atas 200 selama 10 tahun terakhir, meskipun telah dilakukan upaya-upaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan ibu.⁵

Menurut ICD-10, kematian ibu didefinisikan sebagai "kematian seorang wanita yang terjadi saat hamil atau dalam 42 hari tanpa melihat usia dan letak kehamilannya, yang diakibatkan oleh sebab apapun yang terkait dengan atau diperburuk oleh kehamilannya atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh insiden dan kecelakaan". Artinya kematian ibu bisa disebabkan oleh faktor langsung dan tidak langsung baik dalam masa

kehamilan, proses persalinan atau pun masa nifas.⁶

Kemendes merespon bahwa kematian ibu di rumah sakit disebabkan karena banyaknya kasus kegawat-daruratan pada kehamilan, persalinan dan nifas. Penyebab langsung kematian ibu yang terbanyak adalah: perdarahan, hipertensi pada kehamilan, partus macet, infeksi dan komplikasi aborsi. Persalinan di rumah dan ditolong oleh dukun, merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi masih tingginya AKI di Indonesia. Data Riskesdas 2010 memperlihatkan bahwa persalinan di fasilitas kesehatan 55,4% dan masih ada persalinan yang dilakukan di rumah (43,2%). Pada kelompok ibu yang melahirkan di rumah ternyata baru 51,9% persalinan ditolong oleh bidan, sedangkan yang ditolong oleh dukun masih 40,2%, ujar Menkes. Kondisi tersebut masih diperberat dengan adanya faktor risiko 3 Terlambat yaitu terlambat mengambil keputusan di tingkat keluarga, terlambat merujuk/ transportasi dan terlambat menangani dan 4 Terlalu yaitu melahirkan terlalu muda (dibawah 20 tahun), terlalu tua (diatas 35 tahun), terlalu dekat (jarak melahirkan kurang dari 2 tahun) dan terlalu banyak (lebih dari 4 kali).⁷

Berdasarkan data SDKI 2012, Angka Kematian Ibu (AKI) saat ini diperkirakan mencapai 359 per 100.000 kelahiran hidup.⁸ Fakta ini menunjukkan adanya lonjakan yang sangat signifikan dari hasil SDKI tahun 2007 yaitu sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup. Hal ini menegaskan ada masalah dalam program kesehatan ibu dan anak saat ini. Tingginya AKI ini disebabkan oleh banyak faktor yang saling berkaitan baik langsung maupun tidak langsung.

Penangan kesehatan ibu dan anak di Indonesia memiliki beberapa konsep, diantaranya pendekatan *Continuum of Care*, yang merupakan program pencegahan lewat tata kelola yang baik dari hulu ke hilir. Terkait dengan Kematian Ibu Dalam Tujuan Pembangunan Milenium, telah ditetapkan indikator peningkatan kesehatan ibu

adalah penurunan kematian ibu yang dihubungkan dengan peningkatan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan (MDG 5a). Namun upaya ini saja tidaklah cukup, karena penurunan kematian ibu tidak dapat dilakukan hanya dengan mengatasi faktor penyebab langsung kematian ibu tetapi juga harus mengatasi faktor penyebab tidak langsungnya. Oleh sebab itu, upaya penurunan kematian ibu juga harus didukung oleh upaya kesehatan reproduksi lainnya termasuk peningkatan pelayanan antenatal, penurunan kehamilan remaja serta peningkatan cakupan peserta aktif KB dan penurunan unmet need KB. Keempat indikator tersebut tertuang di dalam tujuan MDG 5b: akses universal terhadap kesehatan reproduksi, sementara dua indikator tambahan terakhir merupakan upaya dalam program KB.⁹

Diperkirakan 15% kehamilan dan persalinan akan mengalami komplikasi. Sebagian komplikasi ini dapat mengancam jiwa, tetapi sebagian besar komplikasi dapat dicegah dan ditangani bila: 1) ibu segera mencari pertolongan tenaga kesehatan; 2) tenaga kesehatan melakukan prosedur penanganan yang sesuai, antara lain penggunaan partograf untuk memantau perkembangan persalinan, dan pelaksanaan manajemen aktif kala III (MAK III) untuk mencegah perdarahan pasca-salin; 3) tenaga kesehatan mampu melakukan identifikasi dini komplikasi; 4) apabila komplikasi terjadi, tenaga kesehatan dapat memberikan pertolongan pertama dan melakukan tindakan stabilisasi pasien sebelum melakukan rujukan; 5) proses rujukan efektif; 6) pelayanan di RS yang cepat dan tepat guna. Dengan demikian, untuk komplikasi yang membutuhkan pelayanan di RS, Kementerian Kesehatan memandang diperlukan penanganan yang berkesinambungan (*continuum of care*),¹⁰ yaitu dari pelayanan di tingkat dasar sampai di Rumah Sakit.

Beberapa studi juga menunjukkan bahwa kematian ibu dapat juga disebabkan oleh komplikasi obstetri atau penyakit yang terjadi pada masa kehamilan, persalinan, dan nifas (Huda, 2005).¹¹ Selain itu masih banyak ditemukan kehamilan yang berisiko atau memiliki masalah (terlalu banyak, terlalu muda, terlalu tua, terlalu dekat jarak kelahiran) yang sangat membahayakan bagi kesehatan ibu atau yang

dikenal dengan “4 Terlalu” (4-T). Penelitian yang dilakukan Rahmadewi (2011)¹² menunjukkan bahwa tingkat pendidikan dan status ekonomi dapat mempengaruhi risiko kehamilan ibu.

Sementara data hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2010 yang telah dilaksanakan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan menunjukkan bahwa permasalahan kesehatan pada perempuan berawal dari masih tingginya usia perkawinan pertama dibawah 20 tahun yaitu 5% pada usia 10-14 tahun, dan 42% pada usia 15-19 tahun. Pada perempuan dengan umur pertama haid yang masih muda, dan perkawinan dibawah umur, membuat panjang rentang usia reproduksi perempuan dan berdampak pada banyaknya anakyang dilahirkan. Secara nasional, dapat dilihat ada 8% perempuan 10-59 tahun melahirkan 5-6 anak, serta 3% melahirkan anak lebih dari 7. Provinsi dengan kelompok perempuan mempunyai 7+ tertinggi adalah Papua Barat (7,5%) dan terendah di DI Yogyakarta (0,5%).¹³

Berdasarkan hasil Riskesdas 2010 dan penelitian-penelitian sebelumnya diketahui bahwa tingginya kematian ibu disebabkan faktor langsung dan tidak langsung. Yang akan diteliti dalam analisis lanjut ini adalah menelaah faktor tidak langsung yaitu faktor-faktor karakteristik ibu, faktor sosial budaya, dan lingkungan yang dapat mempengaruhi perilaku ibu yang menyebabkan risiko kehamilan 4-T tersebut.

Metode

Analisis ini menggunakan data Riskesdas 2010 dari 33 provinsi di Indonesia dengandesain potong lintang (*cross sectional*). Riskesdas merupakan survei berskala nasional yang mencakup beberapa aspek kesehatan misalnya tentang beberapa penyakit menular dan tidak menular, sistem pelayanan kesehatan, penggunaan obat rumah tangga, perilaku masyarakat, kesehatan lingkungan dan sebagainya. Kesehatan reproduksi menjadi salah satu bagian yang ditanyakan dalam kuesioner Riskesdas.

Adapun total sample Riskesdas 2013, laki-laki dan perempuan sebesar 1.027.766 responden dari 33 provinsi di Indonesia. Sementara total responden wanita yang berusia 10 sampai dengan 59 tahun adalah 349.062. Adapun sampel yang dianalisis dalam studi ini adalah 9623 wanita usia

subur yang pernah hamil dan melahirkan minimal 2 anak sampai dengan wawancara atau sekitar 2,8% dari total sampel wanita berusia 10 sampai dengan 59 tahun.

Keterbatasan variabel yang ditanyakan dalam Riskesdas 2013 juga menjadi keterbatasan data dalam analisis ini. Adapun variabel yang dianalisis adalah variabel karakteristik ibu (umur saat ini, umur saat menikah pertama kali, umur saat melahirkan anak terakhir, pendidikan dan pekerjaan ibu dan ayah), status ekonomi, riwayat kehamilan dan kelahiran anak terakhir, daerah tempat tinggal, penggunaan KB, pemberian ASI, dan akses ke fasilitas kesehatan. Untuk mengetahui faktor risiko kehamilan 4-T (4 terlalu) maka dalam analisis ini ditetapkan variabel dependen adalah komposit dari umur saat melahirkan (untuk menentukan terlalu tua atau terlalu muda) dan jumlah anak yang telah dilahirkan (untuk menentukan terlalu banyak) serta jarak kelahiran antara anak terakhir dan anak sebelumnya (untuk menentukan terlalu sering).

Data yang ada dianalisis dengan menggunakan *a) statistik deskriptif* yang bertujuan untuk mengetahui pola risiko kehamilan tidak ideal atau 4-T dan *b) statistik inferensial (regresi logistik)* yaitu untuk mempelajari peran variabel bebas dalam mempengaruhi risiko kehamilan 4-T.

Hasil

1. Karakteristik sampel dan pola risiko kehamilan tidak ideal

Jika dilihat berdasarkan daerah tempat tinggal diketahui bahwa di perkotaan lebih banyak ibu yang memiliki anak maksimal 2 orang atau sekitar 67%.

Berdasarkan tabel 1, sebagian besar ibu (66%) memiliki jarak kelahiran kurang dari 4 tahun antara anak terakhir dan anak sebelumnya. Disamping itu sebagian besar ibu (81%) melahirkan anak terakhir di rentang usia ideal yaitu 20 sampai dengan 35 tahun.

Sementara itu persentase ibu yang berpendidikan tinggi (SMP ke atas) cenderung untuk memiliki jumlah anak yang kurang dari 3 orang. Hal ini dapat dilihat contohnya pada ibu dengan pendidikan setingkat perguruan tinggi. Persentase ibu dengan pendidikan setingkat

perguruan tinggi lebih banyak yang memiliki anak kurang dari 3 anak (76%). Sebaliknya persentase ibu yang tidak sekolah lebih banyak yang memiliki anak lebih dari 3 orang (57%). Hal ini juga dapat dilihat pada tingkat pendidikan ayah. Namun pola tersebut tidak dapat dilihat untuk tipe karakteristik jarak kelahiran dan umur ibu saat melahirkan. Untuk 2 karakteristik terakhir, tidak ada beda proporsi antara tingkat pendidikan ibu maupun tingkat pendidikan ayah.

Tidak ditemukan perbedaan proporsi jumlah anak, jarak kelahiran dan umur ibu saat melahirkan terhadap status bekerja ibu. Ibu yang bekerja atau pun tidak bekerja tetap lebih banyak yang memiliki jumlah anak kurang dari 3, dengan jarak kelahiran di bawah 5 serta rentang umur ibu saat melahirkan yaitu 20-35 tahun. Pola yang sama terulang pada status pekerjaan ayah. Demikian juga dengan jenis pekerjaan ibu mau pun ayah tidak mempengaruhi karakteristik jumlah anak, jarak kelahiran dan umur ibu melahirkan.

Persentase rumah tangga yang memiliki jumlah anak 3 orang atau lebih nampak lebih dominan pada rumah tangga dari kuintil 1 (51%). Sementara untuk kuintil 2 sampai dengan 5, proporsi nampak lebih tinggi banyak pada kelompok dengan jumlah anak kurang dari 3 orang. Namun untuk jarak kelahiran, semakin tinggi tingkat kuintil maka makin rendah persentase ibu yang memiliki jarak kelahiran di atas 5 tahun. Begitu juga dengan umur ibu saat melahirkan, semakin tinggi status ekonomi keluarga makin besar persentase ibu melahirkan di usia yang rendah risiko (rentang usia 20-35 tahun).

Berdasarkan tabel 2, persentase tertinggi ibu yang menginginkan kehamilannya saat itu adalah ibu yang memiliki jumlah anak kurang dari 3 orang (69%). Sebaliknya, 83 persen ibu sudah tidak ingin anak lagi dimana kelompok ibu tersebut telah memiliki jumlah anak 3 orang atau lebih. Selain itu, 41 persen ibu berusia 35 tahun atau lebih juga sudah tidak menginginkan kehamilannya saat itu.

Dari tabel di bawah juga dapat dilihat bahwa 34 persen ibu yang menginginkan kehamilannya saat ini jarak kehamilannya 5 tahun atau lebih. Hal ini mungkin yang menyebabkan mereka benar-benar siap untuk memiliki anak lagi.

Menurut tabel 3, sebagian besar ibu memiliki jumlah anak kurang dari 3

Tabel 1. Persentase Jumlah Anak, Jarak Kelahiran dan Umur Ibu Saat Melahirkan Menurut Karakteristik Ibu/Ayah

Karakteristik		Jumlah Anak		Jarak Kelahiran		Umur Melahirkan		
		<3	≥3	≤4	≥5	<20	20-35	>35
Daerah	<i>Kota</i>	66,8	33,2	66,1	33,9	3,9	80,6	15,5
	<i>Desa</i>	61,0	39,0	65,1	34,9	7,6	78,2	14,2
Pendidikan ibu	<i>PT</i>	76,2	23,8	77,7	22,3	0,1	81,7	18,2
	<i>SMP/SMA</i>	70,2	29,8	69,0	31,0	5,3	83,6	11,2
	<i>SD</i>	54,9	45,1	59,1	40,9	7,4	74,6	18,0
	<i>Tidak sekolah</i>	43,4	56,6	62,0	38,0	5,0	65,0	30,0
Pendidikan ayah	<i>PT</i>	69,5	30,5	75,3	24,7	1,3	81,4	17,3
	<i>SMP/SMA</i>	68,6	31,4	66,9	33,1	5,4	82,6	12,0
	<i>SD</i>	57,6	42,4	61,7	38,3	7,1	75,4	17,5
	<i>Tidak sekolah</i>	42,0	58,0	61,5	38,5	5,2	66,3	28,5
Pekerjaan ibu	<i>Pegawai</i>	73,2	26,8	73,9	26,1	1,2	78,0	20,8
	<i>Pedagang</i>	66,8	33,2	64,8	35,2	2,6	82,9	14,5
	<i>Petani/nelayan</i>	57,7	42,3	64,8	35,2	6,4	77,2	16,4
	<i>Tidak bekerja</i>	65,6	34,4	65,3	34,7	6,5	80,0	13,4
Pekerjaan ayah	<i>Pegawai</i>	69,2	30,8	69,7	30,6	2,0	82,2	15,8
	<i>Pedagang</i>	67,3	32,7	65,0	35,0	4,6	82,1	13,3
	<i>Petani/nelayan</i>	60,3	39,7	65,0	35,0	7,4	76,7	15,9
	<i>Tidak bekerja</i>	62,4	37,6	70,0	30,0	7,2	78,7	14,1
Status ekonomi	<i>Kuintil 1</i>	49,4	50,6	64,4	35,6	5,9	75,3	18,8
	<i>Kuintil 2</i>	60,8	39,2	61,4	38,6	6,2	78,7	15,1
	<i>Kuintil 3</i>	67,4	32,6	64,9	35,1	6,0	80,6	13,4
	<i>Kuintil 4</i>	72,9	27,1	69,1	30,9	6,2	80,8	13,0
	<i>Kuintil 5</i>	75,0	25,0	70,3	29,7	3,2	83,6	13,2

Tabel 2. Persentase Jumlah Anak, Jarak Kelahiran dan Umur Ibu Saat Melahirkan Menurut Keinginan Ibu untuk Hamil

Pada saat ibu mengandung, apakah ibu memang ingin hamil waktu itu?		Jumlah Anak		Jarak Kelahiran		Umur Melahirkan		
		<3	≥3	≤4	≥5	<20	20-35	>35
Ya, ingin	<i>(Tapi tidak saat ini)</i>	61,0	39,0	68,1	31,9	6,0	80,5	13,5
Ya, ingin	<i>(Saat ini)</i>	69,3	30,7	66,1	33,9	6,1	81,3	12,6
Tidak ingin	<i>(Punya anak lagi)</i>	16,8	83,2	55,7	44,3	0,6	58,5	40,9

Tabel 3. Persentase Jumlah Anak, Jarak Kelahiran dan Umur Ibu saat Melahirkan Menurut Umur Pemeriksa Kehamilan

Pemeriksa Kehamilan	Jumlah Anak		Jarak Kelahiran		Umur Melahirkan		
	<3	≥3	≤4	≥5	<20	20-35	>35
<i>Tenaga kesehatan</i>	65,9	34,1	65,5	34,5	4,9	80,3	14,8
<i>Tenaga kesehatan dan dukun</i>	60,1	39,9	63,1	36,9	9,6	76,5	13,9
<i>Dukun</i>	47,1	52,9	71,1	28,9	11,9	71,0	17,1
<i>Tidak diperiksa</i>	42,4	57,6	73,4	26,6	5,7	79,4	14,9

Tabel 4. Hasil Uji Multivariat dengan Menggunakan Regresi Logistik

Variabel	β	p-value	OR	95% CI	
				Lower	Upper
Daerah tempat tinggal	0,106	0,022	1,112	1,015	1,218
Pendidikan ibu	0,346	0,000	1,414	1,268	1,576
Status ekonomi	0,245	0,000	1,278	1,166	1,401
Keinginan hamil	1,583	0,000	4,869	3,896	6,086
Mengunjungi/Dikunjungi nakes	0,691	0,000	1,996	1,524	2,614
Konstanta	-0,254				

memeriksa kehamilannya kepada tenaga kesehatan (66%). Namun jika pemeriksa kehamilannya dukun atau bahkan tidak pernah memeriksa kehamilan maka persentase lebih besar pada kelompok dengan jumlah anak lebih dari 3 orang (berturut-turut 53% dan 58%). Di samping itu, pada kelompok yang tidak pernah memeriksa kehamilan, maka jarak kelahiran lebih besar pada kelompok dengan jarak kurang dari 5 tahun (73%).

Masih dari tabel di atas, kelompok ibu yang memeriksa kehamilannya sebagian besar (80%) melahirkan di rentang usia aman (20-35 tahun). Sedangkan yang memeriksa kehamilannya kepada dukun, maka umur ibu saat melahirkan berada di atas 35 tahun (17%) atau kurang dari 20 tahun (12%).

2. Variabel bebas yang berpengaruh terhadap risiko kehamilan 4-T

Dalam analisis menggunakan *chi-square* (X^2), diperoleh 15 variabel dengan hasil *p-value* di bawah 0,25 yang dianggap sebagai kovariat (tabel 4). Variabel-variabel ini yang kemudian dimasukkan ke dalam uji multivariat dengan menggunakan uji statistik *logistic regression*. Variabel tersebut adalah umur saat menikah, pendidikan ibu, pendidikan ayah, status bekerja ibu, status ekonomi, daerah tempat tinggal, kualitas ANC, penolong persalinan, ASI eksklusif, keinginan hamil, penggunaan KB, menggunakan fasilitas kesehatan, dan dikunjungi tenaga kesehatan.

Tabel 4 menampilkan hasil dari uji statistik multivariat dengan menggunakan regresi logistik. Menggunakan pendekatan metode *backward* maka kemudian diperoleh hasil variabel apa saja yang dianggap memiliki pengaruh terhadap kasus 4-T. Variabel yang diperoleh dari model akhir regresi logistik dan diasumsikan memiliki pengaruh yang bermakna terhadap kejadian 4-T adalah: daerah tempat tinggal, pendidikan ibu, tingkat ekonomi rumah tangga, keinginan ibu untuk hamil, mengunjungi atau dikunjungi oleh petugas kesehatan setelah melahirkan anak terakhir.

Dari hasil tersebut dapat diasumsikan bahwa ibu yang bertempat tinggal di perdesaan berpeluang 1,112 kali untuk mengalami risiko kehamilan 4-T. Ibu yang berpendidikan rendah

(SD dan tidak sekolah) juga berpeluang 1,414 kali untuk mengalami risiko kehamilan 4-T. Selain itu, ibu yang berstatus ekonomi rendah (kuintil 1-2) berpeluang 1,278 kali untuk mengalami risiko kehamilan 4-T. Ibu yang tidak berkeinginan untuk hamil berpeluang 4,869 kali untuk mengalami risiko kehamilan 4-T. Dari hasil di atas juga bisa disimpulkan bahwa ibu yang tidak mengunjungi atau dikunjungi oleh tenaga kesehatan segera sehabis melahirkan anak terakhir berpeluang 1,996 kali untuk mengalami risiko kehamilan 4-T dibandingkan dengan ibu yang mengunjungi atau dikunjungi oleh tenaga kesehatan.

Pembahasan

Dari hasil analisis diketahui bahwa ada beberapa faktor karakteristik, sosial ekonomi demografi dan faktor lainnya yang diduga dapat mempengaruhi seorang ibu memiliki risiko pada kehamilannya, yaitu risiko 4 Terlalu (terlalu muda, terlalu tua, terlalu banyak, dan terlalu sering).

Faktor yang pertama adalah daerah tempat tinggal ibu. Dalam analisis ini, daerah tempat tinggal dibagi menjadi dua yaitu perkotaan dan perdesaan. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ibu yang tinggal di perdesaan lebih besar risiko untuk mengalami kehamilan 4-T ini. Asumsi yang dapat ditegakkan dari hasil ini adalah karena di perdesaan jumlah, jenis dan pelayanan di fasilitas kesehatan masih terbatas. Minimnya tenaga kesehatan di perdesaan bisa juga menjadi salah satu faktor yang mengakibatkan kurangnya tenaga penyuluh atau tenaga yang memberikan informasi penting terkait dengan risiko kehamilan dan persalinan kepada masyarakat. Oleh sebab itu masyarakat khususnya ibu menjadi tidak paham akan bahaya yang mengancam keselamatan jiwanya jika mereka hamil atau melahirkan di usia yang terlalu muda atau terlalu tua. Atau semakin tingginya risiko yang harus mereka tanggung jika terlalu sering mereka melahirkan, atau jika terlalu banyak anak yang telah ibu lahirkan. Temuan ini sejalan dengan penelitian Kusumawati (2006) di Surakarta.¹⁴

Faktor kedua yaitu tingkat pendidikan ibu memiliki pengaruh terhadap risiko kehamilan 4-T. Hal ini dapat diasumsikan karena ibu yang berpendidikan rendah (setingkat SD atau bahkan tidak sekolah) memiliki tingkat pengetahuan dan

pengertian yang rendah pula terhadap bahaya dan risiko kehamilan 4-T. Mereka dianggap kurang sering terpapar dengan informasi terkait kesehatan reproduksi yang mana menjadi makin diperparah dengan kurang aktifnya tenaga kesehatan atau pun kader dalam menyampaikan informasi kesehatan reproduksi (risiko kehamilan dan persalinan). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Restuastuti dan Ernalina (2012)¹⁵ bahwa makin tinggi tingkat pendidikan maka makin tinggi tingkat pengetahuannya tentang risiko kehamilan. Tingkat pendidikan dapat mempengaruhi pola pikir dan daya cerna seseorang terhadap informasi. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, semakin tinggi pula informasi yang dapat diserap dan mempengaruhi tingkat pengetahuannya. Selain itu Damayanti dan Nur (2009)¹⁶ mengungkapkan bahwa apabila seorang ibu hamil mempunyai pengetahuan yang lebih tentang risiko tinggi kehamilan, maka kemungkinan ibu akan berperilaku mencegah, menghindari dan mengatasi masalah risiko kehamilan tersebut.

Faktor yang ketiga adalah status ekonomi rumah tangga mempunyai hubungan yang bermakna dengan risiko kehamilan 4-T. Seorang ibu yang kurang beruntung karena datang dari keluarga miskin akan berpotensi lebih besar untuk menderita risiko kehamilan 4T dibandingkan dengan ibu yang berasal dari keluarga kaya. Ibu dengan tingkat ekonomi lemah akan sulit mengakses pelayanan kesehatan di fasilitas-fasilitas kesehatan sehingga makin memperburuk risiko yang harus dialaminya. Kurangnya akses ke pelayanan kesehatan, baik dari segi informasi maupun pelayanan kesehatan lain seperti pelayanan pemeriksaan dan pengobatan, layanan KB dan sebagainya. Hal ini sesuai dengan temuan Fakeye di Nigeria (1992).¹⁷

Faktor keempat adalah keinginan ibu untuk hamil dapat mempengaruhi risiko kehamilan 4-T. Ibu yang memang menginginkan kehamilannya dapat memperkecil risiko mengalami kehamilan 4-T. Hal ini dapat diasumsikan bahwa seorang ibu yang memang menginginkan kehamilannya itu akan benar-benar mempersiapkan masa kehamilan dan waktu persalinannya dengan baik dan cermat. Sebaliknya jika seorang ibu tidak menginginkan kehamilan tersebut bisa jadi karena hamil di luar pernikahan atau karena kondisi fisik

dan mental yang sudah tidak memungkinkan dia untuk hamil dan bersalin. Temuan ini sesuai dengan hasil penelitian di Amerika Serikat oleh Fedorowicz (2014).¹⁸

Faktor kelima yaitu pelayanan kesehatan setelah melahirkan. Dalam program pelayanan kesehatan *postpartum* ada 7 jenis pelayanan, diantaranya adalah konseling dan pelayanan kesehatan KB, konseling kesehatan ibu dan anak, serta perawatan bayi baru lahir. Hasil analisis menunjukkan hubungan yang signifikan antara pelayanan kesehatan setelah melahirkan dengan kejadian 4-T. Hal ini sejalan dengan hasil analisis Titaley (2008)¹⁹ bahwa pelayanan kesehatan seperti pemanfaatan perawatan pasca persalinan memiliki hubungan dengan kematian neonatal. Ini juga sejalan dengan penelitian Latifah (2012)²⁰ yang menyatakan bahwa pemeriksaan neonatal dini mempunyai hubungan dengan kejadian kematian neonatal. Sementara itu kematian neonatal merupakan hasil akhir atau akibat dari faktor medik penting terhadap kejadian kematian bayi yaitu kondisi terlalu muda (kurang dari 20 tahun), terlalu tua (di atas 35 tahun), terlalu banyak (di atas 3 anak) dan terlalu sering (kurang dari 2 tahun).

Kesimpulan

Ibu yang berisiko lebih besar untuk mengalami 4-T adalah kelompok ibu yang berada di perdesaan, berpendidikan rendah, berasal dari tingkat ekonomi rendah, tidak menginginkan kehamilannya dan kesulitan akses ke pelayanan kesehatan.

Ibu yang berpendidikan tinggi akan lebih luas tingkat pengetahuan karena lebih besar peluang terpapar dengan informasi terkait kesehatan dan risiko kehamilan. Disamping itu, ibu yang berasal dari keluarga dengan tingkat ekonomi menengah ke atas akan lebih mudah mengakses informasi kesehatan dan pelayanan kesehatan sehingga risiko kehamilan dapat dicegah. Kemudian, ibu yang menginginkan kehamilannya akan lebih memperhatikan, merencanakan kehamilan dan persalinannya dengan lebih baik dan cermat. Akses ke pelayanan kesehatan baik mengunjungi atau pun dikunjungi oleh tenaga kesehatan dapat memperkecil risiko kehamilan dan persalinan.

Saran

Peningkatan edukasi terkait kesehatan reproduksi khususnya tentang risiko kehamilan dan persalinan harus lebih ditingkatkan melalui penyuluhan kesehatan khususnya di daerah perdesaan. Juga program jamkesmas atau jamperlin harus lebih digalakkan khususnya disebarluaskan hingga ke desa-desa untuk menjangkau kelompok ibu yang berasal dari golongan kurang mampu/miskin.

Selanjutnya, upaya terus menerus untuk mengoptimalkan pelayanan kesehatan terutama program Keluarga Berencana di desa-desa. Selain itu, mengintensifkan kinerja tenaga kesehatan di daerah dalam rangka meningkatkan edukasi dan pelayanan kesehatan dengan upaya “jemput bola” ke rumah ibu hamil atau ibu sehabis bersalin/nifas/menyusui agar masyarakat lebih paham bagaimana merencanakan dan mengatur kehamilan serta persalinan yang aman.

Ucapan Terima Kasih

Penulis mengucapkan terima kasih kepada ibu Dr. dr. Julianty Pradono, MS yang telah memberikan bimbingan dan dorongan dalam penulisan artikel ini.

Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan RI. Sistem Kesehatan Nasional: Bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Pusat Kajian Pembangunan Kesehatan. Jakarta. Departemen Kesehatan. 2009; p.1
2. Kementerian Kesehatan RI. Sistem Kesehatan Nasional: Bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Jakarta: Pusat Kajian Pembangunan Kesehatan Departemen Kesehatan. 2009.
3. Prasetyawati AE. Ilmu kesehatan masyarakat untuk kebidanan holistik (Integrasi community oriented ke family oriented). Yogyakarta: Nuha Medika. 2011. p.17-35.
4. Kementerian Kesehatan RI. Sistem Kesehatan Nasional: Bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Jakarta: Pusat Kajian Pembangunan Kesehatan Departemen Kesehatan. 2009.
5. Unicef. Ringkasan kajian kesehatan ibu dan anak. 2012. [cited 2014 May 28];1. Available at http://www.unicef.org/indonesia/id/A5_B_Ringkasan_Kajian_Kesehatan_REV.pdf
6. Kementerian Kesehatan RI. Rencana aksi percepatan penurunan angka kematian ibu di Indonesia. Jakarta: Direktorat Bina Kesehatan Ibu. Ditjen Bina Gizi dan KIA Kementerian Kesehatan RI. 2013.
7. Kementerian Kesehatan RI. Lima strategi operasional turunkan angka kematian ibu. 2011. [cited 2014 June 18]; [about 1p]. Available at <http://www.depkes.go.id/index.php?vw=2&id=1387>
8. Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional. Laporan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia. 2012.
9. Trisnantoro, Laksono et al. Pengurangan kematian ibu dan anak melalui reformasi kebijakan sistem kesehatan dan penguatan manajemen di tingkat kabupaten. 2012. [cited 2014 June 18]; 4-8. Available at <http://kebijakankesehatanindonesia.net/component/content/article/87-policy-paper/700-langkah-1-menggunakan-konsep-konsep-universal-untuk-memahami-masalah-yang-terjadi-di-kia.html>
10. Kementerian Kesehatan RI. Rencana aksi percepatan penurunan angka kematian ibu di Indonesia. Jakarta: Direktorat Bina Kesehatan Ibu Direktorat Jendral Bina Gizi dan KIA. 2013.
11. Huda LN. Hubungan status reproduksi, status kesehatan, akses pelayanan kesehatan, dengan komplikasi obstetri di Banda Sakti, Lhokseumawe tahun 2005. Jurnal Kesmas. 2007;1(6):275-81.
12. Rahmadewi, Herartri R. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kehamilan risiko tinggi. Gizi Indon. 2011; 34(2):120-8.
13. Kementerian Kesehatan RI. Laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2013. p.13-14.
14. Kusumawati Y. Faktor-faktor risiko yang berpengaruh terhadap persalinan dengan tindakan (studi kasus di RS. Dr. Moewardi Surakarta). Tesis. Semarang: Universitas Diponegoro. 2006. p.79-85.
15. Restuastuti T, Handayani, Ernalina Y. Pengetahuan dan sikap ibu hamil tentang kehamilan risiko tinggi sebelum dan sesudah penyuluhan di wilayah kerja Puskesmas Muara Fajar Kota Pekanbaru. Riau: Fakultas Kedokteran Universitas Riau. 2012.
16. Damayanti E, Nur AW. Hubungan tingkat pengetahuan ibu hamil tentang risiko tinggi kehamilan dengan kepatuhan kunjungan ANC di RSUD Pandan Arang Boyolali. Surakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan. Universitas Muhammadiyah Surakarta. 2009.
17. Fakeye O. Pregnancies too young, too old, too many and too frequent in Nigeria; prevalence and the effect on birthweight and perinatal

- mortality. *Tropical And Geographical Medicine [Trop Geogr Med]* 1992 Jan; 44(1-2):174-7.
18. Fedorowicz AR, Hellerstedt WL, Schreiner Pamela, Bolland JM. Associations of adolescent hopelessness and self-worth with pregnancy attempts and pregnancy desire. *American Journal of Public Health* 104.8. Aug 2014: e133-40.
 19. Titaley CR, Dibley MJ, Agho K, Roberts CL, Hall J. Determinants of neonatal mortality in Indonesia. *BMC Public Health*. 9 July 2008;8(232):9
 20. Latifah N. Hubungan frekuensi kunjungan ANC selama kehamilan dengan kejadian kematian neonatal (Analisis data SDKI 2007). Tesis. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. 2012.