



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

SURAT TUGAS

Nomor : 01.A/C.10-UMJ/V/2023

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dr. Andriyani, M.Kes
NID/NIDN : 20.130/ 0307036001
Jabatan : Dekan

Menugaskan yang namanya tersebut di bawah ini :

1. Dr. Andriyani, M.Kes
2. Nurmalia Lusida, SKM, MKM
3. Dr. Ernyasih, SKM., MKM
4. Dr. Suherman, S.Pi, M.Sc, MKM

Untuk melakukan monograf berjudul ***Determinan Kehamilan tidak Diinginkan pada Remaja di Indonesia (Analisis Data Survei Demografi Kesehatan Indonesia tahun 2017)***.

Demikian surat tugas ini dibuat untuk dapat dilaksanakan sebaik-baiknya.



Jakarta, 20 Mei 2023

Dekan

Dr. Andriyani, M.Kes
NID/NIDN : 20.130/ 0307036001

MONOGRAF

**DETERMINAN KEHAMILAN TIDAK
DIINGINKAN PADA REMAJA DI
INDONESIA (ANALISIS DATA SURVEI
DEMOGRAFI KESEHATAN INDONESIA
TAHUN 2017)**



**Dr. Andriyani, M.Kes
Nurmalia Lusida, SKM, MKM
Dr. Ernyasih, SKM., MKM
Dr. Suherman, MKM**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA
TAHUN 2023**

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT, atas berkat dan rahmat-Nya, kami dapat menyelesaikan buku monograf ini, dengan judul ” **Determinan Kehamilan Tidak Diinginkan pada Remaja di Indonesia (Analisis Data Survei Demografi Kesehatan Indonesia Tahun 2017)**”. Dan dalam kesempatan ini saya mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan buku monograf ini, khususnya Badan Pusat Statistik (BPS) dan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang telah menyediakan data Survei Demografi Kesehatan Indonesia Tahun 2017. Data Kemenkes dan BPS memberikan dasar yang kuat untuk mengkaji faktor-faktor yang mempengaruhi kehamilan remaja di Indonesia.

Kehamilan remaja merupakan masalah serius yang berdampak negatif bagi masyarakat secara keseluruhan serta kesejahteraan fisik, mental, sosial, dan ekonomi remaja. Masalah ini bukan hanya masalah Indonesia; itu adalah salah satu global. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor penyebab kehamilan remaja di kalangan remaja Indonesia Survei Kesehatan Demografi Indonesia memberikan informasi tentang berbagai elemen demografi, kesehatan, dan kesejahteraan masyarakat Indonesia. Kesejahteraan fisik, mental, sosial, dan ekonomi remaja secara signifikan dipengaruhi oleh kehamilan remaja, yang merupakan masalah serius yang mempengaruhi masyarakat secara keseluruhan. Ada masalah dunia di sini, bukan hanya satu yang mempengaruhi Indonesia. Tahun 2017 yang merupakan sumber informasi yang kaya dan menyeluruh digunakan dalam penelitian penelitian ini untuk mengetahui penyebab kehamilan remaja di kalangan remaja Indonesia. Informasi ini mencakup secara spesifik mengenai karakteristik sosial dan demografis responden, perilaku seksual, pengetahuan tentang kontrasepsi, aksesibilitas ke layanan kesehatan reproduksi, dan pengalaman dengan kehamilan remaja..

Akhirnya, kami berharap bahwa monograf ini dapat meningkatkan pemahaman kita secara signifikan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kehamilan remaja di Indonesia dan menginspirasi strategi pencegahan yang lebih

berhasil dan perbaikan jangka panjang untuk meningkatkan kesejahteraan remaja dan masyarakat pada umumnya.

Jakarta, Juni 2023

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI.....	iv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	5
E. Ruang Lingkup Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Remaja	7
B. Kehamilan Remaja.....	11
C. Kehamilan Tidak Diinginkan.....	14
D. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kehamilan Tidak Diinginkan pada Remaja	15
E. Hasil Penelitian Terkait.....	20
F. Kerangka Teori	30
BAB III KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL. 31	
A. Kerangka Konsep.....	31
B. Hipotesis Penelitian	31
C. Definisi Operasional	32
BAB IV METODE PENELITIAN	34
A. Jenis dan Desain Penelitian.....	34
B. Tempat dan Waktu Penelitian	34
C. Populasi dan Sampel.....	34
D. Pengumpulan Data	35
E. Etika Penelitian	35
F. Teknik Pengolahan dan Analisis Data	36
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN.....	39
A. Hasil Analisis Univariat.....	39
B. Hasil Analisis Bivariat	40
C. Hasil Analisis Multivariat.....	45
D. Pembahasan.....	48
E. Keterbatasan Penelitian.....	55
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	57

A. Kesimpulan	57
B. Saran	58
DAFTAR PUSTAKA.....	59

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masa remaja adalah masa yang rentan dalam perkembangan manusia karena masa remaja merupakan masa transisi serta pendewasaan fisik dan psikologis.(WHO, 2021) Proses tersebut melalui beberapa tahapan perkembangan, seperti kematangan fisik dan seksual, kemandirian sosial dan ekonomi, membangun identitas, mengembangkan kemampuan untuk kehidupan mendatang, dan kemampuan bernegosiasi. (Kementerian Sosial Republik Indonesia & UNICEF, 2016) Selama proses tersebut, remaja belajar dan mengembangkan pengetahuan dan keterampilan untuk menangani aspek-aspek penting dari kesehatan dan perkembangan mereka saat tubuh mereka dewasa. Remaja yang akan atau sedang menjalani proses tersebut perlu didampingi dan dibimbing dengan baik. Hal ini dikarenakan sifat khas yang dimiliki remaja, yaitu memiliki rasa keingintahuan yang tinggi, menyukai petualangan dan tantangan, serta berani menanggung segala risiko atas perbuatannya tanpa berpikir Panjang. (Yudia et al., 2018) Keputusan yang tidak tepat akan berdampak pada remaja perempuan, khususnya perempuan yang lebih muda, karena rentan menghadapi risiko kehamilan prematur dan persalinan. (Azevedo et al., 2012)

Kehamilan remaja merupakan salah satu masalah kesehatan yang perlu diperhatikan. Hal tersebut dapat terlihat dalam Tujuan Ketiga *Sustainable Development Goals (SDGs)*, yaitu *Good Health and Well-being* atau terjaminnya kehidupan yang sehat dan meningkatkan kesejahteraan untuk semua usia. (United Nations, 2018) Tujuan tersebut memiliki beberapa target, salah satunya Target 3.7, yaitu terjaminnya akses yang universal terhadap pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk untuk perencanaan keluarga, informasi dan edukasi, dan integrasi kesehatan reproduksi menjadi program dan strategi nasional. (World Bank, 2018) Salah satu indikator dalam mencapai target tersebut adalah tingkat kelahiran remaja (usia 10-14 tahun dan usia 15-19 tahun) dalam masing- masing kelompok usia tersebut. Oleh karena itu, kehamilan

remaja perlu diperhatikan perkembangannya agar target dalam SDGs tercapai pada tahun 2030. (United Nations, 2018)

Kehamilan remaja juga merupakan masalah global yang terjadi pada negara dengan pendapatan tinggi, menengah, dan rendah. Menurut WHO, (WHO, 2020) kehamilan remaja terjadi hingga tiga kali lebih banyak pada populasi rural dan penduduk asli dibandingkan pada populasi perkotaan. Kemudian, kehamilan remaja di seluruh dunia cenderung terjadi pada komunitas terpinggirkan yang umumnya didorong oleh kemiskinan dan kurangnya kesempatan mendapatkan pendidikan dan pekerjaan. Hal tersebut dapat mengakibatkan siklus kemiskinan yang berkelanjutan sebab pernikahan usia dini diperkirakan mengurangi pendapatan anak perempuan sebesar 9% di masa depan. (World Bank, 2017) Dampak lainnya menurut penelitian Darroch, et al (2016) adalah setiap tahun terjadi 3,9 juta aborsi tidak aman di antara perempuan usia 15-19 tahun yang berkontribusi terhadap kematian ibu dan masalah kesehatan yang berkelanjutan. (Darroch et al., 2016)

Menurut WHO (2020), setiap tahun diperkirakan terdapat 21 juta perempuan usia 15-19 tahun dan 2 juta perempuan berusia di bawah 15 tahun hamil di negara berkembang. Kemudian, sekitar 16 juta perempuan usia 15-19 tahun dan 2,5 juta perempuan berusia di bawah 16 tahun melahirkan di negara berkembang. (WHO, 2020) Berdasarkan tingkat kelahiran remaja, secara global telah terjadi penurunan dari 65 kelahiran per 1.000 perempuan pada 1990 menjadi 45 kelahiran per 1.000 perempuan pada 2016. (World Bank, 2018) Meskipun demikian, proyeksi menunjukkan bahwa jumlah kehamilan remaja akan meningkat secara global pada tahun 2030 dikarenakan populasi remaja yang semakin bertambah. (WHO, 2020)

Kemudian, persentase remaja usia 15-19 tahun yang pernah melahirkan atau sedang hamil anak pertama di Indonesia juga cenderung menurun. Data Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2002-2003 menunjukkan sebanyak 10,4% remaja pernah melahirkan atau sedang hamil anak pertama, lalu menurun menjadi 8,5% pada SDKI 2007, lalu meningkat menjadi 9,5% pada SDKI 2012, dan kembali menurun menjadi 7,1% pada SDKI 2017. (National Population and Family Planning Board (BKKBN) et al., 2018) Selain itu, tingkat

kelahiran remaja di Indonesia juga mengalami penurunan, yaitu dari 67 kelahiran per 1.000 perempuan pada tahun 1990 menjadi 48 kelahiran per 1.000 perempuan pada tahun 2016. (World Bank, 2018) Namun, penurunan tersebut masih lebih lambat dibandingkan dengan penurunan tingkat kelahiran remaja secara global.

Kehamilan remaja erat dikaitkan dengan kehamilan tidak diinginkan. Hal tersebut ditunjukkan dalam penelitian Darroch J, et al (2016) bahwa setengah kehamilan pada remaja usia 15-19 tahun pada negara berkembang diperkirakan tidak diinginkan. Hal tersebut dapat menyebabkan remaja melakukan aborsi untuk mengentikan kehamilannya. Selain itu, lebih dari separuh kehamilan pada remaja usia 15-19 tahun pada negara berkembang berakhir dengan aborsi, sekitar 3,9 juta aborsi terjadi dalam kondisi yang tidak aman. (Darroch et al., 2016) Data SDKI 2017 menunjukkan bahwa persentase kehamilan tidak diinginkan yang dilaporkan remaja usia 15-19 tahun (16%) dua kali lebih besar dari persentase kehamilan tidak diinginkan yang dilaporkan remaja usia 20-24 tahun (8%). (National Population and Family Planning Board (BKKBN) et al., 2018)

Kehamilan pada usia remaja dapat dicegah dengan menggunakan alat kontrasepsi, salah satunya kondom, saat melakukan hubungan seksual. Berdasarkan laporan SDKI Remaja tahun 2017, penggunaan kondom saat melakukan hubungan seksual pada wanita usia 15-24 tahun mengalami peningkatan. Persentase wanita yang menggunakan kondom saat hubungan seksual pertama kali meningkat dari 18% (SDKI 2012) menjadi 24% (SDKI 2017). Kemudian, persentase wanita yang menggunakan kondom saat hubungan seksual terakhir juga meningkat, yaitu dari 18% (SDKI 2012) menjadi 49% (SDKI 2017). Namun, peningkatan tersebut tidak sejalan dengan penurunan tingkat kehamilan remaja yang lambat. Selain itu, persentase penggunaan kontrasepsi saat ini pada remaja perempuan usia 15-19 tahun mengalami penurunan, yaitu dari 6,3% (SDKI 2012) menjadi 4,4% (SDKI 2017). (National Population and Family Planning Board (BKKBN) et al., 2018) Hal tersebut dapat terjadi karena remaja menghadapi hambatan dalam mengakses kontrasepsi. Hambatan tersebut mencakup undang-undang dan kebijakan pembatasan mengenai pemberian kontrasepsi berdasarkan usia atau status

pernikahan, kurangnya pengetahuan dan/atau keinginan petugas kesehatan untuk mengakui kebutuhan kesehatan seksual remaja, dan ketidakmampuan remaja mengakses layanan kontrasepsi dikarenakan pengetahuan, transportasi, dan kendala keuangan WHO. (WHO, 2020)

Berdasarkan data di atas, kehamilan remaja baik yang diinginkan maupun tidak diinginkan, berdampak buruk dalam aspek sosial dan kesehatan terhadap ibu dan kandungannya. Kondisi tersebut dapat dicegah dengan penggunaan kontrasepsi. Namun, remaja di Indonesia masih menghadapi hambatan dalam mengakses kontrasepsi sehingga tidak dapat menggunakan kontrasepsi dengan konsisten. Hal tersebut pun sejalan dengan lambatnya penurunan tingkat kelahiran remaja di Indonesia. Oleh karena itu, peneliti ingin mengetahui apakah ada hubungan antara riwayat penggunaan kontrasepsi dengan kehamilan tidak diinginkan pada remaja di Indonesia berdasarkan analisis data SDKI 2017.

B. Perumusan Masalah

Data World Bank (2018) menunjukkan bahwa tingkat kelahiran remaja di Indonesia mengalami penurunan, namun lebih lambat dibandingkan dengan besar penurunan tingkat kelahiran remaja secara global. Kehamilan remaja erat dikaitkan dengan kehamilan tidak diinginkan. Data SDKI 2017 menunjukkan bahwa persentase kehamilan tidak diinginkan yang dilaporkan remaja usia 15-19 tahun (16%) dua kali lebih besar dari persentase kehamilan tidak diinginkan yang dilaporkan remaja usia 20-24 tahun (8%). Oleh karena itu, peneliti ingin mengetahui apakah determinan kehamilan tidak diinginkan pada remaja di Indonesia berdasarkan analisis data Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui determinan kehamilan tidak diinginkan pada remaja di Indonesia.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui proporsi kehamilan tidak diinginkan pada remaja di Indonesia
- b. Mengetahui proporsi karakteristik remaja di Indonesia

- c. Mengetahui hubungan tingkat pendidikan dengan kehamilan tidak diinginkan pada remaja di Indonesia
- d. Mengetahui hubungan status pekerjaan dengan kehamilan tidak diinginkan pada remaja di Indonesia
- e. Mengetahui hubungan status ekonomi dengan kehamilan tidak diinginkan pada remaja di Indonesia
- f. Mengetahui hubungan status perkawinan dengan kehamilan tidak diinginkan pada remaja di Indonesia
- g. Mengetahui hubungan wilayah tempat tinggal dengan kehamilan tidak diinginkan pada remaja di Indonesia
- h. Mengetahui hubungan jumlah anggota rumah tangga dengan kehamilan tidak diinginkan pada remaja di Indonesia
- i. Mengetahui hubungan riwayat penggunaan kontrasepsi dengan kehamilan tidak diinginkan pada remaja di Indonesia

D. Manfaat Penelitian

1. Aspek Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi rujukan bagi instansi terkait dalam pembuatan kebijakan baru dan sebagai bahan untuk mengevaluasi kebijakan yang telah ada terkait kehamilan remaja, terutama kehamilan tidak diinginkan. Penelitian juga diharapkan dapat memberikan gambaran kehamilan tidak diinginkan pada remaja di Indonesia bagi instansi terkait.

2. Aspek Metodologis

Hasil penelitian diharapkan dapat bermanfaat bagi pengembangan program maupun kepentingan ilmu pengetahuan.

3. Aspek Aplikatif

Hasil penelitian ini menjadi wujud pengaplikasian teori pembelajaran yang telah peneliti dapatkan selama menjalani masa perkuliahan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta.

4. Aspek Al-Islam dan Kemuhammadiyah (AIK)

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi pembelajaran bahwasanya kehamilan pada usia remaja merupakan hal yang sebenarnya diperbolehkan asal melalui pernikahan dan bukan melalui perzinahan sehingga mengurangi

risiko kehamilan tidak diinginkan pada remaja. Hal ini dijelaskan dalam Al-Quran Surat Al-Isra' Ayat 32:

وَلَا تَقْرُبُوا الزَّوْجَىٰ إِنَّهُ كَانَ فَاحِشَةً وَسَاءَ سَبِيلًا

Artinya: “Dan janganlah kamu mendekati zina; (zina) itu sungguh suatu perbuatan keji, dan suatu jalan yang buruk.”

E. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui determinan kehamilan tidak diinginkan pada remaja di Indonesia dengan menggunakan data sekunder dari Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 yang dilakukan oleh Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) bekerjasama dengan Badan Pusat Statistik (BPS) dan Kementerian Kesehatan. Penelitian ini dilakukan pada bulan Januari 2022-Maret 2022. Desain penelitian yang digunakan adalah *cross sectional* dengan sampelnya adalah remaja usia 15-19 tahun yang pernah hamil dan menjadi responden SDKI 2017. Analisis data yang digunakan adalah uji kai kuadrat dan regresi logistik.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Remaja

1. Definisi Remaja

Usia adalah cara yang mudah untuk mendefinisikan remaja. (Unicef, 2011) Usia juga lebih tepat digunakan untuk menilai dan membandingkan perubahan biologis yang cukup universal, misalnya pubertas, daripada transisi sosial yang lebih bervariasi dengan lingkungan sosial budaya. Menurut WHO, remaja adalah penduduk dalam rentang usia 10-19 tahun, sedangkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 25 Tahun 2014 menyatakan bahwa remaja adalah penduduk yang berusia 10-18 tahun. Sementara itu, menurut BKKBN (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional), remaja adalah penduduk yang berusia 10-24 tahun dan belum menikah. (WHO, 2021)

Adanya perbedaan definisi dari setiap instansi atau lembaga mengenai rentang usia remaja menunjukkan tidak ada ketentuan yang jelas untuk menetapkan rentang usia remaja di seluruh dunia. Hal ini dikarenakan tidak semua perubahan biologis selama masa remaja dimulai pada usia 10 tahun atau berhenti pada usia 20 tahun. (Patton & Viner, 2007) Beberapa perubahan endokrin yang penting dimulai sebelum usia 10 tahun, misalnya produksi androgen adrenal, dan beberapa perubahan perkembangan saraf terjadi selama masa remaja dan berlanjut hingga awal usia dua puluhan. Namun, secara umum perubahan pubertas terjadi selama dekade kedua. Fase perkembangan tersebut pun dibagi menjadi tiga, yaitu remaja awal usia 10-14 tahun, remaja menengah usia 15-17 tahun, dan remaja akhir usia 18-21 tahun. (Sawyer et al., 2012)

2. Tahap Perkembangan Remaja

a. Tahap Perkembangan Fisik

Tabel 2.1 Perkembangan Fisik Remaja (Unicef, 2011)

Remaja Awal (10 – 14 tahun)	Remaja Menengah (15 – 17 tahun)	Remaja Akhir (18 – 21 tahun)
<ul style="list-style-type: none"> • Pubertas: masa pertumbuhan yang cepat • Muncul tanda pertumbuhan seksual sekunder • Pertumbuhan rambut pada tubuh • Perempuan: pertumbuhan payudara dan pinggul, menstruasi • Laki-laki: pertumbuhan testis dan penis, mimpi basah, perubahan suara • Pertumbuhan fisik utama: tinggi dan berat badan • Meningkatnya minat seksual • Peningkatan lemak tubuh pada perempuan • Pendalaman suara pada laki-laki • Rambut dan kulit menjadi lebih berminyak, jerawat mungkin muncul • Meningkatnya nafsu makan • Terjadi perubahan hormone • Otak berkembang Kemampuan motorik keseluruhan (kekuatan, ketahanan, dan kecepatan) semakin meningkat dan 	<ul style="list-style-type: none"> • Organ seksual berkembang dengan baik • Masa pubertas berakhir <p>Pertumbuhan fisik berhenti pada anak perempuan tetapi berlanjut pada anak laki-laki</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kematangan fisik • Akhir pengembangan reproduksi • Wanita muda biasanya berkembang dengan potensi penuh Pria muda terus bertambah tinggi, massa otot, berat badan, dan rambuttubuh

stabil pada usia sekitar 14 tahun		
-----------------------------------	--	--

b. Tahap Perkembangan Kognitif

Tabel 2.2
Perkembangan Kognitif Remaja (Unicef, 2011)

Remaja Awal (10 – 14 tahun)	Remaja Menengah (15 – 17 tahun)	Remaja Akhir (18 – 21 tahun)
<ul style="list-style-type: none"> • Pemikiran konkret, konsep “disini dan sekarang” mendominasi • Pemikiran tentang masa depan masih terbatas • Belum berkembangnya hubungan sebab-akibat • “diri sendiri” lebih kuat dari “kesadaran sosial” • Kapasitas berpikir abstrak meningkat • Minat intelektual meningkat dan menjadi sangat penting • Perilaku berisiko dapat berkembang (misalnya mencoba rokok, alkohol, risiko fisik) 	<ul style="list-style-type: none"> • Perkembangan pola pikir abstrak terus berlanjut • Berada di bawah tekanan sehingga kembali ke pola pikir konkret • Pemahaman hubungan sebab-akibat meningkat • Sangat berfokus pada diri sendiri • Peningkatan kapasitas untuk menetapkan tujuan • Minat penalaran moral • Muncul pertanyaan tentang arti hidup • Tujuan hidup, ambisi, dan peran yang diasumsikan semakin penting • Kapasitas untuk menetapkan dan mengejar tujuan meningkat • Kapasitas perencanaan meluas • Kemampuan untuk memperkirakan suatu hal meningkat • Perilaku berisiko mungkin muncul 	<ul style="list-style-type: none"> • Stabilisasi pemikiran abstrak • Orientasi ke masa depan • Perencanaan dan pencapaian tujuan jangka Panjang • Keterampilan memecahkan masalah • Peningkatan minat di masa depan

c. Tahap Perkembangan Sosial Ekonomi

Tabel 2.3
Perkembangan Sosial-Ekonomi (Unicef, 2011)

Remaja Awal (10 – 14 tahun)	Remaja Menengah (15 – 17 tahun)	Remaja Akhir (18 – 21 tahun)
<ul style="list-style-type: none"> • Pengalaman sehari-hari dijalani dengan intensitas emosional yang tinggi • Menantang otoritas, keluarga • Kesendirian • Menolak hal-hal masa kecil • Merasa malu tentang diri dan tubuh orang lain serta khawatir tentang seberapa normal dirinya • Menyadari bahwa orangtua tidak sempurna, konflik dengan orangtua meningkat • Pengaruh kelompok teman sebaya meningkat • Muncul keinginan untuk merdeka/bebas • Ketika sedang stress, cenderung ingin kembali ke perilaku kanak-kanak • Terjadi perubahan suasana hati • Menguji aturan dan Batasan • Minat untuk ruang pribadi meningkat • Sifat egois meningkat • Kemampuan untuk mengekspresikan emosi dan perasaan dalam kata-kata meningkat • Persahabatan menjadi lebih penting • Kasih sayang yang diarahkan kepada orangtua berkurang 	<ul style="list-style-type: none"> • Pengalaman sehari-hari dijalani dengan intensitas emosional yang tinggi • Konflik dengan keluarga terjadi karena ambivalensi dan kemandirian yang mulai tumbuh • Adaptasi terhadap tubuh terus berlanjut, kekhawatiran tentang menjadi normal atau seperti orang lain • Kecenderungan untuk menjauhkan diri dari orangtua karena dorongan untuk mandiri terus berlanjut • Dorongan untuk berteman dan mengandalkan teman, popularitas mungkin menjadi masalah penting • Perasaan cinta dan gairah muncul • Aksesibilitas jejaring sosial meningkat dan bentuk hubungan baru 	<ul style="list-style-type: none"> • Emansipasi: gaya hidup orang dewasa, otonomi • Peningkatan stabilitas emosional • Peningkatan minat terhadap orang lain • Peningkatan kemandirian dan kepercayaan diri • Hubungan dengan teman sebaya tetap penting • Pengembangan hubungan yang lebih serius • Tradisi dan kebiasaan menjadi penting • Memeriksa pengalaman internal menjadi lebih penting • Kepedulian terhadap orang lain meningkat

d. Tahap Perkembangan Identitas

Tabel 2.4 Perkembangan Identitas Remaja (Unicef, 2011)

Remaja Awal (10 – 14 tahun)	Remaja Menengah (15 – 17 tahun)	Remaja Akhir (18 – 21 tahun)
<ul style="list-style-type: none"> • Muncul pemikiran “apakah aku normal?” • Muncul keinginan untuk bermimpi • Tujuan kejuruan sering berubah • Pengembangan sistem nilai sendiri dimulai • Memiliki penonton khayalan • Berharap untuk keintiman • Melebih-lebihkan masalah sendiri: “tidak ada yang mengerti” • Perasaan dan eksplorasi seksual muncul • Berfokus pada perubahan fisik dan mengkritik penampilan • Kecemasan tentang karakteristik perubahan seksual sekunder • Teman sebaya sebagai standar untuk penampilan normal (membandingkan diri dengan orang lain pada usia yang sama) 	<ul style="list-style-type: none"> • Berbagai pengalaman untuk mengidentifikasi perilaku berisiko • Memperdalam martabat pribadi dan harga diri • Merasa istimewa dan unik sehingga menjadi egosentris • Kurang peduli tentang perubahan fisik, tetapi meningkatkan minat pada daya tarik pribadi • Perasaan kebal yang salah berkontribusi pada perilaku berisiko tinggi yang ditunjukkan • Aktivitas fisik yang berlebihan berganti menjadi kelesuan 	<ul style="list-style-type: none"> • Mengejar tujuan kejuruan yang realistis dengan melibatkan pelatihan atau pekerjaan • Hubungan dengan keluarga adalah sebagai sesama orang dewasa • Memahami keterbatasan diri • Membangun sistem nilai moral dan etnis • Membangun identitas seksual, aktivitas seksual lebih sering • Biasanya nyaman dengan penampilan tubuhnya

B. Kehamilan Remaja

1. Definisi Kehamilan Remaja

Menurut WHO (2020), kehamilan remaja adalah kehamilan yang terjadi pada wanita berusia 10-19 tahun. Usia wanita dalam sebagian besar statistik didefinisikan sebagai usia dirinya saat bayi dilahirkan. Usia wanita tersebut terkadang dibedakan antara remaja berusia 15-19 tahun dan remaja yang lebih muda berusia 10-14 tahun. Perbedaan tersebut dikarenakan ada

perbedaan yang cukup besar antara seorang perempuan berusia 12 atau 13 tahun dengan seorang wanita muda berusia 19 tahun. Angka kelahiran dan kehamilan dihitung per 1000 populasi tertentu. Perbandingan statistik antar negara sering memberikan angka per 1000 remaja berusia 15-19 tahun. (WHO, 2020) Namun, data statistik kehamilan dan kehamilan pada kelompok remaja yang lebih muda juga tersedia.

Kehamilan remaja adalah kehamilan yang terjadi pada remaja putri berusia kurang dari 20 tahun. Banyak sekali ditemui kejadian atau kasus kehamilan pada remaja putri. Padahal, kehamilan di usia muda memiliki resiko yang tinggi, tidak hanya merusak masa depan remaja yang bersangkutan, tetapi juga sangat berbahaya untuk kesehatannya. Dikarenakan perempuan yang belum dewasa, memiliki organ reproduksi yang belum kuat untuk proses kehamilan dan melahirkan, sehingga gadis dibawah umur memiliki resiko 4 kali lipat mengalami luka serius dan meninggal akibat melahirkan. Dr Seno dalam Rohan dan Sandu (2015) mengatakan kehamilan di usia kurang dari 20 tahun bisa menimbulkan masalah, karena kondisi fisik belum 100% siap. Kehamilan dan persalinan di usia tersebut meningkatkan angka kematian ibu dan janin 4-6 kali lipat dibanding wanita yang hamil dan bersalin di usia 20-30 tahun (Rohan dan Sandu, 2015).

Remaja lebih sering memiliki nutrisi prakehamilan yang buruk, diet yang buruk selama hamil, dan masalah citra tubuh yang menempatkan mereka pada resiko nutrisi selama hamil. Asupan nutrisi remaja seringkali minim zat besi, kalsium dan asam folat, di mana ketiganya sangat penting untuk perkembangan otot dan tulang serta kesehatan reproduksi. Dengan demikian anemia sangat rentan terjadi pada remaja terlebih dalam keadaan hamil (Jhonson, 2010).

Dalam menjalani proses kehamilan dan melahirkan tidak hanya kondisi fisik saja yang harus dipertimbangkan tetapi juga harus memiliki mental yang siap. Namun jika ditinjau dari segi psikologi, ibu yang masih berusia remaja emosionalnya belum stabil dan ibu mudah tegang. Kehamilan dapat memperburuk pertumbuhan emosional remaja. Usia remaja yang

belum matang dan adanya ketidakstabilan emosi akan membuat pencapaian tugas perkembangan pada masa remaja terganggu. Sementara kecacatan kelahiran bisa muncul akibat ketegangan saat dalam kandungan, dan diperburuk apabila ada rasa penolakan secara emosional ketika si ibu mengandung bayinya. Psikologi bergantung pada keinginan ibu untuk hamil. Ibu yang menginginkan kehamilannya dapat memperkecil resiko selama kehamilan. hal ini dapat diasumsikan bahwa seorang ibu yang memang menginginkan kehamilannya itu akan benarbenar mempersiapkan masa kehamilannya dan waktu persalinannya dengan baik dan cermat. Sebaliknya jika seorang ibu tidak menginginkan kehamilannya contohnya apabila karena hamil di luar pernikahan, maka mereka cenderung tidak peduli dengan kehamilan dan bahkan akan menggunakan segala cara untuk menggugurkan kehamilannya (Sari, H, 2014 dalam Kurniawati, 2018).

2. Dampak Kehamilan Remaja

Kehamilan usia dini memuat risiko yang tidak kalah berat pasalnya disamping organ reproduksi yang belum cukup matang untuk menerima proses hamil dan melahirkan, emosional ibu belum stabil dan ibu mudah tegang. Sementara kecacatan kelahiran bisa muncul akibat ketegangan saat dalam kandungan, terlebih bila adanya rasa penolakan secara emosional ketika ibu mengandung bayinnya (Ubaydillah (2000) dalam Rohan dan Sandu, 2015)

a. Aborsi tidak aman

Kehamilan dan persalinan pada usia dini bagi banyak remaja merupakan hal yang tidak direncanakan dan diinginkan. Berdasarkan penelitian Darroch J, et al (2016), setengah kehamilan pada remaja usia 15-19 tahun pada negara berkembang diperkirakan tidak diinginkan. Hal tersebut dapat menyebabkan remaja melakukan aborsi untuk mengentikan kehamilannya. Lebih dari separuh kehamilan pada remaja usia 15- 19 tahun pada negara berkembang berakhir dengan aborsi, sekitar 3,9 juta aborsi terjadi dalam kondisi yang tidak aman. (Darroch et al., 2016)

b. Komplikasi Kehamilan dan Persalinan

Berdasarkan penelitian Ganchimeg, et al (2014), ibu remaja usia 10-19 tahun menghadapi risiko yang lebih tinggi terkena eklampsia, endometritis nifas, dan infeksi sistemik dibandingkan dengan ibu usia 20-24 tahun. Kemudian, terdapat risiko peningkatan terhambatnya persalinan pada ibu remaja dikarenakan ketidakmatangan tulang panggul remaja tersebut. (Ganchimeg et al., 2014)

c. Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR)

Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) adalah kondisi bayi yang berat lahirnya kurang dari 2500 gram. (WHO, 2014) Berdasarkan penelitian Ganchimeg, et al (2014), risiko terjadinya BBLR lebih besar pada kelompok ibu remaja usia di bawah 15 tahun, usia 16-17 tahun, dan usia 18-19 tahun dibandingkan pada kelompok ibu usia 20-24 tahun. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa risiko terbesar terjadinya BBLR terdapat pada kelompok ibu remaja usia di bawah 15 tahun. Selain itu, penelitian juga menunjukkan bahwa risiko BBLR akan menurun seiring dengan bertambahnya usia ibu. (Ganchimeg et al., 2014)

d. Kematian Ibu

Kehamilan remaja tetap merupakan kontributor utama terjadinya kematian ibu dan anak. Komplikasi kehamilan dan persalinan adalah penyebab utama kematian di antara remaja perempuan usia 15-19 tahun secara global, 99% kematian ibu secara global pada wanita usia 15-49 tahun terjadi pada negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. (Wang et al., 2016)

C. Kehamilan Tidak Diinginkan

Kehamilan tidak diinginkan adalah kehamilan yang dilaporkan tidak diinginkan, yaitu kehamilan terjadi ketika tidak ada keinginan untuk mempunyai atau menambah anak, atau tidak tepat waktu kehamilan terjadi lebih awal dari yang diinginkan. (CDC, 2021) Definisi lain menyatakan bahwa kehamilan tidak diinginkan adalah kondisi dimana pasangan tidak menghendaki adanya proses kelahiran akibat dari kehamilan. Kehamilan tidak diinginkan

pada dialami pasangan yang sudah menikah maupun belum menikah. (PKBI, 1998)

Menurut kamus istilah program keluarga berencana, kehamilan tidak diinginkan adalah kehamilan yang dialami oleh seorang perempuan yang sebenarnya belum menginginkan atau sudah tidak menginginkan hamil (BKKBN, 2007). *Unwanted Pregnancy* atau dikenal sebagai kehamilan yang tidak diinginkan merupakan suatu kondisi di mana pasangan tidak menghendaki adanya proses kelahiran dari suatu kehamilan. Kehamilan ini bisa merupakan akibat dari suatu perilaku seksual/hubungan seksual baik yang disengaja maupun yang tidak disengaja (Widyastuti, Rahmawati, & Purnamaningrum, 2010)

D. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kehamilan Tidak Diinginkan pada Remaja

1. Teori Precede-Proceed Model

Teori ini menyatakan bahwa ada tiga faktor utama yang dapat mempengaruhi perilaku kesehatan, yaitu faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor penguat.

a. Faktor Predisposisi (Predisposing)

Faktor ini merupakan faktor yang yang mempermudah terjadinya perilaku seseorang, antara lain pengetahuan, kepercayaan, keyakinan, sikap, nilai-nilai, dan persepsi. Faktor tersebut akan berpengaruh terhadap motivasi seseorang untuk bertindak.

1) Tingkat pendidikan

Wanita yang berpendidikan tinggi cenderung lebih memperhatikan kesehatan diri dan keluarganya. Berdasarkan penelitian Calvert (2013), remaja yang memiliki pendidikan rendah memiliki risiko 1,9 kali lebih besar untuk mengalami kehamilan tidak diinginkan dibandingkan dengan remaja yang memiliki pendidikan tinggi. (Calvert et al., 2013) Penelitian Lawani (2018) juga menunjukkan bahwa wanita yang memiliki pendidikan tinggi memiliki risiko 0,23 kali lebih kecil untuk mengalami kehamilan tidak diinginkan ($p < 0,01$, 95% CI: 0,09-0,58). (Lawani et al., 2018)

2) Pekerjaan

Pekerjaan merupakan suatu aktivitas yang dikerjakan untuk mendapatkan imbalan atau balas jasa. Orientasi orang bekerja biasanya untuk kebutuhan keluarga bagi yang sudah menikah namun tidak jarang yang hanya untuk kepentingan dirinya terutama bagi remaja. Remaja yang mempunyai pekerjaan akan mampu menghasilkan uang untuk memenuhi kebutuhannya. Dengan demikian akan mendorong untuk melakukan sesuatu terutama untuk menyenangkan dirinya termasuk hubungan seksual hingga menikah yang bisa menyebabkan kehamilan. (Sari, 2016)

3) Status perkawinan

Berdasarkan penelitian Calvert (2013), remaja yang tidak pernah menikah memiliki risiko 2,67 kali lebih besar untuk mengalami kehamilan tidak diinginkan dibandingkan dengan remaja yang menikah ($p < 0,001$, 95%CI: 2,8-3,13). (Calvert et al., 2013) Penelitian Theme-Filha (2016) juga menunjukkan bahwa wanita yang tidak pernah menikah memiliki risiko 4,17 kali lebih besar untuk mengalami kehamilan tidak diinginkan (95%CI: 3,59-4,85). (Theme-Filha et al., 2016)

4) Tempat tinggal

Secara umum, seseorang yang tinggal di perkotaan memiliki kesempatan dalam mengakses informasi dan pelayanan kesehatan yang lebih mudah dibandingkan dengan yang tinggal di pedesaan Berdasarkan penelitian Habib (2017), wanita yang tinggal di pedesaan memiliki risiko 1,7 kali lebih besar untuk mengalami kehamilan tidak diinginkan dibandingkan dengan wanita yang tinggal di perkotaan ($p < 0,001$, 95%CI: 1,2-2,3). (Habib et al., 2017) Penelitian Lawani (2018) juga menunjukkan bahwa wanita yang tinggal di pedesaan memiliki risiko 4,28 kali lebih besar untuk mengalami kehamilan tidak diinginkan ($p = 0,03$, 95%CI: 1,15-15,9). (Lawani et al., 2018)

5) Pengetahuan kontrasepsi

Berdasarkan penelitian Mohammed (2016), wanita yang tidak mengetahui kontrasepsi memiliki risiko 2,73 kali lebih besar untuk mengalami kehamilan tidak diinginkan. (Mohammed et al., 2016) Penelitian Habib (2017) juga menunjukkan bahwa wanita yang tidak mengetahui kontrasepsi memiliki risiko 1,7 kali lebih tinggi untuk mengalami kehamilan tidak diinginkan ($p=0,007$, 95%CI: 1,5-1,9). (Habib et al., 2017)

6) Riwayat penggunaan kontrasepsi

Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) pada remaja umumnya terjadi karena tidak menggunakan kontrasepsi ketika melakukan hubungan seksual atau ketika terjadi kegagalan penggunaan metode kontrasepsi dimana hal ini dapat dicegah dengan penggunaan metode kontrasepsi yang benar, konsisten, dan efektif. (Darroch et al., 2014)

Di banyak negara, paparan informasi mengenai penggunaan kontrasepsi pada remaja masih sangat kurang, selain itu juga masih adanya informasi yang salah dan kesalahpahaman mengenai efek samping kontrasepsi di kalangan remaja. Kesalahpahaman ini menghadirkan hambatan untuk penggunaan kontrasepsi di kalangan remaja wanita karena tampaknya justru ketakutan dan kekhawatiran akan adanya hubungan potensial antara penggunaan kontrasepsi dan infertilitas di masa depan. (Ajayi et al., 2021)

b. Faktor Pemungkin (Reinforcing)

Faktor ini merupakan faktor yang memfasilitasi tindakan, terkait ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas untuk mendukung terjadinya perilaku positif terhadap sesuatu, misalnya status ekonomi. Berdasarkan penelitian Christofides, dkk (2014), remaja dengan status ekonomi tinggi memiliki risiko 0,78 kali lebih kecil untuk mengalami kehamilan tidak diinginkan ($p=0,02$, 95%CI: 0,64-0,96). Status ekonomi yang rendah merupakan faktor risiko terjadinya kehamilan tidak diinginkan pada remaja. Hal ini dikarenakan remaja dari keluarga

miskin mungkin menganggap kehamilan sebagai cara untuk mendapatkan kepastian akan masa depan mereka, jika pasangannya mapan dan keluarga dari pasangannya menyediakan dukungan ekonomi. (Christofides et al., 2015)

c. Faktor Penguat (Enabling)

Faktor ini merupakan faktor yang mendorong atau yang memperkuat terjadinya perilaku. Faktor penguat biasanya berupa dorongan atau dukungan dari keluarga, teman sebaya, tenaga kesehatan atau para pengambil kebijakan.

1) Akses ke pelayanan kesehatan

Penelitian Aziz Ali (2016) menunjukkan kurangnya akses ke pelayanan KB menjadi faktor penting yang berkontribusi dalam terjadinya *unmet need* KB dan kehamilan tidak diinginkan. Hal ini dikarenakan pemanfaatan layanan kesehatan dipengaruhi oleh aksesibilitas sehingga wanita yang tidak memiliki akses ke pelayanan KB tidak dapat memanfaatkan layanan KB, salah satunya penggunaan kontrasepsi yang merupakan faktor penting dalam kejadian kehamilan tidak diinginkan. (Aziz Ali et al., 2016)

2) Jumlah anggota rumah tangga

Hasil penelitian Kebede, dkk (2021) menyebutkan bahwa saat ini terdapat tren yang menunjukkan bahwa peluang terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan pada remaja meningkat seiring dengan semakin banyaknya jumlah anggota rumah tangga yang tinggal dalam satu rumah. Hal ini disebabkan karena semakin banyak jumlah anggota rumah tangga maka akan semakin disibukkan dengan aktivitas merawat keluarga dan tidak mudah dalam mengakses informasi mengenai perilaku seksual aman dan keluarga berencana. (Kebede et al., 2021)

2. Faktor Lain Penyebab Kehamilan Tidak Diinginkan

Berikut adalah faktor-faktor yang berhubungan dengan kehamilan tidak diinginkan pada remaja menurut penelitian Yakubu dan Salisu (2018). (Yakubu & Salisu, 2018)

a. Faktor Sosial-Budaya, Lingkungan, dan Ekonomi

- 1) Pengaruh teman
- 2) Peningkatan hubungan seksual yang tidak diinginkan dari pria dewasa
- 3) Hubungan seksual yang memaksa
- 4) Ketidaksetaraan gender dalam hubungan
- 5) Kemiskinan
- 6) Agama
- 7) Pernikahan dini
- 8) Kurangnya bimbingan dari orangtua
- 9) Pengabaian orangtua
- 10) Tidak ada pendidikan yang terjangkau
- 11) Kurangnya pendidikan seksual yang komprehensif
- 12) Tidak menggunakan kontrasepsi
- 13) Tanggung jawab pria untuk membeli kondom
- 14) Usia pertama kali hubungan seksual yang terlalu dini
- 15) Bentuk hiburan yang tidak pantas.

b. Faktor Individu

- 1) Konsumsi alkohol yang berlebihan
- 2) Penyalahgunaan zat
- 3) Tingkat percaya diri yang rendah
- 4) Ketidakmampuan untuk menahan godaan seksual, rasa ingin tahu, dan penggunaan ponsel.
- 5) Faktor Layanan Kesehatan
- 6) Biaya kontrasepsi
- 7) Tenaga kesehatan yang tidak memadai dan tidak terampil
- 8) Waktu tunggu yang lama dan kurangnya privasi di klinik
- 9) Kurangnya pendidikan seksual yang komprehensif

- 10) Kesalahpahaman tentang kontrasepsi
 11) Layanan reproduksi remaja yang tidak ramah.

E. Hasil Penelitian Terkait

Tabel 2.5
Penelitian Terkait

No.	Referensi	Variabel	Metodologi Penelitian	Hasil Penelitian
1	Faktor Risiko Kehamilan Usia Remaja di Bali: Penelitian Case Control (Meriyani et al., 2016)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pendidikan 2. Pengetahuan 3. Pendapatan keluarga 4. Kesempatan 5. Paparan pornografi 6. Pengaruh teman sebaya 	<ul style="list-style-type: none"> - Desain penelitian: Kasus kontrol - Jumlah Sampel: 96 (32 kasus, 64 kontrol) - Analisis data: analisis bivariat dengan chi square dan regresi logistik 	Faktor risiko kehamilan usia remaja yaitu pengetahuan yang kurang tentang kesehatan reproduksi dan kehamilan usia remaja (AOR = 12,8), kesempatan untuk melakukan hubungan seksual (AOR = 17,7), pergaulan dengan teman sebaya yang negative (AOR = 71,6), dan social ekonomi keluarga yang lebih tinggi (AOR = 5,8)
2	<i>Factors Influencing to the Incidence of Teenage Pregnancy</i> (Budiharjo et al., 2018)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengetahuan 2. Sikap 3. Peran orang tua 4. Peran teman sebaya 	<ul style="list-style-type: none"> - Desain penelitian: <i>cross-sectional</i> - Analisis data: univariat dan bivariat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat hubungan antara pengetahuan dengan kehamilan remaja (<i>p value</i> = 0,032) 2. Tidak terdapat hubungan antara sikap dengan kehamilan remaja (<i>p value</i> = 0,081) 3. Terdapat hubungan antara peran orang tua dengan kehamilan remaja (<i>p value</i> = 0,036) 4. Tidak terdapat hubungan antara peran teman sebaya dengan kehamilan remaja (<i>p value</i> = 0,100)
3	<i>Factors associated with adolescent pregnancy in the</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wilayah tempat tinggal 2. Usia 	<ul style="list-style-type: none"> - Desain penelitian: <i>cross-sectional</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat hubungan antara pengetahuan dengan kehamilan

No.	Referensi	Variabel	Metodologi Penelitian	Hasil Penelitian
	<i>Sunyani Municipality of Ghana</i> (Asare et al., 2019)	3. Status Perkawinan 4. Tingkat pendidikan 5. Pekerjaan 6. Agama 7. Latar belakang etnis 8. Status ekonomi	- Analisis data: univariat dan bivariat	remaja ($p\ value = 0,032$) 2. Tidak terdapat hubungan antara sikap dengan kehamilan remaja ($p\ value = 0,081$) 3. Terdapat hubungan antara peran orang tua dengan kehamilan remaja ($p\ value = 0,036$) 4. Tidak terdapat hubungan antara peran teman sebaya dengan kehamilan remaja ($p\ value = 0,100$)
4	<i>Spatial distribution, prevalence, and determinants of unintended pregnancy among youth (15–24) in Ethiopia: Further analysis of Ethiopia Demographic and Health Survey</i> (Kebede et al., 2021)	1. Usia 2. Agama 3. Wilayah tempat tinggal 4. Tingkat pendidikan 5. Status ekonomi 6. Status perkawinan 7. Paparan media 8. Pekerjaan 9. Jenis kelamin kepala rumah tangga 10. Jumlah anggota rumah tangga	- Desain penelitian: <i>cross-sectional</i> - Analisis data: spasial	1. Terdapat hubungan antara usia dengan kehamilan tidak diinginkan pada remaja (AOR = 0,72) 2. Terdapat hubungan antara pekerjaan dengan kehamilan tidak diinginkan pada remaja (AOR = 1,34) 3. Terdapat hubungan antara jenis kelamin kepala rumah tangga dengan kehamilan tidak diinginkan pada remaja (AOR = 0,66) 4. Terdapat hubungan antara jumlah anggota rumah tangga dengan kehamilan tidak diinginkan pada remaja. (AOR = 1,47)
5	<i>Factors Associated with Adolescent Pregnancy in</i>	1. Tingkat pendidikan 2. Pengetahuan 3. Pendapatan	- Desain penelitian: <i>cross-sectional</i>	1. Terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan kehamilan remaja.

No.	Referensi	Variabel	Metodologi Penelitian	Hasil Penelitian
	<i>Selebar District Bengkulu City</i> (Subani et al., 2020)	4. Pagaruh teman sebaya	- Analisis data: univariat dan bivariat	(OR = 2,76; p value = 0,026) 2. Terdapat hubungan antara pengetahuan dengan kehamilan remaja. (OR = 2,98; p value = 0,013) 3. Terdapat hubungan antara pendapatan dengan kehamilan remaja. (OR = 3,45; p value = 0,008) 4. Terdapat hubungan antara pengaruh teman sebaya dengan kehamilan remaja. (OR = 3,00; p value = 0,012)
6	<i>Determinan Kehamilan Tidak Diinginkan Di Indonesia (Analisis Data Sekunder Riskesdas 2013)</i> (Ika Et Al., 2016)	1. Umur 2. Pendidikan 3. Pekerjaan 4. Tempat tinggal 5. Status hidup Bersama 6. Status perkawinan 7. Status Sosial Ekonomi	Desain penelitian: cross-sectional	Hasil penelitian menunjukkan pendidikan, tempat tinggal, status hidup bersama, paritas, komplikasi kehamilan, penggunaan kontrasepsi dan riwayat penyakit berhubungan dengan kehamilan tidak diinginkan di Indonesia.
7	<i>Kehamilan Tidak Diinginkan Pada Remaja</i> (Elisa Et Al., 2017)	1. pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi dan seksualitas 2. sikap remaja terhadap seks pranikah 3. akses media informasi tentang pornografi 4. sikap orang tua 5. perilaku teman dekat 6. perilaku seksual remaja.	Deskriptif Kualitatif	Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya kehamilan tidak diinginkan pada remaja di Kota Madiun diantaranya perilaku seksual pranikah informan yaitu aktivitas seksual informan berada dalam tahap yang berisiko, faktor dari dalam diri remaja, yaitu: kurangnya pengetahuan tentang kesehatan reproduksi

No.	Referensi	Variabel	Metodologi Penelitian	Hasil Penelitian
				<p>dan seksualitas dan sikap permisif terhadap seks pranikah, faktor pendukung/sarana yaitu: akses media informasi mengenai pornografi, faktor dari orangtua, yaitu: sikap orang tua yang kurang peduli dengan anaknya, faktor dari teman dekat, yaitu: Elisa H. A. & Muhammad Azinar/Kehamilan Tidak Diinginkan/HIGEIA 1 (1) (2017) perilaku seksual pranikah yang dilakukan teman dekat berada dalam tahap berisiko. Saran yang dapat diberikan untuk peneliti selanjutnya yaitu memperhatikan variabel lain yang dapat mempengaruhi kehamilan tidak diinginkan.</p>
8	<p><i>Gambaran Karakteristik Wanita Dengan Kehamilan Tidak Diinginkan Dalam Perilaku Pemeriksaan Kehamilan Di Wilayah Kerja Puskesmas Bantul 1 Tahun 2020 (Tri Ayu Et Al., 2020)</i></p>	<p>1. usia 2. paritas 3. jarak kehamilan 4. status pernikahan 5. perilaku pemeriksaan kehamilan.</p>	<p>Penelitian Deskriptif, Dengan Desain Cross Sectional</p>	<p>Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa wanita dengan kehamilan tidak diinginkan di wilayah kerja Puskesmas Bantul 1 tahun 2020 mayoritas berusia < 20 atau >35 tahun sebesar 54,5%, mayoritas berparitas 1, 2 atau 3 sebesar 77,3%, mayoritas berstatus sudah menikah sebesar 95,5%, sebagian anak dengan jarak kelahiran ≥ 2 ataupun < 2 tahun masing-masing sebesar 50%, dan mayoritas melakukan pemeriksaan kehamilan</p>

No.	Referensi	Variabel	Metodologi Penelitian	Hasil Penelitian
				pada K1 murni sebesar 63,6%.
9	<i>Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Kehamilan Tidak Diinginkan Di Indonesia Tahun 2017 (Febriana Et Al., 2017)</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. umur ibu 2. jumlah anak masih hidup 3. penggunaan kontrasepsi 4. status pernikahan 5. wilayah tempat tinggal 6. pendidikan ibu 	Analisis Regresi Logistik Multinomial	Kecenderungan wanita mengalami mistimed pregnancy lebih tinggi terjadi pada wanita yang berusia <20 tahun, memiliki lebih dari 3 orang anak, menggunakan kontrasepsi, belum menikah, tinggal di perkotaan, dan pendidikan tertinggi >SMA. Sedangkan, kecenderungan wanita mengalami kehamilan tidak diinginkan sama sekali lebih tinggi terjadi pada wanita yang berusia >35 tahun, memiliki minimal 3 anak, menggunakan kontrasepsi, belum menikah, tinggal di daerah perkotaan, dan pendidikan tertinggi SMP atau SMA.
10	<i>Pengaruh Status Kehamilan Tidak Diinginkan Terhadap Perilaku Ibu Selama Kehamilan Dan Setelah Kelahiran Di Indonesia (Analisis Data Sdki 2012) (Lisa Indrian Et Al., 2016)</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Umur Ibu 2. Tingkat Pendidikan 3. Status Pekerjaan 4. Status Perkawinan 5. Paritas 6. Status ekonomi 7. Tempat tinggal 	Analisis Data Sekunder	Ibu yang mengalami kehamilan tidak diinginkan berpeluang tidak melakukan perawatan kehamilan 1,79 dibandingkan kehamilan diinginkan; berpeluang sama terhadap perilaku tidak memberikan ASI eksklusif dan tidak memberikan imunisasi dasar lengkap. Hasil analisis stratifikasi menunjukkan pengaruh status kehamilan tidak diinginkan terhadap perilaku: perawatan kehamilan; pemberian ASI eksklusif dan pemberian imunisasi

No.	Referensi	Variabel	Metodologi Penelitian	Hasil Penelitian
				dasar lengkap yang juga dipengaruhi oleh status status ekonomi. Semakin kaya cenderung melakukan perawatan kehamilan.
11	<i>Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kehamilan Tidak Diinginkan Di Indonesia (Kirana Anggraini Et Al., 2018)</i>	1. niat kehamilan 2. paritas 3. wilayah tempat tinggal 4. status pernikahan 5. tingkat pendidikan 6. tingkat ekonomi 7. jarak kelahiran 8. usia	Desain Potong Lintang	Hasil studi menunjukkan prevalensi ibu yang mengalami kehamilan tidak diinginkan di Indonesia sebanyak 8%, dengan prevalensi tertinggi terdapat di provinsi Sulawesi Tengah (11,9%) dan terendah di Papua (2.9%). Pada analisis bivariat didapatkan hubungan yang bermakna antara tingkat ekonomi, tingkat pendidikan, wilayah tempat tinggal, status pernikahan, paritas, jarak kelahiran, usia dengan kehamilan tidak diinginkan dengan nilai $p < 0,25$. Pada analisis multivariat, variabel status per-nikahan berhubungan signifikan dengan kehamilan tidak diinginkan setelah dikontrol dengan variabel tingkat ekonomi, tingkat pendidikan, wilayah tempat tinggal, paritas, jarak kelahiran dan usia
12	<i>Buang air kecil Pascahubungan Seks Mencegah Kehamilan: Kekeliruan Pemahaman Remaja Yang Menjadi Masalah</i>	1. tingkat pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi 2. hal yang berkaitan dengan seksualitas	Penelitian Kuantitatif Dengan Pendekatan Cross Sectional	Enampuluhpersen remaja mempunyai tingkat pengetahuan yang rendah. Miskonsepsi terjadi pada isu seputar terjadinya kehamilan dimana

No.	Referensi	Variabel	Metodologi Penelitian	Hasil Penelitian
	<i>Kesehatan Reproduksi (Dyah Anantalia Et Al., 2011)</i>			sebagian besar mereka beranggapan bahwa buang air kecil setelah berhubungan seksual dapat menghindarkan si gadis dari kehamilan. Sebagian lagi beranggapan bahwa kehamilan tidak akan terjadi pada hubungan seks yang pertama. Teman sebaya dan media terbukti signifikan sebagai prediktor pengetahuan remaja. Kesimpulan: Dengan banyaknya remaja yang mempunyai
13	<i>Pencegahan Kehamilan Tidak Diinginkan (Ktd) Pada Remaja Putri Yang Aktif Seksual Di Wilayah Kerja Poskesdes Kerembong Lombok Tengah (Siti Mardiyah Et Al., 2019)</i>	1. Umur 2. Pendidikan 3. Tingkat Pengetahuan 4. Sikap 5. Kontrasepsi 6. Pengetahuan 7. Sikap	Deskriptif Cross Sectional	Hasil penelitian menunjukkan tingkat pengetahuan remaja putri (sudah menikah) tentang kehamilan yang tidak diinginkan (KTD) yang tertinggi dengan kategori cukup sebanyak 28 orang (53,85%).
14	<i>Perilaku Seksual Remaja Putri Di Smk I Nusantara Ciputat Tahun 2012 (Novi Fardilla Et Al., 2012)</i>	1. tingkat pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi 2. hal yang berkaitan dengan seksualitas	Penelitian Kualitatif Dengan Desain Fenomenologis	Hasil penelitian menunjukkan bahwa siswi SMK Nusantara I Ciputat kurang benar dalam menggambarkan makna seksualitas. Remaja cenderung memahami bahwa seksualitas adalah hubungan seksual antara pria dan wanita. Beberapa perilaku seksual oleh remaja siswa I SMK Nusantara ciputat yaitu berpegangan tangan, pelukan, ciuman di pipi, berciuman bibir,

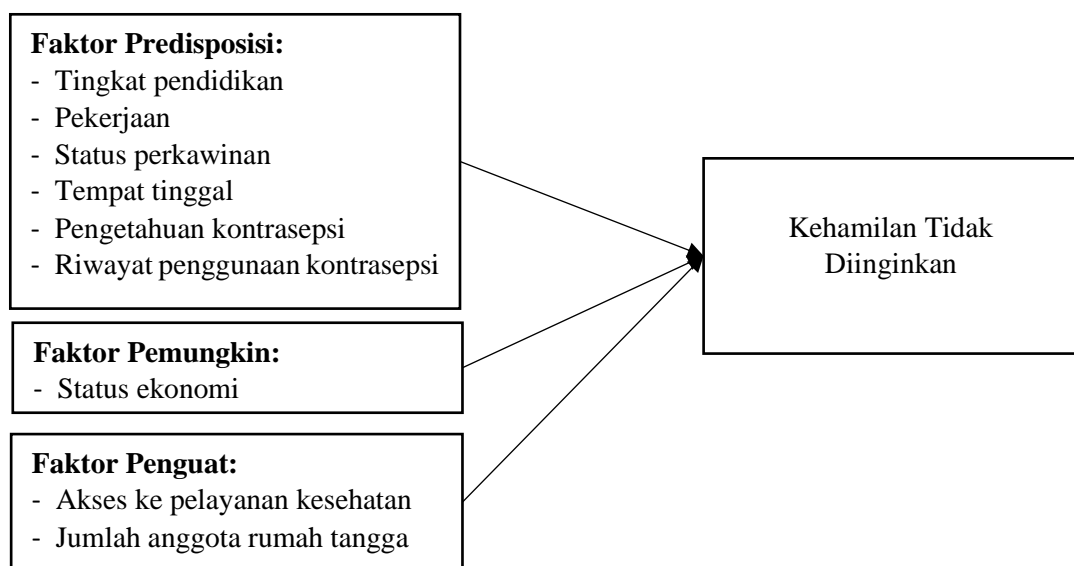
No.	Referensi	Variabel	Metodologi Penelitian	Hasil Penelitian
				cupang, bahkan "grepe" (Oral seks).
15	<i>Gambaran Perilaku Seksual Pranikah Mahasiswa Alumni Pesantren Di Provinsi Dki Jakarta (Zulfaa Nurin Nuhaa, 2020)</i>	1. tingkat pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi 2. hal yang berkaitan dengan seksualitas	Snowball Sampling	Hasil penelitian menunjukkan bahwa di antara faktor-faktor yang dapat menyebabkan perilaku seksual pranikah, faktor yang paling dominan adalah faktor life history yang membentuk karakter subjek penelitian, tidak adanya penanaman nilai seksual dari orang tua, keadaan keluarga yang tidak harmonis, dan pengaruh teman dekat.
16	<i>Pencegahan Kehamilan Tidak Diinginkan (Ktd) Pada Remaja Putri Yang Aktif Seksual Di Wilayah Kerja Poskesdes Kerembong, Lombok Tengah (Siti Mardiyah Et Al., 2019)</i>	1. Umur 2. Pendidikan 3. Tingkat Pengetahuan 4. Sikap 5. Kontrasepsi 6. Pengetahuan 7. Sikap	Deskriptif Cross Sectional	tingkat pengetahuan remaja putri (sudah menikah) tentang kehamilan yang tidak diinginkan (KTD) yang tertinggi dengan katagori cukup sebanyak 28 oranag (53,85%). Saran dalam penelitian adalah meningkatkan pelayanan terhadap kesehatan reproduksi remaja sehingga responden dapat mencegah terjadinya kehamilan tidak diinginkan.
17	<i>Peran Komunitas Dalam Pencegahan Kehamilan Tidak Diinginkan Pada Remaja (Nur Fitri Et Al., 2020)</i>	1. Pendidikan 2. Upaya 3. Harapan	Scoping Review	Kehamilan tidak diinginkan pada remaja salah satu penyebabnya yaitu kurangnya pengetahuan kesehatan reproduksi. Akses pelayanan kesehatan reproduksi untuk remaja masih dirasa sangat kurang. Pemahaman bahwa kesehatan reproduksi

No.	Referensi	Variabel	Metodologi Penelitian	Hasil Penelitian
				adalah hal yang tabu menjadi bahasan dengan remaja
18	<i>Dampak Kehamilan Tidak Diinginkan terhadap Perawatan Kehamilan dan Bayi (Studi Fenomenologi) di Kota Bogor (Nawati Et Al.,2018)</i>	Variabel dependen penelitian ini yaitu perawatan kehamilan dan bayi, sedangkan kehamilan tidak diinginkan merupakan variabel independen	Jenis Kualitatif Studi Fenomenolog	Dampak kehamilan yang tidak diinginkan terhadap perawatan kehamilan pada penelitian ini teridentifikasi 3 tema, yaitu: Tema 1. Masalah Psikososial Dampak dari Kehamilan Tidak Diinginkan, Tema 2 Penolakan terhadap Kehamilan dan Tema 3 Kurangnya Perawatan Kehamilan. Sedangkan dampak kehamilan yang tidak diinginkan terhadap perawatan bayi teridentifikasi 1 tema yaitu: Butuh Waktu untuk Menerima Bayi.
19	<i>Tingkat Pengetahuan Remaja Putri Tentang Kehamilan Tidak Diinginkan Di Sma Negeri 3 Bantul Yogyakarta Tahun 2016 (Ria Iin Et Al., 2016)</i>	1. tingkat pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi 2. hal yang berkaitan dengan seksualitas	Deskriptif Kuantitatif.	Pengetahuan remaja putri tentang kehamilan tidak diinginkan di SMA Negeri 3 Bantul Yogyakarta dengan kategori cukup sebanyak 63 responden (71,4%), pengetahuan tentang faktor penyebab kehamilan tidak diinginkan terbanyak dengan kategori kurang sebanyak 43 responden (68,3%), pengetahuan tentang resiko kehamilan tidak diinginkan terbanyak dengan kategori kurang sebanyak 32 responden (50,8%), pengetahuan tentang cara pencegahan kehamilan

No.	Referensi	Variabel	Metodologi Penelitian	Hasil Penelitian
				tidak diinginkan terbanyak dengan kategori cukup sebanyak 28% responden (28,6%)
20	<i>Perilaku Perawatan Kehamilan pada Remaja dengan Kehamilan Tidak Diinginkan di Kecamatan Widodaren Kabupaten Ngawi (Desti Puji Et Al., 2019)</i>	1. Usia 2. pendidikan 3. Pekerjaan Orang tua 4. pekerjaan pasangan 5. agama	Deskriptif Kualitatif	Remaja menyadari pentingnya perawatan kehamilan, salah satunya dengan pemeriksaan kehamilan. Pandangan perawatan kehamilan menurut remaja adalah untuk membuat ibu dan janin sehat meskipun dianggap mampu membuka aib kehamilan. Remaja mendapatkan tekanan dan pandangan negatif dari orang lain terhadap remaja untuk perawatan kehamilan. Hambatan perawatan remaja terhadap kehamilan yaitu keengganan untuk mengasuh adalah rasa malu. Sarana dan prasarana asuhan kehamilan yaitu USG kehamilan dan konsumsi vitamin. Remaja memiliki niat keinginan dan kepercayaan diri untuk merawat kehamilannya sejak mendapat dukungan dari orang terdekat dan tanggung jawab dari pasangannya. Perilaku remaja dalam perawatan kehamilan menunjukkan bahwa remaja berusaha menggugurkan kandungan sejak dini.

F. Kerangka Teori

Kerangka teori yang digunakan dalam penelitian ini berdasarkan tinjauan literatur dan modifikasi penerapan Teori Precede-Proceed Model. Menurut Teori Precede-Proceed Model, terdapat tiga faktor yang berhubungan dengan kejadian kehamilan remaja, yaitu faktor predisposisi yang memotivasi terjadinya perilaku dari dalam diri individu, faktor penguat yang berasal dari lingkungan eksternal individu, dan faktor pemungkin yang berasal dari sarana dan prasarana yang memfasilitasi terjadinya perilaku. Berikut adalah kerangka teori penelitian ini.

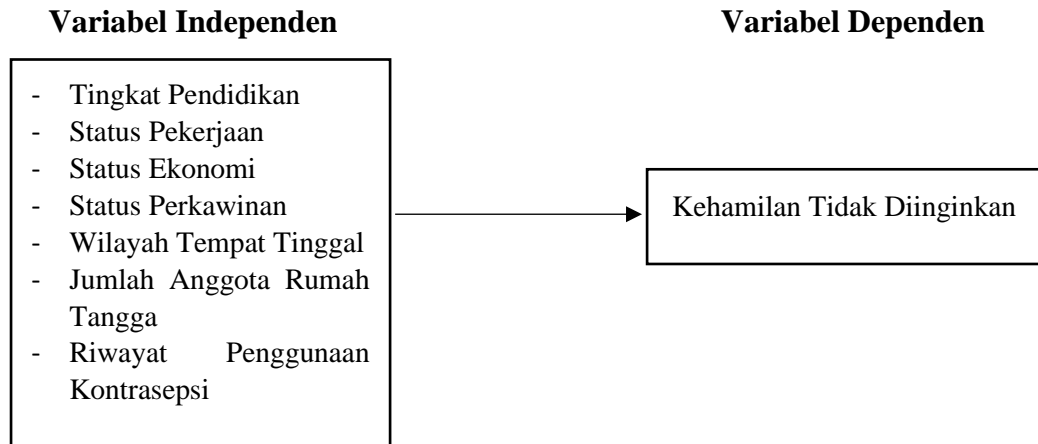


Gambar 2.1
Kerangka Teori (Modifikasi Teori Green & Kreuter, 1991)

BAB III

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

A. Kerangka Konsep



Gambar 3.1
Kerangka Konsep

B. Hipotesis Penelitian

1. Ada hubungan tingkat pendidikan dengan kehamilan tidak diinginkan pada remaja di Indonesia
2. Ada hubungan status pekerjaan dengan kehamilan tidak diinginkan pada remaja di Indonesia
3. Ada hubungan status ekonomi dengan kehamilan tidak diinginkan pada remaja di Indonesia
4. Ada hubungan status perkawinan dengan kehamilan tidak diinginkan pada remaja di Indonesia
5. Ada hubungan wilayah tempat tinggal dengan kehamilan tidak diinginkan pada remaja di Indonesia
6. Ada hubungan jumlah anggota rumah tangga dengan kehamilan tidak diinginkan pada remaja di Indonesia
7. Ada hubungan riwayat penggunaan kontrasepsi dengan kehamilan tidak diinginkan pada remaja di Indonesia

C. Definisi Operasional

Tabel 3.1
Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Dependen						
1.	Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)	WUS berusia 15-19 tahun yang pernah hamil baik yang diinginkan maupun tidak diinginkan. (BKKBN et al., 2017)	Observasi data sekunder dan transformasi data	Jawaban responden pada kuesioner SDKI tahun 2017 (Kode M10)	0 = Ya (Kehamilan Tidak Diinginkan) 1 = Tidak (Kehamilan Diinginkan)	Ordinal
Variabel Independen						
2.	Tingkat pendidikan	Status pendidikan tertinggi yang ditamatkan oleh WUS (BKKBN et al., 2017)	Observasi data sekunder dan transformasi data	Jawaban responden pada kuesioner SDKI tahun 2017 (Kode V149)	0 = Pendidikan Rendah 1 = Pendidikan Tinggi	Ordinal
3.	Status pekerjaan	Status pekerjaan WUS (BKKBN et al., 2017)	Observasi data sekunder dan transformasi data	Jawaban responden pada kuesioner SDKI tahun 2017 (Kode V714)	0 = Bekerja 1 = Tidak Bekerja	Ordinal
4.	Status ekonomi	Status ekonomi WUS yang dilihat berdasarkan indeks kekayaan dalam kuintil yang dimiliki responden berdasarkan hasil perhitungan	Observasi data sekunder dan transformasi data	Jawaban responden pada kuesioner SDKI tahun 2017 (Kode V190)	0 = Rendah (Kuintil 1 dan 2) 1 = Tinggi (Kuintil 3, 4, dan 5)	Ordinal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
		yang telah dilakukan oleh BPS (BKKBN et al., 2017)				
5.	Status perkawinan	Status perkawinan WUS selama pelaksanaan survey (BKKBN et al., 2017)	Observasi data sekunder dan transformasi data	Jawaban responden pada kuesioner SDKI tahun 2017 (Kode V501)	0 = Tidak/belum kawin 1 = Kawin	Ordinal
6.	Wilayah tempat tinggal	Wilayah tempat tinggal WUS (BKKBN et al., 2017)	Observasi data sekunder dan transformasi data	Jawaban responden pada kuesioner SDKI tahun 2017 (Kode V025)	0 = Pedesaan 1 = Perkotaan	Ordinal
7.	Jumlah anggota rumah tangga	Jumlah Anggota Rumah Tangga (ART) yang tinggal bersama dengan WUS pada saat pelaksanaan survey (BKKBN et al., 2017)	Observasi data sekunder dan transformasi data	Jawaban responden pada kuesioner SDKI tahun 2017 (Kode V136)	0 = Besar (≥ 5 ART) 1 = Kecil (< 5 ART)	Ordinal
8.	Riwayat Penggunaan Kontrasepsi	Riwayat penggunaan kontrasepsi WUS baik sebelum hamil maupun sesudah melahirkan (BKKBN et al., 2017)	Observasi data sekunder dan transformasi data	Jawaban responden pada kuesioner SDKI tahun 2017 (Kode V312)	0 = Tidak menggunakan kontrasepsi 1 = Menggunakan kontrasepsi	Ordinal

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis data sekunder, yaitu data Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017. Desain SDKI 2017 adalah *cross sectional* atau potong lintang.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 dilaksanakan pada bulan Juli hingga September 2017 di 34 Provinsi di Indonesia. SDKI 2017 dilakukan terhadap 49.250 rumah tangga yang diperoleh dari jumlah blok sensus. Berdasarkan sampel rumah tangga tersebut, SDKI juga dilakukan terhadap 59.100 responden wanita usia subur umur 15-49 tahun, 24.625 responden remaja pria belum kawin umur 15-24 tahun, dan 14.193 responden pria kawin umur 15-54 tahun. Peneliti melakukan analisis lanjut data SDKI 2017 pada bulan Januari 2022 sampai dengan Maret 2022.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi penelitian ini adalah seluruh Wanita Usia Subur (WUS) usia 15-49 tahun di Indonesia yang menjadi sampel SDKI 2017.

2. Sampel

a. Kriteria Inklusi

- Wanita Usia Subur (WUS) berusia 15-19 tahun
- WUS yang pernah hamil

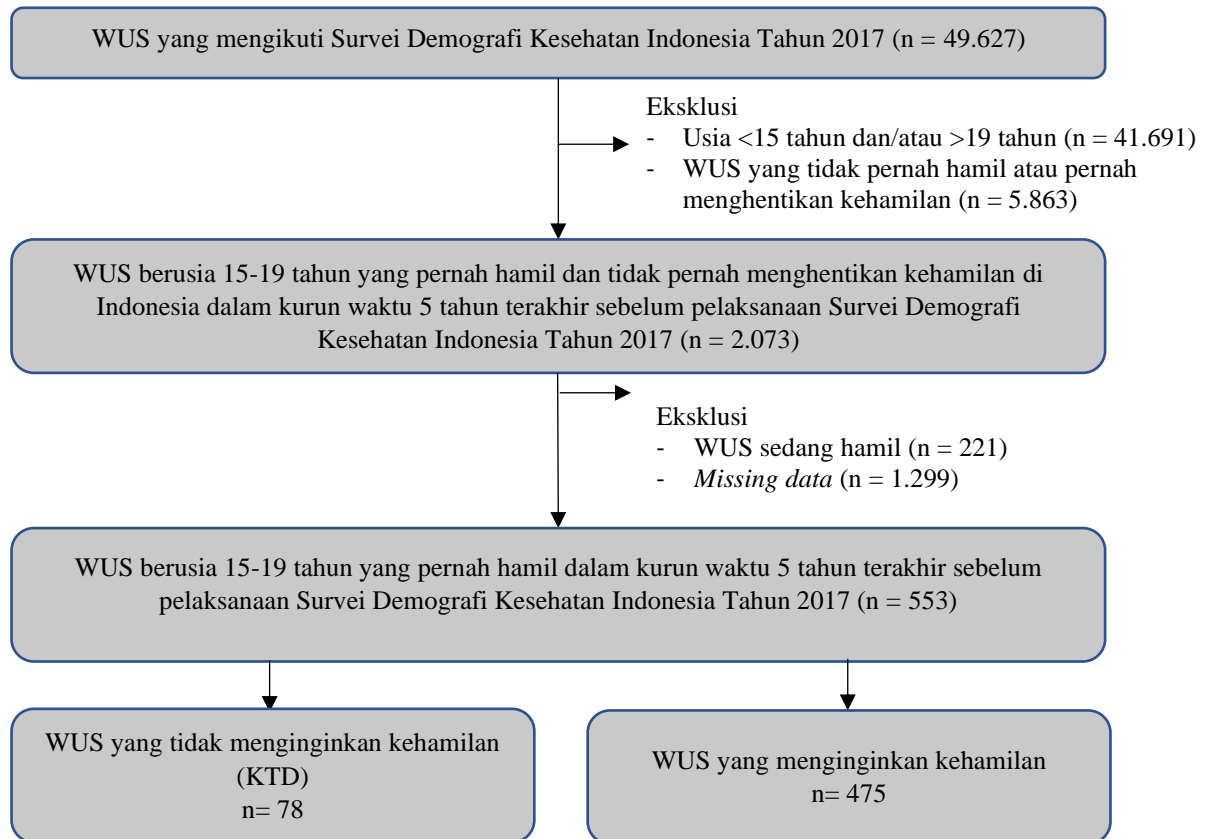
b. Kriteria Eksklusi

- WUS yang pernah menghentikan kehamilan
- WUS yang sedang hamil anak terakhir

c. Alur Pengambilan Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah WUS usia 15-19 tahun di Indonesia yang menjadi sampel SDKI 2017 dan pernah hamil selama

lima tahun sebelum survei. Peneliti membedakan sampel tersebut dengan kehamilan tidak diinginkan dan kehamilan diinginkan. Berikut adalah alur penentuan sampel penelitian.



Gambar 4.1
Alur Pengambilan Sampel

D. Pengumpulan Data

Kerangka sampel yang digunakan SDKI 2017 adalah pemilihan blok sensus dengan membuat daftar blok sensus pada PSU (*Primary Sampling Unit*) yang terpilih dilengkapi dengan informasi jumlah rumah tangga hasil Sensus Penduduk 2010 dengan melakukan *listing* kembali disesuaikan dengan strata status ekonomi (*wealth quintile*). Sampel SDKI 2017 dibuat untuk mendapatkan karakteristik dari WUS berusia 15-49 tahun, pria kawin berusia 15-54 tahun, dan remaja pria belum kawin berusia 15-24 tahun.

E. Etika Penelitian

Penelitian dalam melaksanakan seluruh kegiatan penelitian harus memegang teguh sikap ilmiah (*scientific attitude*) serta menggunakan prinsip-

prinsip etika penelitian. Dengan intervensi yang dilakukan dalam penelitian tidak memiliki risiko yang dapat merugikan atau membahayakan subjek penelitian, namun penelitian perlu mempertimbangkan sosio etika dan menjunjung tinggi harkat martabat dan kemanusiaan (Notoatmodjo, 2010).

Penelitian ini tidak boleh bertentangan dengan etika, penelitian harus etis dalam arti hak responden harus dilindungi (Hidayat, 2007). Peneliti harus melakukan penelitian jika sudah disetujui oleh KEPK FKM UMJ yang telah dinyatakan layak.

F. Teknik Pengolahan dan Analisis Data

1. Teknik Pengolahan Data

Pengolahan data dalam penelitian ini dilakukan menggunakan aplikasi SPSS versi 20. Berikut adalah tahapan dari pengolahan data.

a. Filter data

Tahap ini akan menyeleksi data yang termasuk dalam populasi penelitian, yaitu dipisahkan antara WUS usia 15-49 tahun dan WUS usia 15-19 tahun (remaja). Kemudian, dari data tersebut diambil remaja yang pernah hamil. Setelah itu, data tersebut dipisahkan kembali menjadi kehamilan remaja yang tidak diinginkan dan kehamilan remaja yang diinginkan sebagai pengelompokan untuk variabel dependen.

b. Editing

Pemeriksaan kelengkapan variabel data set dan ada tidaknya data yang missing atau hilang.

c. Cleaning data (pembersihan data)

Tahap ini dilakukan untuk mengeluarkan data yang tidak terisi lengkap pada masing-masing variabel. Tahap ini juga dapat menemukan kesalahan dan memperbaiki data agar tidak mengganggu proses analisis data serta menjaga kualitas data.

d. Coding (pengkodean data)

Pemberian kode pada pilihan jawaban dari setiap pertanyaan sesuai dengan definisi operasional penelitian.

2. Analisis Data

Analisis data adalah proses mengolah data mentah, baik primer maupun sekunder, menjadi informasi yang bermanfaat sehingga dapat digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan atau kebijakan. Dalam penelitian ini, analisis yang digunakan adalah analisis univariat, bivariat, dan multivariat. Analisis tersebut dilakukan dengan memperhatikan pengaruh teknik sampling SDKI 2017 sehingga peneliti juga memperhitungkan bobot dalam proses analisis data.

a. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk melihat gambaran atau distribusi suatu data. Dalam penelitian ini, analisis univariat digunakan untuk menganalisis variabel dependen, yaitu kehamilan tidak diinginkan, serta variabel independen, yaitu riwayat penggunaan kontrasepsi, pendidikan, status pekerjaan, status ekonomi, status pernikahan, tempat tinggal, pengetahuan kontrasepsi, dan akses ke pelayanan kesehatan. Hasil analisis ditampilkan dalam bentuk distribusi frekuensi dengan ukuran persentase untuk tiap variabel yang merupakan variabel kategorik.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara satu variabel dengan variabel lainnya. Dalam penelitian ini, analisis bivariat dilakukan dengan menggunakan uji chi-square atau kai kuadrat pada tingkat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$). Uji kai kuadrat adalah uji yang digunakan untuk mengetahui perbedaan proporsi/persentase antara dua atau lebih kelompok. Uji kai kuadrat dipilih karena variabel yang dianalisis untuk diketahui hubungannya adalah variabel kategorik dengan variabel kategorik. Keputusan yang diambil dari uji analisis ini memperhatikan nilai p value dan nilai odds ratio (OR) dari hubungan antar variabelnya pada tingkat kepercayaan 95%.

c. Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan dari beberapa variabel dengan satu variabel yang dilakukan secara

bersamaan dengan mengontrol atau memperhatikan pengaruh dari variabel confounder atau kovariat. Dalam penelitian ini, analisis multivariat dilakukan dengan analisis regresi logistik. Berikut adalah langkah-langkah dalam melakukan analisis multivariat.

- 1) Seleksi bivariat dilakukan pada variabel kovariat dengan variabel dependen. Apabila hasil p value $< 0,25$, variabel tersebut dapat masuk dalam seleksi multivariat. Kemudian, variabel yang menghasilkan p value $> 0,25$ tetap dapat masuk dalam seleksi multivariat jika variabel tersebut dianggap penting secara substansi.
- 2) Memilih variabel yang dianggap penting untuk dimasukkan dalam model multivariat. Pemilihan tersebut dilakukan dengan mempertahankan variabel yang mempunyai p value $< 0,05$ dan mengeluarkan variabel yang mempunyai p value $> 0,05$. Proses pengeluaran variabel dilakukan secara bertahap, dimulai dari variabel yang mempunyai p value terbesar.
- 3) Penilaian kovariat dengan cara mengeluarkan variabel kovariat satu per satu, dimulai dari variabel yang memiliki p value terbesar. Apabila hasil selisih OR sebelum dan sesudah variabel dikeluarkan lebih dari 10%, variabel tersebut dinyatakan sebagai kovariat dan harus tetap dimasukkan dalam model. Apabila hasil selisih OR sebelum dan sesudah variabel dikeluarkan kurang dari 10%, variabel tersebut dinyatakan bukan sebagai kovariat dan harus dikeluarkan dari model.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Analisis Univariat

1. Gambaran Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) pada Remaja di Indonesia

Gambaran Kehamilan Tidak Diinginkan pada remaja di Indonesia didistribusikan dalam bentuk distribusi frekuensi dengan ukuran proporsi. Berdasarkan hasil SDKI tahun 2017 didapatkan (Tabel 5.1) bahwa proporsi KTD pada remaja di Indonesia adalah 14,1% (95% CI = 11,5% – 17,3%), sedangkan 85,9% (95% CI = 82,7% – 88,5%) remaja tidak mengalami KTD.

Tabel 5.1
Gambaran Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) pada Remaja Indonesia

Variabel	Kategori (n=553)	N	% (95% CI)
Kehamilan Tidak Diinginkan	Ya	78	14,1 (11,5 – 17,3)
	Tidak	475	85,9 (82,7 – 88,5)

2. Gambaran Karakteristik Remaja di Indonesia

Hasil analisis pada karakteristik remaja didapatkan bahwa proporsi tingkat pendidikan remaja dengan KTD mayoritas adalah pendidikan tinggi dengan persentase 16,8%, dan status pekerjaan terbanyak pada remaja dengan KTD adalah bekerja dengan persentase 16,8%. Pada remaja dengan KTD juga didapatkan mayoritas status ekonomi rendah dengan persentase 19,9% dan berstatus kawin dengan persentase 14,3%. Selain itu, mayoritas remaja dengan KTD memiliki jumlah anggota rumah tangga ≥ 5 ART yaitu sebanyak 59 remaja (17,8%) dan tidak menggunakan kontrasepsi sebanyak 74 remaja (16,1%). Baik remaja dengan KTD maupun tidak KTD, mayoritas tinggal di perkotaan.

Tabel 5.2
Gambaran Karakteristik Remaja di Indonesia

Variabel	Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)			
	Ya (n = 78)		Tidak (n = 475)	
	n	% (95% CI)	n	% (95% CI)
Tingkat Pendidikan				
Rendah	50	13,0 (9,9 – 17,0)	337	87,0 (83,0 – 90,1)
Tinggi	28	16,8 (12,3 – 22,5)	138	83,2 (77,5 – 87,7)
Status Pekerjaan				
Tidak Bekerja	57	13,3 (10,5 – 16,8)	369	86,7 (83,2 – 89,5)
Bekerja	21	16,8 (11,4 – 24,0)	106	83,2 (76,0 – 88,6)
Status Ekonomi				
Rendah	38	19,9 (15,0 – 26,1)	154	80,1 (73,9 – 85,0)
Tinggi	40	11,0 (8,1 – 14,9)	321	89,0 (85,1 – 91,9)
Status Perkawinan				
Tidak/Belum Kawin	73	14,1 (11,5 – 17,3)	443	85,9 (82,7 – 88,5)
Kawin	5	14,3 (5,8 – 31,4)	32	85,7 (68,6 – 94,2)
Jumlah ART				
≥ 5 ART	59	17,8 (14,1 – 22,3)	271	82,2 (77,7 – 85,9)
< 5 ART	19	8,7 (5,3 – 14,0)	204	91,3 (86,0 – 94,7)
Riwayat Penggunaan Kontrasepsi				
Tidak Menggunakan	74	16,1 (13,1 – 19,5)	388	83,9 (80,5 – 86,9)
Menggunakan	4	4,5 (1,5 – 12,4)	87	95,5 (87,6 – 98,5)
Wilayah Tempat Tinggal				
Pedesaan	30	12,2 (8,3 – 17,6)	218	87,8 (82,4 – 91,7)
Perkotaan	48	15,7 (12,3 – 19,8)	257	84,3 (80,2 – 87,7)

B. Hasil Analisis Bivariat

1. Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Kehamilan Tidak Diinginkan pada Remaja di Indonesia

Hasil analisis bivariat menunjukkan tidak terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan KTD pada remaja di Indonesia (p value = 0,221). KTD lebih banyak terjadi pada remaja dengan tingkat pendidikan tinggi, dengan *Odds* KTD pada tingkat pendidikan rendah 0,7 kali lebih rendah dibandingkan KTD pada tingkat pendidikan tinggi (OR = 0,741; 95% CI = 0,457 – 1,200).

Tabel 5.3
Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Kehamilan Tidak Diinginkan pada Remaja di Indonesia

Tingkat Pendidikan	Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)				OR (95% CI)	P-value
	Ya (n = 78)		Tidak (n=475)			
	n	%	n	%		
Rendah	50	13,0	337	87,0	0,741	0,221
Tinggi	28	16,8	138	83,2	(0,457 – 1,200)	

2. Hubungan Status Pekerjaan dengan Kehamilan Tidak Diinginkan pada Remaja di Indonesia

Hasil analisis bivariat menunjukkan tidak terdapat hubungan antara status pekerjaan dengan KTD pada remaja di Indonesia (p value = 0,295). KTD lebih banyak terjadi pada remaja yang bekerja, dengan *Odds* KTD pada remaja yang tidak bekerja 0,8 kali lebih rendah dibandingkan KTD pada remaja yang tidak bekerja (OR = 0,765; 95% CI = 0,457 – 1,270).

Tabel 5.4
Hubungan Status Pekerjaan dengan Kehamilan Tidak Diinginkan pada Remaja di Indonesia

Status Pekerjaan	Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)				OR (95% CI)	P-value
	Ya (n = 78)		Tidak (n=475)			
	n	%	n	%		
Tidak Bekerja	57	13,3	369	86,7	0,762	0,295
Bekerja	21	16,8	106	83,2	(0,457 – 1,270)	

3. Hubungan Status Ekonomi dengan Kehamilan Tidak Diinginkan pada Remaja di Indonesia

Hasil analisis bivariat menunjukkan terdapat hubungan antara status ekonomi dengan KTD pada remaja di Indonesia (p value = 0,005). KTD lebih banyak terjadi pada remaja dengan status ekonomi rendah, dengan *Odds* KTD pada remaja dengan status ekonomi rendah 2,008 kali lebih berisiko dibandingkan KTD pada remaja dengan status ekonomi tinggi (OR = 2,008; 95% CI = 1,229 – 3,280)

Tabel 5.5
Hubungan Status Ekonomi dengan Kehamilan Tidak Diinginkan pada Remaja di Indonesia

Status Ekonomi	Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)				OR (95% CI)	P-value
	Ya (n = 78)		Tidak (n=475)			
	n	%	n	%		
Rendah	38	19,9	154	80,1	2,008	0,005
Tinggi	40	11,0	321	89,0	(1,229 – 3,280)	

4. Hubungan Status Perkawinan dengan Kehamilan Tidak Diinginkan pada Remaja di Indonesia

Hasil analisis bivariat menunjukkan tidak terdapat hubungan antara status perkawinan dengan KTD pada remaja di Indonesia ($p\text{ value} = 0,973$). KTD lebih banyak terjadi pada remaja dengan status kawin, dengan *Odds* KTD pada remaja yang tidak/belum kawin 0,98 kali lebih rendah dibandingkan KTD pada remaja dengan status kawin (OR = 0,983; 95% CI = 0,357 – 2,703).

Tabel 5.6
Hubungan Status Perkawinan dengan Kehamilan Tidak Diinginkan pada Remaja di Indonesia

Status Perkawinan	Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)				OR (95% CI)	P-value
	Ya (n = 78)		Tidak (n=475)			
	n	%	n	%		
Tidak/Belum Kawin	73	14,1	443	85,9	0,983	0,973
Kawin	5	14,3	32	85,7	(0,357 – 2,703)	

5. Hubungan Jumlah Anggota Rumah Tangga (ART) dengan Kehamilan Tidak Diinginkan pada Remaja di Indonesia

Hasil analisis bivariat antara jumlah Anggota Rumah Tangga (ART) dengan KTD pada remaja menunjukkan adanya hubungan yang signifikan ($p\text{ value} = 0,008$). KTD lebih banyak terjadi pada remaja dengan jumlah ART ≥ 5 orang, dengan *Odds* KTD pada remaja dengan jumlah ART ≥ 5 orang yaitu 2,3 kali lebih berisiko dibandingkan KTD pada remaja dengan jumlah ART < 5 orang (OR = 2,279; 95% CI = 1,224 – 4,242).

Tabel 5.7
Hubungan Jumlah Anggota Rumah Tangga (ART) dengan Kehamilan Tidak Diinginkan pada Remaja di Indonesia

Jumlah Anggota Rumah Tangga (ART)	Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)				OR (95% CI)	P-value
	Ya (n = 78)		Tidak (n=475)			
	n	%	n	%		
≥ 5 ART	59	17,8	271	82,2	2,279	0,008
< 5 ART	19	8,7	204	91,3	(1,224 – 4,242)	

6. Hubungan Riwayat Penggunaan Kontrasepsi dengan Kehamilan Tidak Diinginkan pada Remaja di Indonesia

Hasil analisis bivariat antara riwayat penggunaan kontrasepsi dengan KTD pada remaja menunjukkan adanya hubungan yang signifikan (p value = 0,007). KTD lebih banyak terjadi pada remaja dengan yang tidak menggunakan kontrasepsi, dengan *Odds* KTD pada remaja yang tidak menggunakan kontrasepsi yaitu 4,1 kali lebih berisiko dibandingkan KTD pada remaja yang menggunakan kontrasepsi (OR = 4,095; 95% CI = 1,371 – 12,227).

Tabel 5.8
Hubungan Riwayat Penggunaan Kontrasepsi dengan Kehamilan Tidak Diinginkan pada Remaja di Indonesia

Riwayat Penggunaan Kontrasepsi	Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)				OR (95% CI)	P-value
	Ya (n = 78)		Tidak (n=475)			
	n	%	n	%		
Tidak Menggunakan	74	16,1	388	83,9	4,095	0,007
Menggunakan	4	4,5	87	95,5	(1,371 – 12,227)	

7. Hubungan Wilayah Tempat Tinggal dengan Kehamilan Tidak Diinginkan pada Remaja di Indonesia

Hasil analisis bivariat menunjukkan tidak terdapat hubungan antara wilayah tempat tinggal dengan KTD pada remaja di Indonesia (p value = 0,267). KTD lebih banyak terjadi pada remaja yang tinggal di perkotaan, dengan *Odds* KTD pada remaja yang tinggal di pedesaan 0,75 kali lebih rendah dibandingkan KTD pada remaja di perkotaan (OR = 0,749; 95% CI = 0,448 – 1,250).

Tabel 5.9
Hubungan Wilayah Tempat Tinggal dengan Kehamilan Tidak Diinginkan pada Remaja di Indonesia

Wilayah Tempat Tinggal	Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)				OR (95% CI)	P-value
	Ya (n = 78)		Tidak (n=475)			
	n	%	n	%		
Pedesaan	30	12,2	218	87,8	0,749	0,267
Perkotaan	48	15,7	257	84,3	(0,448 – 1,250)	

8. Tabel Hasil Rekapitulasi

Hasil analisis bivariat dari 7 (tujuh) variabel independen yang diteliti didapatkan ada 3 (tiga) variabel yang memiliki hubungan signifikan dengan KTD pada remaja, yaitu status ekonomi, jumlah ART, dan riwayat penggunaan kontrasepsi, sedangkan 4 (empat) variabel lainnya tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan KTD pada remaja. Tabel 5.10 merupakan tabel hasil rekapitulasi analisis ketujuh variabel independen terhadap variabel dependen yaitu KTD pada remaja di Indonesia.

Tabel 5.10
Hubungan Karakteristik Individu dengan Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) pada Remaja di Indonesia

Variabel	Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)				OR (95% CI)	P-value
	Ya (n = 78)		Tidak (n=475)			
	n	%	n	%		
Tingkat Pendidikan						
Rendah	50	13,0	337	87,0	0,741	0,221
Tinggi	28	16,8	138	83,2	(0,457 – 1,200)	
Status Pekerjaan						
Tidak Bekerja	57	13,3	369	86,7	0,762	0,295
Bekerja	21	16,8	106	83,2	(0,457 – 1,270)	
Status Ekonomi						
Rendah	38	19,9	154	80,1	2,008	0,005
Tinggi	40	11,0	321	89,0	(1,229 – 3,280)	
Status Perkawinan						
Tidak/Belum Kawin	73	14,1	443	85,9	0,983	0,973
Kawin	5	14,3	32	85,7	(0,357 – 2,703)	
Jumlah ART						
≥ 5 ART	59	17,8	271	82,2	2,279	0,008
< 5 ART	19	8,7	204	91,3	(1,224 – 4,242)	

Riwayat Penggunaan Kontrasepsi						
Tidak Menggunakan	74	16,1	388	83,9	4,095	0,007
Menggunakan	4	4,5	87	95,5	(1,371 – 12,227)	
Wilayah Tempat Tinggal						
Pedesaan	30	12,2	218	87,8	0,749	0,267
Perkotaan	48	15,7	257	84,3	(0,448 – 1,250)	

C. Hasil Analisis Multivariat

1. Seleksi Bivariat

Pada tahap ini masing-masing variabel independen dihubungkan dengan variabel dependen. Adapun hasil seleksi bivariat adalah sebagai berikut.

Tabel 5.11
Seleksi Bivariat untuk Kandidat Multivariat

Variabel	P-value	Keterangan
Tingkat pendidikan	0,221	Kandidat Multivariat
Status Pekerjaan	0,295	Tidak Kandidat Multivariat
Status Ekonomi	0,005	Kandidat Multivariat
Status Perkawinan	0,973	Tidak Kandidat Multivariat
Jumlah Anggota Rumah Tangga	0,008	Kandidat Multivariat
Riwayat Penggunaan Kontrasepsi	0,007	Kandidat Multivariat
Wilayah Tempat Tinggal	0,267	Kandidat Multivariat

Berdasarkan seleksi bivariat didapatkan variabel tingkat pendidikan, status ekonomi, jumlah ART, dan riwayat penggunaan kontrasepsi menghasilkan $p\ value < 0,25$ sehingga dapat dijadikan kandidat multivariat. Sedangkan variabel status pekerjaan, status perkawinan, dan wilayah tempat tinggal menghasilkan $p\ value > 0,25$. Namun dikarenakan secara substansi variabel wilayah tempat tinggal dianggap penting, sehingga variabel tersebut tetap dimasukkan ke dalam pemodelan multivariat. Setelah dilakukan analisis multivariat menggunakan regresi logistik, didapatkan model akhir multivariat pada tabel 5.12:

Tabel 5.12
Pemodelan Pertama Multivariat

Variabel	P value	OR	CI 95%
Tingkat Pendidikan	0,171	0,704	0,425 – 1,165
Status Ekonomi	0,007	2,284	1,256 – 4,152
Jumlah ART	0,011	2,387	1,221 – 4,665
Riwayat Penggunaan Kontrasepsi	0,025	3,553	1,171 – 10,777
Wilayah Tempat Tinggal	0,102	0,605	0,331 – 1,106

Dari pemodelan pertama terlihat ada 2 (dua) variabel yang p *valu*nya $> 0,05$ yaitu tingkat pendidikan dan wilayah tempat tinggal. Eliminasi pertama dilakukan pada variabel dengan p *value* terbesar, yaitu tingkat pendidikan, dan mengeluarkan variabel tersebut dari model kemudian menghitung perubahan nilai OR antara sebelum dan sesudah variabel tingkat pendidikan dikeluarkan dari model, pada masing-masing variabel yang masih ada di model. Adapun hasilnya sebagai berikut:

Tabel 5.13
Pemodelan Kedua Multivariat

Variabel	P value	OR	CI 95%
Status Ekonomi	0,010	2,158	1,206 – 3,863
Jumlah ART	0,010	2,419	1,238 – 4,725
Riwayat Penggunaan Kontrasepsi	0,023	3,644	1,192 – 11,144
Wilayah Tempat Tinggal	0,091	0,591	0,321 – 1,088

Tabel 5.14
Penghitungan Perubahan Nilai OR Antara Sebelum dan Sesudah Variabel Tingkat Pendidikan Dikeluarkan

Variabel	OR Baku Emas	OR Setelah variabel Tingkat Pendidikan keluar	Perubahan OR
Tingkat Pendidikan	0,704	-	
Status Ekonomi	2,284	2,158	5,8%
Jumlah ART	2,387	2,419	1,3%
Riwayat Penggunaan Kontrasepsi	3,553	3,644	2,5%
Wilayah Tempat Tinggal	0,605	0,591	2,4%

Dari hasil perhitungan perubahan nilai OR, ternyata tidak ada satupun variabel yang berubah $> 10\%$ dengan demikian variabel tingkat pendidikan tetap dikeluarkan dari model. Langkah selanjutnya adalah mengeluarkan variabel wilayah tempat tinggal dari pemodelan multivariat. Adapun hasilnya adalah sebagai berikut:

Tabel 5.15
Pemodelan Ketiga Multivariat

Variabel	P value	OR	CI 95%
Status Ekonomi	0,025	1,785	1,076 – 2,961
Jumlah ART	0,007	2,519	1,283 – 4,947
Riwayat Penggunaan Kontrasepsi	0,021	3,715	1,216 – 11,354

Tabel 5.16
Penghitungan Perubahan Nilai OR Antara Sebelum dan Sesudah Variabel Wilayah Tempat Tinggal Dikeluarkan

Variabel	OR Baku Emas	OR Setelah Variabel Wilayah Tempat Tinggal Keluar	Perubahan OR
Tingkat Pendidikan	0,704	-	-
Status Ekonomi	2,284	1,785	28,0%
Jumlah ART	2,387	2,519	5,2%
Riwayat Penggunaan Kontrasepsi	3,553	3,715	4,4%
Wilayah Tempat Tinggal	0,605	-	-

Dari hasil perhitungan perubahan nilai OR, ternyata terdapat satu variabel yang berubah $> 10\%$ dengan demikian variabel wilayah tempat tinggal dimasukkan kembali ke dalam model dan menjadi variabel confounding. Setelah memasukkan kembali wilayah tempat tinggal pada model, ternyata tidak ada lagi variabel dengan *p value* $> 0,05$, sehingga pemodelan keempat adalah pemodelan terakhir multivariat dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 5.17
Pemodelan Keempat Multivariat

Variabel	P value	OR	CI 95%
Status Ekonomi	0,010	2,158	1,206 – 3,863
Jumlah ART	0,010	2,419	1,238 – 4,725
Riwayat Penggunaan Kontrasepsi	0,023	3,644	1,192 – 11,144
Wilayah Tempat Tinggal	0,091	0,591	0,321 – 1,088

Hasil analisis multivariat menggunakan uji regresi logistik menunjukkan bahwa jumlah riwayat penggunaan kontrasepsi menjadi faktor risiko dominan terjadinya Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) pada remaja di Indonesia dengan *Odds Ratio* tertinggi yaitu 3,644. Hal ini berarti bahwa remaja yang tidak menggunakan kontrasepsi berisiko 3,6 kali lebih besar mengalami Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) setelah dikontrol oleh variabel wilayah tempat tinggal, jumlah ART, dan status ekonomi (95% CI = 1,238 – 4,725).

D. Pembahasan

1. Hasil Analisis Univariat

Hasil analisis univariat untuk proporsi Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) pada remaja di Indonesia lebih rendah dengan persentase sebesar 14,1% dibandingkan remaja yang tidak mengalami KTD. Indonesia secara kebudayaan dan agama melarang seseorang untuk melakukan hubungan seksual di luar pernikahan, bahkan pembicaraan mengenai hal tersebut dianggap tabu. (Utomo & McDonald, 2009) Karena ketabuan tersebut, hampir 90% remaja di Indonesia dengan tingkat keingintahuan yang tinggi sering mengakses informasi tentang praktik seksual melalui situs porno, dan 9% diantaranya terlibat dalam hubungan seksual tanpa kontrasepsi. (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013) Hal ini mengakibatkan masih adanya kejadian KTD pada remaja di Indonesia. Selain itu, hal ini berdampak pada tingginya praktik aborsi serta perkawinan usia dini guna membatasi anggapan negatif serta kritik sosial dari masyarakat. (Utomo & McDonald, 2009)

2. Hasil Analisis Bivariat

a. Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Kehamilan Tidak Diinginkan pada Remaja di Indonesia

Hasil analisis bivariat menunjukkan tidak terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan KTD pada remaja di Indonesia. KTD lebih banyak terjadi pada remaja dengan tingkat pendidikan tinggi, dengan *Odds* KTD pada tingkat pendidikan rendah 0,7 kali lebih rendah dibandingkan KTD pada tingkat pendidikan tinggi (OR = 0,741; 95% CI = 0,457 – 1,200).

Hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan Brahmhatt, dkk (2014) yang dilakukan di 5 kota yaitu Baltimore, Johannesburg, Ibadan, Delhi, dan Shanghai, yang menyebutkan bahwa remaja dengan tingkat pendidikan lebih tinggi kecil kemungkinan melakukan hubungan seksual pranikah, dan apabila melakukan, cenderung menggunakan kontrasepsi, sehingga menghindarkan dari KTD. (Brahmhatt et al., 2014)

Hasil penelitian lain yang dilakukan oleh Aminatussyadiah, dkk (2020) juga menyebutkan bahwa kehamilan remaja mayoritas terjadi pada mereka dengan tingkat pendidikan dasar/rendah. (Aminatussyadiah et al., 2020) Hal serupa juga diungkapkan oleh Faisal-cury, dkk (2017) bahwa remaja dengan pendidikan rendah berisiko 2 kali lebih besar mengalami KTD dibandingkan remaja dengan pendidikan tinggi. (Faisal-cury et al., 2017)

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan beberapa penelitian yang mayoritas menghasilkan hubungan antara pendidikan rendah dengan KTD. Hal ini didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan Harianti dan Nurbaiti (2016) yang menyebutkan bahwa semakin tua usia, semakin mudah mendapatkan pengetahuan diluar pengetahuan yang diperoleh dari pendidikan formal, selain itu, hasil penelitian tersebut juga menemukan bahwa Penyakit Menular Seksual (PMS) cenderung lebih banyak terjadi pada wanita dengan usia lebih tua, sehingga pendidikan cenderung tidak memiliki pengaruh terhadap KTD. (Harianti & Nurbaiti, 2017)

b. Hubungan Status Pekerjaan dengan Kehamilan Tidak Diinginkan pada Remaja di Indonesia

Hasil analisis bivariat menunjukkan tidak terdapat hubungan antara status pekerjaan dengan KTD pada remaja di Indonesia. KTD lebih banyak terjadi pada remaja yang bekerja, dengan *Odds* KTD pada remaja yang tidak bekerja 0,8 kali lebih rendah dibandingkan KTD pada remaja yang tidak bekerja (OR = 0,765; 95% CI = 0,457 – 1,270). Hasil penelitian ini sejalan dengan temuan dari Febriana dan Sari (2019) yang mendapatkan bahwa tidak terdapat hubungan antara status pekerjaan dengan KTD pada remaja di Indonesia (*p value* > 0,05). (Febriana & Sari, 2019)

Pekerjaan merupakan suatu aktivitas yang dikerjakan untuk mendapatkan imbalan atau balas jasa. Orientasi orang bekerja biasanya untuk kebutuhan keluarga bagi yang sudah menikah namun tidak jarang yang hanya untuk kepentingan dirinya terutama bagi remaja. Remaja yang mempunyai pekerjaan akan mampu menghasilkan uang untuk memenuhi kebutuhannya. Dengan demikian akan mendorong untuk melakukan sesuatu terutama untuk menyenangkan dirinya termasuk hubungan seksual hingga menikah yang bisa menyebabkan kehamilan. (Sari, 2016)

c. Hubungan Status Ekonomi dengan Kehamilan Tidak Diinginkan pada Remaja di Indonesia

Hasil analisis bivariat menunjukkan terdapat hubungan antara status ekonomi dengan KTD pada remaja di Indonesia. KTD lebih banyak terjadi pada remaja dengan status ekonomi rendah, dengan *Odds* KTD pada remaja dengan status ekonomi rendah 2,008 kali lebih berisiko dibandingkan KTD pada remaja dengan status ekonomi tinggi (OR = 2,008; 95% CI = 1,229 – 3,280).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Christofides, dkk (2014), yang menyebutkan bahwa remaja dengan status ekonomi tinggi memiliki risiko 0,78 kali lebih kecil untuk mengalami kehamilan tidak diinginkan (*p*=0,02, 95%CI: 0,64-0,96). Status ekonomi yang rendah merupakan faktor risiko terjadinya kehamilan tidak diinginkan pada

remaja. Hal ini dikarenakan remaja dari keluarga miskin mungkin menganggap kehamilan sebagai cara untuk mendapatkan kepastian akan masa depan mereka, jika pasangannya mapan dan keluarga dari pasangannya menyediakan dukungan ekonomi. (Christofides et al., 2015)

Kehamilan remaja banyak dikaitkan dengan kondisi sosial ekonomi rendah. Salah satu studi kualitatif yang dilakukan oleh Harden, dkk (2009) menunjukkan bahwa kehamilan remaja berkaitan dengan keadaan yang buruk, ketidakbahagiaan, dan rendahnya harapan terhadap masa depan. (Harden et al., 2009) Ibu-ibu muda yang sedang hamil mayoritas tinggal di lingkungan sosial ekonomi yang kurang beruntung, dan kondisi ini mengundang risiko yang lebih besar seperti perkembangan kognitif, kesehatan, pencapaian pendidikan dan status kesehatan di masa dewasa. (Gayatri, 2021)

d. Hubungan Status Perkawinan dengan Kehamilan Tidak Diinginkan pada Remaja di Indonesia

Hasil analisis bivariat menunjukkan tidak terdapat hubungan antara status perkawinan dengan KTD pada remaja di Indonesia. KTD lebih banyak terjadi pada remaja dengan status kawin, dengan *Odds* KTD pada remaja yang tidak/belum kawin 0,98 kali lebih rendah dibandingkan KTD pada remaja dengan status kawin (OR = 0,983; 95% CI = 0,357 – 2,703).

Pernikahan cenderung menjadi solusi atas kejadian KTD karena masyarakat cenderung permisif terhadap pernikahan diusia muda dan adanya bias gender jika perempuan hanya memiliki tanggung jawab disektor domestik. Akibatnya orang tua dan remaja tidak takut mengalami KTD. Orang tua kurang memahami mengenai dampak yang akan timbul dari pernikahan di usia dini. Selain beresiko terhadap kesehatan remaja selama hamil dan melahirkan, pernikahan diusia muda juga membawa banyak konsekuensi terkait aspek psikologis, sosial, dan ekonomi remaja. (Shaluhayah et al., 2018)

Hal ini bertolak belakang dengan penelitian Calvert (2013) yang menyebutkan bahwa remaja yang tidak pernah menikah memiliki risiko

2,67 kali lebih besar untuk mengalami kehamilan tidak diinginkan dibandingkan dengan remaja yang menikah ($p < 0,001$, 95% CI: 2,8-3,13). (Calvert et al., 2013) Penelitian Theme-Filha (2016) juga menunjukkan bahwa wanita yang tidak pernah menikah memiliki risiko 4,17 kali lebih besar untuk mengalami kehamilan tidak diinginkan (95% CI: 3,59-4,85). (Theme-Filha et al., 2016)

e. Hubungan Jumlah Anggota Rumah Tangga (ART) dengan Kehamilan Tidak Diinginkan pada Remaja di Indonesia

Hasil analisis bivariat antara jumlah Anggota Rumah Tangga (ART) dengan KTD pada remaja menunjukkan adanya hubungan yang signifikan. KTD lebih banyak terjadi pada remaja dengan jumlah ART ≥ 5 orang, dengan *Odds* KTD pada remaja dengan jumlah ART ≥ 5 orang yaitu 2,3 kali lebih berisiko dibandingkan KTD pada remaja dengan jumlah ART < 5 orang (OR = 2,279; 95% CI = 1,224 – 4,242).

Hasil penelitian Kebede, dkk (2021) menyebutkan bahwa saat ini terdapat tren yang menunjukkan bahwa peluang terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan pada remaja meningkat seiring dengan semakin banyaknya jumlah anggota rumah tangga yang tinggal dalam satu rumah. Hal ini disebabkan karena semakin banyak jumlah anggota rumah tangga maka akan semakin disibukkan dengan aktivitas merawat keluarga dan tidak mudah dalam mengakses informasi mengenai perilaku seksual aman dan keluarga berencana. (Kebede et al., 2021)

Dalam hal ini, penggunaan kontrasepsi dan perencanaan kehamilan berimplikasi pada kesejahteraan generasi berikutnya. Penelitian menunjukkan bahwa orang cenderung tidak siap menjadi orang tua dan mengembangkan hubungan positif dengan anak-anak mereka jika mereka menjadi orang tua saat remaja atau memiliki kelahiran yang tidak direncanakan daripada sebaliknya. Jarak kelahiran yang dekat dan jumlah anggota keluarga yang lebih besar terkait dengan penurunan investasi orang tua pada anak-anak mereka. Semua ini, pada gilirannya, dapat

mempengaruhi perkembangan mental dan perilaku serta pencapaian pendidikan anak-anak di masa depan. (Sonfield et al., 2013)

f. Hubungan Riwayat Penggunaan Kontrasepsi dengan Kehamilan Tidak Diinginkan pada Remaja di Indonesia

Hasil analisis bivariat antara riwayat penggunaan kontrasepsi dengan KTD pada remaja menunjukkan adanya hubungan yang signifikan. KTD lebih banyak terjadi pada remaja dengan yang tidak menggunakan kontrasepsi, dengan *Odds* KTD pada remaja yang tidak menggunakan kontrasepsi yaitu 4,1 kali lebih berisiko dibandingkan KTD pada remaja yang menggunakan kontrasepsi (OR = 4,095; 95% CI = 1,371 – 12,227).

Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) pada remaja umumnya terjadi karena tidak menggunakan kontrasepsi ketika melakukan hubungan seksual atau ketika terjadi kegagalan penggunaan metode kontrasepsi dimana hal ini dapat dicegah dengan penggunaan metode kontrasepsi yang benar, konsisten, dan efektif. (Darroch et al., 2014)

Di banyak negara, paparan informasi mengenai penggunaan kontrasepsi pada remaja masih sangat kurang, selain itu juga masih adanya informasi yang salah dan kesalahpahaman mengenai efek samping kontrasepsi di kalangan remaja. Kesalahpahaman ini menghadirkan hambatan untuk penggunaan kontrasepsi di kalangan remaja wanita karena tampaknya justru ketakutan dan kekhawatiran akan adanya hubungan potensial antara penggunaan kontrasepsi dan infertilitas di masa depan. (Ajayi et al., 2021)

g. Hubungan Wilayah Tempat Tinggal dengan Kehamilan Tidak Diinginkan pada Remaja di Indonesia

Hasil analisis bivariat menunjukkan tidak terdapat hubungan antara wilayah tempat tinggal dengan KTD pada remaja di Indonesia. KTD lebih banyak terjadi pada remaja yang tinggal di perkotaan, dengan *Odds* KTD pada remaja yang tinggal di pedesaan 0,75 kali lebih rendah dibandingkan KTD pada remaja di perkotaan (OR = 0,749; 95% CI = 0,448 – 1,250).

Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Wulandari dan Laksono (2021) yang melaporkan bahwa wanita yang tinggal di daerah perkotaan memiliki lebih banyak kemungkinan untuk mengalami kehamilan yang tidak diinginkan dibandingkan mereka yang tinggal di daerah pedesaan. (Wulandari & Laksono, 2021). Namun hasil ini bertentangan dengan beberapa penelitian sebelumnya di Pakistan, Ethiopia, dan beberapa negara di Sub-Sahara Afrika yang menyebutkan bahwa tinggal di daerah pedesaan merupakan faktor risiko KTD pada wanita dibandingkan dengan tinggal di daerah perkotaan. Studi ini sesuai fakta bahwa di Indonesia, fasilitas kesehatan ketersediaannya lebih baik di perkotaan daripada di pedesaan daerah, termasuk alat kontrasepsi. (Seran et al., 2020)

Secara umum, seseorang yang tinggal di perkotaan memiliki kesempatan dalam mengakses informasi dan pelayanan kesehatan yang lebih mudah dibandingkan dengan yang tinggal di pedesaan Berdasarkan penelitian Habib (2017), wanita yang tinggal di pedesaan memiliki risiko 1,7 kali lebih besar untuk mengalami kehamilan tidak diinginkan dibandingkan dengan wanita yang tinggal di perkotaan ($p < 0,001$, 95%CI: 1,2-2,3). (Habib et al., 2017) Penelitian Lawani (2018) juga menunjukkan bahwa wanita yang tinggal di pedesaan memiliki risiko 4,28 kali lebih besar untuk mengalami kehamilan tidak diinginkan ($p \text{ value} = 0,03$; 95% CI: 1,15-15,9). (Lawani et al., 2018)

3. Hasil Analisis Multivariat

Hasil analisis multivariat menggunakan uji regresi logistik menunjukkan bahwa jumlah riwayat penggunaan kontrasepsi menjadi faktor risiko dominan terjadinya Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) pada remaja di Indonesia dengan Odds Ratio tertinggi yaitu 3,644. Hal ini berarti bahwa remaja yang tidak menggunakan kontrasepsi berisiko 3,6 kali lebih besar mengalami Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) setelah dikontrol oleh variabel wilayah tempat tinggal, jumlah ART, dan status ekonomi (95% CI = 1,238 – 4,725).

Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) pada remaja umumnya terjadi karena tidak menggunakan kontrasepsi ketika melakukan hubungan seksual atau ketika terjadi kegagalan penggunaan metode kontrasepsi dimana hal ini dapat dicegah dengan penggunaan metode kontrasepsi yang benar, konsisten, dan efektif. (Darroch et al., 2014)

Adanya ketabuan melakukan hubungan seksual di luar pernikahan baik secara agama maupun budaya di Indonesia menjadi isu penting karena remaja di Indonesia diketahui memiliki kebutuhan yang sangat tidak terpenuhi untuk penggunaan kontrasepsi yang berasal dari ketidakmampuan mereka untuk mengakses, membeli, dan/atau dijamin kerahasiaannya ketika mereka melakukan upaya untuk menggunakan kontrasepsi.

Selain itu, menurut Otoide et al (2001), Hokororo et al (2015), Capurchande et al (2016), dan Budhwani et al (2018) mayoritas remaja masih mengalami misinformasi dan mispersepsi terkait kontrasepsi, misalnya, salah persepsi bahwa kontrasepsi tidak efektif dalam mencegah pembuahan. Mereka juga percaya bahwa penggunaan kontrasepsi menimbulkan risiko infertilitas di masa depan. (Flaherty et al., 2005; Ochako et al., 2015; Otoide et al., 2001)

Pada dasarnya, penggunaan kontrasepsi yang optimal dapat mengurangi beban KTD pada remaja serta mencegah aborsi dengan efektivitas sepertiga kali lebih efektif. Adapun langkah yang bisa dilakukan untuk mencegah KTD pada remaja di Indonesia yaitu diperlukan dukungan sosial, perlindungan identitas, ketersediaan yang siap pakai, keterjangkauan dan akses, efektivitas dalam mencegah kehamilan yang tidak diinginkan dan Infeksi Menular Seksual (IMS). (Rizkianti et al., 2017)

E. Keterbatasan Penelitian

Dalam setiap penelitian tentu akan ada suatu keterbatasan, begitupula dengan penelitian ini. Peneliti sadar akan adanya keterbatasan dan kekurangan dalam penelitian yang telah dilakukan dan tentu saja akan mempengaruhi hasil penelitian. Keterbatasan penelitian pada penelitian ini diantaranya yaitu:

- a. Jenis data yang digunakan adalah data sekunder yang diukur langsung bukan oleh peneliti, melainkan oleh tim DHS Program.
- b. Peneliti tidak turun langsung untuk pengambilan data ataupun mengawasi responden dalam menjawab pertanyaan, hal ini dapat menyebabkan ketidakrelevanan jawaban responden dengan pertanyaan.
- c. Dalam data sekunder yang terdapat pada SDKI 2017 ditemukan data yang kurang lengkap dari beberapa variabel.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Proporsi KTD pada remaja di Indonesia adalah 14,1% (95% CI = 11,5% – 17,3%), sedangkan 85,9% (95% CI = 82,7% – 88,5%) remaja tidak mengalami KTD.
2. Pada remaja dengan KTD, yang menjadi mayoritas adalah tingkat pendidikan tinggi (16,8%), remaja bekerja (16,8%), status ekonomi rendah (19,9%), berstatus kawin (14,3%), memiliki jumlah ART ≥ 5 (17,8%), tidak menggunakan kontrasepsi (16,1%), dan tinggal di wilayah perkotaan (15,7%).
3. Tidak terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan KTD pada remaja di Indonesia (p *value* = 0,221; OR = 0,741; 95% CI = 0,457 – 1,200).
4. Tidak terdapat hubungan antara status pekerjaan dengan KTD pada remaja di Indonesia. (p *value* = 0,295; OR = 0,765; 95% CI = 0,457 – 1,270)
5. Terdapat hubungan antara status ekonomi dengan KTD pada remaja di Indonesia. (p *value* = 0,005; OR = 2,008; 95% CI = 1,229 – 3,280)
6. Tidak terdapat hubungan antara status perkawinan dengan KTD pada remaja di Indonesia (p *value* = 0,973; OR = 0,983; 95% CI = 0,357 – 2,703).
7. Terdapat hubungan antara jumlah anggota rumah tangga dengan KTD pada remaja di Indonesia. (p *value* = 0,008; OR = 2,279; 95% CI = 1,224 – 4,242)
8. Terdapat hubungan antara riwayat penggunaan kontrasepsi dengan KTD pada remaja di Indonesia. (p *value* = 0,007; OR = 4,095; 95% CI = 1,371 – 12,227)
9. Tidak terdapat hubungan antara wilayah tempat tinggal dengan KTD pada remaja di Indonesia (p *value* = 0,267; OR = 0,749; 95% CI = 0,448 – 1,250).
10. Determinan kejadian KTD pada remaja di Indonesia adalah riwayat penggunaan kontrasepsi dengan *Odds* 3,644. Artinya, remaja yang tidak menggunakan kontrasepsi berisiko 3,6 kali lebih besar mengalami Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) setelah dikontrol oleh variabel wilayah tempat tinggal, jumlah ART, dan status ekonomi (95% CI = 1,238 – 4,725).

B. Saran

1. Bagi Remaja

- Bagi remaja seharusnya dapat memperhatikan norma-norma agama, sosial, dan budaya yang berlaku di masyarakat agar tidak melakukan hubungan seksual sebelum menikah.
- Bagi remaja yang sudah menikah, perlu adanya kesiapan dan harus sudah memikirkan konsekuensi sebelum terjadinya konsepsi, apabila sekiranya belum siap terjadi konsepsi, maka disarankan untuk menggunakan kontrasepsi untuk mencegah terjadinya KTD.

2. Bagi Peneliti Selanjutnya

- Peneliti selanjutnya diharapkan dapat menambahkan beberapa variabel seperti akses ke pelayanan kesehatan serta pengetahuan mengenai kontrasepsi agar dapat memastikan kembali bagaimana penerimaan remaja khususnya remaja yang sudah menikah terkait penggunaan kontrasepsi.

DAFTAR PUSTAKA

- Ajayi, A. I., Odunga, S. A., Oduor, C., Ouedraogo, R., Ushie, B. A., & Wado, Y. D. (2021). "I was tricked": understanding reasons for unintended pregnancy among sexually active adolescent girls. *Reproductive Health*, 18(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01078-y>
- Aminatussyadiah, A., Fitriana, S., Wardani, P., & Rohmah, A. N. (2020). Media Informasi dan Tingkat Pendidikan Berhubungan dengan Kehamilan Remaja Indonesia. *Jurnal Kebidanan*, 9(2), 173–182. <https://doi.org/10.26714/jk.9.2.2020.173-182>
- Asare, B. Y. A., Baafi, D., Dwumfour-Asare, B., & Adam, A. R. (2019). Factors associated with adolescent pregnancy in the Sunyani Municipality of Ghana. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 10(February), 87–91. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2019.02.001>
- Azevedo, J. P., Favara, M., Haddock, S., Lopez-Calva, L., Müller, M., & Perova, E. (2012). Teenage pregnancy and opportunities in Latin America and The Caribbean on teenage fertility decisions, poverty, and economic achievement. *The World Bank*, 1–153. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/16978/831670v20REVIS00Box385190B00PUBLIC0.pdf?sequence=5>
- Aziz Ali, S. A. A., Aziz Ali, S., & Khuwaja, N. S. (2016). Determinants of Unintended Pregnancy among Women of Reproductive Age in Developing Countries: A Narrative Review. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 4(1), 513–521. <https://doi.org/10.22038/jmrh.2016.6206>
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2013). Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013. In *Laporan Nasional 2013*. http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil_Riskesdas_2013
- BKKBN, BPS, Kementerian Kesehatan RI, & USAID. (2017). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2017*.
- Brahmbhatt, H., Ph, D., Kågesten, A., H, M. P., Emerson, M., Decker, M. R., Sc, D., H, M. P., Olumide, A. O., H, M. P., Ojengbede, O., Sc, B., S, M. B. B., Lou, C., D, M., Sonenstein, F. L., Ph, D., Blum, R. W., Ph, D., ... Ph, D.

- (2014). Prevalence and Determinants of Adolescent Pregnancy in Urban Disadvantaged Settings Across Five Cities. *Journal of Adolescent Health*, 55(6), S48–S57. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.07.023>
- Budhwani, H., Anderson, J., & Hearld, K. R. (2018). Muslim Women's use of contraception in the United States. *Reproductive Health*, 15(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0439-6>
- Budiharjo, D. N., Marianingsih Theresia, E., & Widyasih, H. (2018). Factors Influencing To the Incidence of Teenage Pregnancy. *Jurnal Kesehatan Ibu Dan Anak*, 12(2), 124–128.
- Calvert, C., Baisley, K., Doyle, A. M., Maganja, K., Changalucha, J., Watson-Jones, D., Hayes, R. J., & Ross, D. A. (2013). Risk factors for unplanned pregnancy among young women in Tanzania. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 39(4), 1–12. <https://doi.org/10.1136/jfprhc-2012-100389>
- Capurchande, R., Coene, G., Schockaert, I., Macia, M., & Meulemans, H. (2016). “It is challenging... oh, nobody likes it!”: A qualitative study exploring Mozambican adolescents and young adults' experiences with contraception. *BMC Women's Health*, 16(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12905-016-0326-2>
- CDC. (2021). *Unintended Pregnancy*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/unintendedpregnancy/index.htm>
- Christofides, N. J., Jewkes, R. K., Dunkle, K. L., McCarty, F., Shai, N. J., Nduna, M., & Sterk, C. (2015). Risk factors for unplanned and unwanted teenage pregnancies occurring over two years of follow-up among a cohort of young South African women. *Global Health Action*, 8(1), 1–9. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23719>
- Darroch, J. E., Singh, S., & Weissman, E. (2014). Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health 2014. In *United Nations Population Fund*.
- Darroch, J. E., Woog, V., Bankole, A., & Ashford, L. S. (2016). Adding it Up: Costs and Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Adolescents. In

New York: Guttmacher Institute (Issue May).
https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/adding-it-up-adolescents-report.pdf

- Faisal-cury, A., Tabb, K. M., Cunningham, C., & Menezes, P. R. (2017). Lower education among low-income Brazilian adolescent females is associated with planned pregnancies. *International Journal of Women's Health*, 9, 43–48. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S118911>
- Febriana, & Sari, L. K. (2019). Factors Affecting Unintended Pregnancy in Indonesia 2017. *Seminar Nasional Official Statistics 2019: Pengembangan Official Statistics Dalam Mendukung Implementasi SDG's*, 1041–1051. <https://prosiding.stis.ac.id/index.php/semnasoffstat/article/download/592/190>
- Flaherty, A., Kipp, W., & Mehangye, I. (2005). “We want someone with a face of welcome”: Ugandan adolescents articulate their family planning needs and priorities. *Tropical Doctor*, 35(1), 4–7. <https://doi.org/10.1258/0049475053001813>
- Ganchimeg, T., Ota, E., Morisaki, N., Laopaiboon, M., Lumbiganon, P., Zhang, J., Yamdamsuren, B., Temmerman, M., Say, L., Tunçalp, Ö., Vogel, J. P., Souza, J. P., Mori, R., & WHO Multicountry Survey on Maternal Newborn Health Research Network. (2014). Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 121 Suppl, 40–48. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12630>
- Gayatri, M. (2021). Socioeconomic determinants of adolescent pregnancy in Indonesia: A population-based survey. *Annals of Tropical Medicine & Public Health*, 24(01). <https://doi.org/10.36295/asro.2021.24186>
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1991). *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. Mayfield Publishing Company.
- Habib, M. A., Raynes-Greenow, C., Nausheen, S., Soofi, S. B., Sajid, M., Bhutta, Z. A., & Black, K. I. (2017). Prevalence and determinants of unintended pregnancies amongst women attending antenatal clinics in Pakistan. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1339-z>

- Harden, A., Brunton, G., Fletcher, A., & Oakley, A. (2009). Teenage pregnancy and social disadvantage: Systematic review integrating controlled trials and qualitative studies. *BMJ (Online)*, *339*(7731), 1182–1185. <https://doi.org/10.1136/bmj.b4254>
- Harianti, R., & Nurbaiti. (2017). Karakteristik, Pengetahuan, dan Sikap Pasangan Usia Subur tentang Penyakit Menular Seksual di Klinik “Y” Kabupaten Indragiri Hulu. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, *7*(3), 199–209.
- Hokororo, A., Kihunrwa, A. F., Kalluvya, S., Changalucha, J., Fitzgerald, D. W., & Downs, J. A. (2015). Barriers to access reproductive health care for pregnant adolescent girls: A qualitative study in Tanzania. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, *104*(12), 1291–1297. <https://doi.org/10.1111/apa.12886>
- Kebede, S. A., Tusa, B. S., & Weldesenbet, A. B. (2021). Spatial distribution, prevalence, and determinants of unintended pregnancy among youth (15–24) in Ethiopia: Further analysis of Ethiopia Demographic and Health Survey. *SAGE Open Medicine*, *9*, 205031212110599. <https://doi.org/10.1177/20503121211059963>
- Kementerian Sosial Republik Indonesia, & UNICEF. (2016). Penilaian Cepat Program Kesejahteraan Sosial Anak. In *Surya* (Vol. 4, Issue 2). <https://www.unicef.org/indonesia/id/PKSA2015.pdf>
- Lawani, L. O., Eke, N. N., Eze, J. N., Ekwedigwe, K. C., Egede, J. O., & Isikhuemen, M. E. (2018). The Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancies Among Women in Abakaliki, Southeast Nigeria. *Global Journal of Health Science*, *10*(10), 65. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v10n10p65>
- Meriyani, D. A., Kurniati, D. P. Y., Januraga, P. P., Meriyani, D. A., & Kurniati, D. P. Y. (2016). Faktor Risiko Kehamilan Usia Remaja di Bali : Penelitian Case Control. *Public Health and Preventive Medicine Archive*, *4*(2), 201–206.
- Mohammed, F., Musa, A., & Amano, A. (2016). Prevalence and determinants of unintended pregnancy among pregnant woman attending ANC at Gelemso General Hospital, Oromiya Region, East Ethiopia: A facility based cross-sectional study. *BMC Women's Health*, *16*(1), 10–16. <https://doi.org/10.1186/s12905-016-0335-1>

- National Population and Family Planning Board (BKKBN), Statistics Indonesia (BPS), Ministry of Health (Kemenkes), & ICF International. (2018). *Indonesia Demographic Health Survey 2017*.
- Ochako, R., Mbondo, M., Aloo, S., Kaimenyi, S., Thompson, R., Temmerman, M., & Kays, M. (2015). Barriers to modern contraceptive methods uptake among young women in Kenya: A qualitative study Global Health. *BMC Public Health*, *15*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1483-1>
- Otoide, V. O., Oronsaye, F., & Okonofua, F. E. (2001). Why Nigerian Adolescents Seek Abortion Rather than Contraception: Evidence from Focus-Group Discussions. *International Family Planning Perspectives*, *27*(2), 77–81. <https://doi.org/10.2307/2673818>
- Patton, G. C., & Viner, R. (2007). Pubertal transitions in health. *Lancet*, *369*(9567), 1130–1139. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60366-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60366-3)
- PKBI. (1998). *KTD (Kehamilan yang Tidak Diinginkan) Seri Kesehatan Reproduksi Perempuan*. Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia.
- Rizkianti, A., Amaliah, N., & Rachmalina, R. (2017). Penggunaan Kontrasepsi pada Remaja Perempuan Kawin di Indonesia (Analisis Riskesdas 2013). *Buletin Penelitian Kesehatan*, *45*(4), 257–266. <https://doi.org/10.22435/bpk.v45i4.7369.257-266>
- Sari, D. (2016). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kehamilan pada Usia Remaja di Puskesmas Ciputat Kota Tangerang Selatan Tahun 2014. *Arkesmas*, *1*(1), 4–17. <https://journal.uhamka.ac.id/index.php/arkesmas/article/download/85/49>
- Sawyer, S. M., Afifi, R. A., Bearinger, L. H., Blakemore, S. J., Dick, B., Ezeh, A. C., & Patton, G. C. (2012). Adolescence: A foundation for future health. *The Lancet*, *379*(9826), 1630–1640. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60072-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60072-5)
- Seran, A. A., Laksono, A. D., Dewi, A., Sujoso, P., Ibrahim, I., & Baharia, N. (2020). Does Contraception Used Better In Urban Areas?: An Analysis Of The 2017 IDHS (Indonesia Demographic and Health Survey). *Systematic Reviews in Pharmacy*, *11*(11), 1892–1897.
- Shaluhayah, Z., Suryoputro, A., & Indraswari, R. (2018). Fenomena Pernikahan

- Dini Membuat Orang Tua dan Remaja Tidak Takut Mengalami Kehamilan Tidak Diinginkan. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 13(1), 61–73.
- Sonfield, A., Hasstedt, K., Kavanaugh, M. L., & Anderson, R. (2013). *The Social and Economic Benefits of Women's Ability To Determine Whether and When to Have Children*. Guttmacher Institute. www.guttmacher.org/pubs/%0Asocial-economic-benefits.pdf
- Subani, P., Ramadhaniati, Y., Aprianti, R., & Wulan, S. (2020). Factors Associated with Adolescent Pregnancy in Selebar District Bengkulu City. *IAKMI Public Health Journal Indonesia*, 1(2), 75–82. <https://doi.org/10.46366/iphji.1.2.75-82>
- Theme-Filha, M. M., Baldisserotto, M. L., Fraga, A. C. S. A., Ayers, S., Da Gama, S. G. N., & Leal, M. D. C. (2016). Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: Cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey, 2011/2012. *Reproductive Health*, 13(Suppl 1). <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0227-8>
- Unicef. (2011). *The State of the World's Children 2011*. <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2011>
- United Nations. (2018). *SDG Goals: Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages*. <https://unstats.un.org/sdgs/report/2017/goal-03/>
- Utomo, I. D., & McDonald, P. (2009). Adolescent reproductive health in Indonesia: Contested values and policy inaction. *Studies in Family Planning*, 40(2), 133–146. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2009.00196.x>
- Wang, H., Naghavi, M., Allen, C., Barber, R. M., Carter, A., Casey, D. C., Charlson, F. J., Chen, A. Z., Coates, M. M., Coggeshall, M., Dandona, L., Dicker, D. J., Erskine, H. E., Haagsma, J. A., Fitzmaurice, C., Foreman, K., Forouzanfar, M. H., Fraser, M. S., Fullman, N., ... Zuhlke, L. J. (2016). Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 388, 1459–1544. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31012-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31012-1)
- WHO. (2014). *Global Nutrition Targets 2025: Low Birth Weight Policy Brief*. Geneva: World Health Organization.

- WHO. (2020). *Adolescent pregnancy*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- WHO. (2021). *Adolescent health and development*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/adolescent-health-and-development>
- World Bank. (2017). *Child Marriage Will Cost Developing Countries Trillions of Dollars by 2030, Says World Bank/ICRW Report*. World Bank. [https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2017/06/26/child-marriage-will-cost-developing-countries-trillions-of-dollars-by-2030-says-world-bankicrw-report#:~:text=WASHINGTON%2C June 27%2C 2017 – ,Research on Women \(ICRW\).](https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2017/06/26/child-marriage-will-cost-developing-countries-trillions-of-dollars-by-2030-says-world-bankicrw-report#:~:text=WASHINGTON%2C%20June%2027%202017%20,Research%20on%20Women%20(ICRW).)
- World Bank. (2018). *The 2018 Atlas of Sustainable Development Goals: an all-new visual guide to data and development*. https://blogs.worldbank.org/opendata/2018-atlas-sustainable-development-goals-all-new-visual-guide-data-and-development?cid=ECR_LI_worldbank_EN_EXT
- Wulandari, R. D., & Laksono, A. D. (2021). Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kehamilan Tidak Diinginkan di Indonesia. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 49(3), 155–166.
- Yakubu, I., & Salisu, W. J. (2018). Determinants of adolescent pregnancy in sub-Saharan Africa: A systematic review. *Reproductive Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0460-4>
- Yudia, S. M., Cahyo, K., & Kusumawati, A. (2018). Perilaku Seksual Pranikah pada Mahasiswa Kost (Studi Kasus pada Perguruan Tinggi “X” di Wilayah Jakarta Barat). *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 6(1), 819–825. <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm/article/view/20324>

