

**FAKTOR PEMANFAATAN LAYANAN TERKAIT
PELAYANAN KESEHATAN UNTUK REMAJA DENGAN KEHAMILAN
REMAJA DI WILAYAH KESEHATAN
KABUPATEN TANGERANG**

Silfia Nuzulus Sa'idah
silfianuzulussaidah@gmail.com

Riwayat Artikel: Diterima: 2 Juli 2023, direvisi: 4 Agustus 2023, dipublikasi: 9 Agustus 2023

ABSTRACT

Background: *In Indonesia, according to the latest survey by the Central Statistics Agency (BPS) through the Indonesian Demographic and Health Survey (IDHS), in 2012 the teenage pregnancy rate in the 15-19 year age group reached 48 out of 1,000 pregnancies (SDKI, 2012). Objective: To determine the relationship between the use of adolescent reproductive health and teenage pregnancy. The research method used was a design unparallelled case control study which is a retrospective observational analytic epidemiological study. The number of samples is 142 respondents, consisting of 71 cases and 71 controls. Method: Sampling using proportional random sampling. The data analysis used was univariate and bivariate analysis using the chi-square test, and multivariate analysis using logistic regression. RESULTS: showed that there was a significant relationship between PKPR utilization and teenage pregnancy ($p=0.002$, OR: 3.552, CI: 95%), there was a significant relationship between the level of knowledge about reproductive health and teenage pregnancy ($p=0.01$, OR: 3.254, CI: 95%), there is a significant relationship between the level of knowledge about PKPR and teenage pregnancy ($p = 0.019$, OR: 2.233, CI: 95%), there is a significant relationship between parental income and teenage pregnancy ($p = 0.029$, OR : 2.119, CI: 95%), there is a significant relationship between father's education and teenage pregnancy ($p = 0.006$, OR: 2.706, CI: 95%). Conclusion PKPR utilization factor has the most dominant influence on teenage pregnancy in Tangerang.*

Keywords : Teenage pregnancy, PKPR, reproductive health, youth, use of PKPR

ABSTRAK

Latar belakang: Di Indonesia, menurut survei terbaru Badan Pusat Statistik (BPS) melalui Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), pada tahun 2012 angka kehamilan remaja pada kelompok usia 15-19 tahun mencapai 48 dari 1.000 kehamilan (SDKI, 2012). Tujuan: Mengetahui hubungan antara pemanfaatan kesehatan reproduksi remaja dengan kehamilan remaja Metode penelitian penelitian ini menggunakan desain studi kasus kontrol yang tak tertandingi yang merupakan studi epidemiologi analitik observasional yang bersifat retrospektif. Jumlah sampel sebanyak 142 responden, terdiri dari 71 kasus dan 71 kontrol. Metode: Pengambilan sampel menggunakan proporsional random sampling. Analisis data yang digunakan adalah analisis univariat dan bivariat menggunakan uji chi-square, dan analisis multivariat menggunakan regresi logistik. HASIL: menunjukkan ada hubungan bermakna antara pemanfaatan PKPR dengan kehamilan remaja ($p=0,002$, OR: 3,552, CI: 95%), ada hubungan bermakna antara tingkat pengetahuan tentang kesehatan reproduksi dengan kehamilan remaja ($p=0:01$, OR : 3,254, CI: 95%), ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan tentang PKPR dengan kehamilan remaja ($p = 0,019$, OR: 2,233, CI: 95%), ada hubungan yang signifikan antara pendapatan orang tua dengan kehamilan remaja ($p = 0,029$, ATAU: 2.119, CI: 95%), ada hubungan yang signifikan antara pendidikan ayah dengan kehamilan remaja ($p = 0,006$, OR: 2,706, CI: 95%). Kesimpulan Faktor pemanfaatan PKPR paling dominan berpengaruh terhadap kehamilan remaja di Tangerang.

Kata kunci : Kehamilan remaja, PKPR, kesehatan reproduksi, remaja, pemanfaatan PKPR

PENDAHULUAN

Kehamilan remaja menjadi salah satu fenomena internasional yang hingga kini belum teratasi. Pada tahun 2013 Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menetapkan tema Hari Penduduk Sedunia adalah "Kehamilan Remaja". Ini menandakan kasus-kasus tersebut perlu diperhatikan oleh seluruh warga dunia. Secara global, diperkirakan 16 juta anak perempuan usia 15-19 melahirkan setiap tahunnya (WHO, 2012). Hasil survei penduduk antar sensus tahun 2015 menunjukkan penduduk usia 15-24 mencapai 42.061,2 juta jiwa atau 16,5 persen dari total penduduk Indonesia. (Kusumaryani, 2017),

Berdasarkan Riset Kesehatan tahun 2013, angka kehamilan pada wanita usia 10-54 tahun sebesar 2,68 persen, terdapat kehamilan pada usia kurang dari 15 tahun (0,02%) dan kehamilan pada usia remaja (15-19 tahun) sebesar 1,97 persen. . Badan Koordinasi Keluarga Berencana (BKKBN) tahun 2010 menyebutkan data remaja yang pernah melakukan hubungan seksual sebelum menikah, remaja yang pernah melakukan hubungan seksual sebelum menikah terdapat di beberapa kota besar seperti Jakarta sebesar 51%, Bogor sebesar 51%, Tangerang sebesar 51% Surabaya sebesar 54%, Medan sebesar 52%, Bandung sebesar 47%, dan Yogyakarta sebesar 37% (Ganiajri, 2012).

Kehamilan usia remaja sangat berisiko dan dapat berdampak pada kesehatan fisik, psikis dan sosial.

Remaja menyumbang kelahiran sebanyak 11% dari keseluruhan angka kelahiran di dunia. Di negara berpenghasilan rendah dan menengah, angka lahir mati dan kematian neonatal 50% lebih tinggi pada bayi yang lahir dari ibu berusia kurang dari 20 tahun dibandingkan dengan ibu berusia 20-29 tahun. Risiko kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, dan asfiksia juga lebih tinggi pada kehamilan remaja (Organisasi Kesehatan Dunia, 2012),

Kehamilan pada usia remaja merupakan masalah serius yang dapat mempengaruhi kehidupan seorang remaja. Selain itu juga dapat mempengaruhi ibu dan janinnya. Menurut BKKBN terdapat alasan medis untuk menunda usia perkawinan pertama dan kehamilan pertama bagi istri yang belum berumur 20 tahun yaitu kondisi rahim dan panggul belum berkembang optimal sehingga dapat mengakibatkan risiko kesakitan dan kematian pada saat persalinan, nifas serta bayinya, dan kemungkinan timbulnya risiko medik. Risiko tinggi kehamilan remaja yang dialami ibu meliputi : Keguguran, perdarahan, infeksi, anemia, kehamilan, keracunan kehamilan (Gestosis), yang menimbulkan persalinan yang lama dan sulit (Wijayanti, 2014)

Dampak kehamilan remaja adalah kejadian kematian neonatal pada tahun 2016 meliputi sekitar 2,6 juta kejadian dari sekitar 5,6 juta kematian balita. Jumlah event yang didapatkan kebanyakan pada minggu pertama,

sekitar satu juta pada hari pertama, dan satu juta lebih pada enam hari berikutnya. Artinya, sekitar 46% kematian balita terjadi sebelum bayi mencapai usia satu bulan, setara dengan 7000 kematian neonatal setiap hari (UNICEF, 2017).

Organisasi Kesehatan Dunia(WHO) mendefinisikan remaja sebagai usia 10 sampai 19 tahun, “pemuda” sebagai mereka yang berusia 15-24 tahun dan dua kelompok umur tumpang tindih sebagai “anak muda” yang meliputi kelompok usia 10-24 tahun. (*Organisasi Kesehatan Dunia*, 2011), Menurut Papalia & Olds masa remaja adalah masa transisi perkembangan antara masa kanak-kanak dan dewasa, yang umumnya dimulai pada usia 12 atau 13 tahun dan berakhir pada usia remaja akhir atau awal dua puluhan. (Yohanes, 2012),

METODE

Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian menggunakan rancangan penelitian observasional dengan rancangan *studi kasus kontrol yang tak tertandingi*. Untuk mengetahui hubungan antara faktor-faktor yang mempengaruhi (variabel bebas) terhadap kejadian kehamilan remaja (variabel terikat).

Studi kasus kontrol dilakukan dengan mengidentifikasi kelompok kasus dan kontrol, kemudian menyelidiki secara retrospektif faktor risiko yang dapat menjelaskan apakah kasus dan kontrol dapat dipengaruhi oleh paparan atau tidak. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang

berhubungan paling signifikan dengan kehamilan usia remaja di Puskesmas Kecamatan Cikupa, Puskesmas Grantham dan Puskesmas Keronjo Kabupaten Tangerang Tahun 2019.

Populasi kasus dalam penelitian ini adalah semua wanita yang mengalami kehamilan pada usia 10-19 tahun yang melakukan antenatal care di Puskesmas, lokasi penelitian jumlah populasi kasus adalah Puskesmas Kecamatan Cikupa, Puskesmas Kecamatan Grantham dan Puskesmas Kecamatan Keronjo berjumlah 161 orang.

Populasi kontrol dalam penelitian ini adalah semua ibu hamil yang tidak hamil pada usia 10-19 tahun yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas tempat penelitian dilakukan, jumlah populasi kontrol sebanyak 350 orang dari Puskesmas Kecamatan Cikupa. Puskesmas Grantham dan Puskesmas Kabupaten Keronjo.

Metode pengambilan sampel dihitung dengan menggunakan rumus untuk studi kasus-kontrol. Ukuran sampel dihitung dengan menggunakan uji hipotesis ukuran sampel 2 proporsi (Lemeshow, 1997).

$$n = \frac{\left(z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p_2(1-p_2)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right)^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Setelah dilakukan perhitungan diperoleh ukuran sampel sebesar 71. Sebagai perbandingan *kontrol kasus* 1:1 maka perkiraan jumlah sampel minimum keseluruhan adalah 142.

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah

Proportional Random Sampling yaitu pengambilan sampel proporsi dilakukan dengan mengambil subjek dari masing-masing Puskesmas ditentukan seimbang dengan jumlah subjek setiap Puskesmas (Arikunto, 2006), kemudian dipilih sampel di setiap Puskesmas dengan cara contoh acak sederhana.

Penelitian dilaksanakan di Puskesmas Cikupa, Puskesmas Kecamatan Grantham dan Puskesmas Keronjo Kabupaten Tangerang Kabupaten Tangerang Waktu pelaksanaan antara bulan September sampai Desember 2019.

Analisis bivariabel dilakukan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel dengan menggunakan uji statistik chi-square dengan tingkat signifikansi 95%. Selain itu analisis ini digunakan untuk menilai besarnya pengaruh determinan terhadap kejadian kehamilan remaja, sehingga dilakukan perhitungan nilai odds ratio (OR) 95% CI.

Analisis multivariat digunakan untuk menganalisis hubungan antara beberapa variabel bebas dan variabel luar secara bersama-sama dengan kejadian kehamilan remaja menggunakan uji statistik regresi Logistik. Analisis ini juga digunakan untuk mengetahui variabel Independen yang paling dominan mempengaruhi variabel dependen dan mengetahui adanya interaksi variabel.

HASIL PENELITIAN

Univariabel dilakukan untuk mengetahui gambaran deskriptif dari variabel yang diteliti. Gambaran deskriptif dalam penelitian ini terdiri dari tingkat

pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi remaja, tingkat pengetahuan remaja tentang PKPR, pemanfaatan PKPR, pendapatan orang tua dan pendidikan ayah.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Faktor Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja Dengan Kehamilan Usia Remaja Di Puskesmas Kabupaten Tangerang

No	variabel	Kasus		Kontrol	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	pemanfaatan PKPR				
	Lebih sedikit	28	20	11	7.7
	Dengan baik	43	30	60	42.3
2	Tingkat Pengetahuan Tentang Kesehatan Reproduksi Remaja				
	Rendah	50	35	30	21.2
	Tinggi	21	15	41	28.8
3	Tingkat pengetahuan tentang PKPR				
	Rendah	40	28.	26	23.2
	Tinggi	31	22	45	26.8
4	Penghasilan Orangtua				
	Lebih sedikit	46	32	11	7.7
	Tinggi	25	18	60	42.3
5	Pendidikan Ayah				
	Lebih sedikit	53	37	37	26
	Tinggi	18	13	34	24
	Total	71	50%	71	50%

Data dari Tabel 1 dapat dilihat bahwa gambaran pemanfaatan PKPR pada kelompok kasus mayoritas responden memanfaatkan PKPR dengan baik sebesar 30%, sedangkan pada kelompok kontrol pemanfaatan PKPR mayoritas responden memanfaatkan

PKPR dengan baik sebesar 42,3%.

Tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja pada kelompok kasus sebagian besar memiliki tingkat pengetahuan rendah sebesar 35,2%, sedangkan pada kelompok kontrol tingkat pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi remaja sebagian besar memiliki tingkat pengetahuan tinggi sebesar 28,8%.

Tingkat pengetahuan tentang PKPR pada kelompok kasus sebagian besar memiliki tingkat pengetahuan rendah sebesar 28%, sedangkan pada kelompok kontrol tingkat pengetahuan

remaja tentang PKPR sebagian besar memiliki tingkat pengetahuan tinggi sebesar 26,8%.

Gambaran pendapatan keluarga pada kelompok kasus sebagian besar berpenghasilan rendah sebesar 32%, sedangkan untuk kelompok kontrol sebagian besar berpenghasilan rendah sebanyak 7,7%.

Gambaran tingkat pendidikan ayah kelompok kasus sebagian besar berpendidikan kurang 37%, sedangkan untuk kelompok kontrol sebagian besar berpendidikan kurang 26%

3. Hasil Analisis Bivariat

Tabel 2. Analisis Hubungan Faktor Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja Dengan Kehamilan Usia Remaja Di Puskesmas Kabupaten Tangerang

No.	variabel	Kehamilan remaja				Total	%	P	ATAU (95%)
		Ibu Hamil Usia 10-19 tahun		Ibu hamil usia > 20 tahun					
		N	%	N	%				
1	variabel pemanfaatan PKPR								
	Lebih sedikit	28	20	1	7.7	39	27.4	00	3552
Dengan baik	43	30	6	42.3	103	72.5	02		
2	Variabel eksternal								
	Tingkat pengetahuan tentang Kesehatan Reproduksi								
	Rendah	50	35.2	3	21.2	80	56.3	00	3.254
	Tinggi	21	14.8	4	28.8	62	43.6	01	
3	Tingkat pengetahuan tentang PKPR								
	Rendah	40	28.3	3	23.2	73	51.4	00	2.233
	Tinggi	31	22.8	3	26.8	69	48.6	28	
4	Penghasilan Orangtua								
	Lebih sedikit	46	32.1	1	7.7	57	40.1	00	2.119
	Tinggi	25	18.0	6	42.3	85	60	42	
5	Pendidikan Ayah								
	Lebih sedikit	53	37.7	3	26	90	63.4	00	2706
	Tinggi	18	13.4	3	24	59	36.6	09	

Sumber: Data Primer 2019

Dari tabel 4.2 hasil analisis hubungan pemanfaatan PKPR terhadap kehamilan usia 10-19 tahun diperoleh P value 0,002 signifikan pada interval kepercayaan alpha 5% (CI 95%) yang artinya ada hubungan yang signifikan antara pemanfaatan PKPR dengan usia kehamilan 10-19 tahun. Dimana usia kehamilan 10-19 tahun paling banyak terjadi pada responden dengan PKPR Pemanfaatan Rendah. Hasil analisis pada nilai OR 3.552 responden yang memiliki utilisasi berarti PKPR rendah memiliki peluang 3.552 kali lebih besar untuk memiliki usia kehamilan 10-19 tahun dibandingkan dengan responden yang memiliki pemanfaatan PKPR tinggi. ≈

Hasil analisis korelasi antara pengetahuan kesehatan reproduksi dengan kehamilan usia 10-19 tahun diperoleh nilai P signifikan pada interval kepercayaan alpha 5% (95%) CI yang berarti ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi dengan usia kehamilan 10-19 tahun. Dimana kehamilan usia 10-19 tahun paling banyak terjadi pada responden dengan tingkat pengetahuan tentang kesehatan reproduksi yang rendah. Dari hasil analisis diperoleh nilai OR sebesar 3,254 artinya responden yang memiliki tingkat pengetahuan tentang kesehatan reproduksi 3,254 berpeluang lebih rendah 3 kali lebih besar memiliki usia kehamilan 10-19 tahun dibandingkan dengan responden yang memiliki tingkat pengetahuan tentang kesehatan reproduksi cukup tinggi. ≈

Hasil analisis hubungan tingkat pengetahuan tentang kehamilan PKPR usia 10-19 diperoleh P value 0,019 pada alpha 5% berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan remaja tentang PKPR dengan usia kehamilan 10-19 tahun. Dimana kehamilan usia 10-19 tahun paling banyak terjadi pada responden dengan tingkat pengetahuan PKPR rendah. Hasil analisis pada nilai OR 2,233 berarti responden yang memiliki tingkat pengetahuan tentang peluang PKPR 2233 memiliki kemungkinan 2 kali lebih besar untuk mengalami kehamilan usia 10-19 tahun dibandingkan dengan responden yang memiliki tingkat pengetahuan tinggi tentang PKPR. ≈

Hasil analisis hubungan pendapatan orang tua dengan kehamilan usia 10-19 tahun diperoleh P value 0,042 pada alpha 5% artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara pendapatan orang tua dengan usia kehamilan 10-19 tahun. Dimana kehamilan usia 10-19 tahun paling banyak terjadi pada responden dengan orang tua berpenghasilan rendah. Hasil analisis pada nilai OR 2,119 berarti responden dengan orang tua berpenghasilan rendah 2119 memiliki peluang 2 kali lebih besar untuk memiliki usia kehamilan 10-19 tahun dibandingkan dengan responden yang memiliki orang tua berpenghasilan tinggi. ≈

Hasil analisis hubungan pendidikan ayah terhadap kehamilan usia 10-19 tahun diperoleh P value 0,009 pada alpha 5% artinya tidak ada

hubungan yang signifikan antara pendidikan ayah dengan usia kehamilan 10-19 tahun. Dimana kehamilan usia 10-19 tahun paling banyak terjadi diantara responden dengan responden yang memiliki ayah dengan pendidikan rendah. Hasil analisis pada nilai OR 2,706 artinya responden dengan

responden yang memiliki ayah dengan pendidikan rendah 2706 memiliki peluang 3 kali lebih besar untuk memiliki usia kehamilan 10-19 tahun dibandingkan dengan responden yang memiliki orang tua berpenghasilan tinggi. ≈

4. Hasil Analisis Multivariat

Tabel 4.3 Uji Regresi Logistik dan Variabel Independen Variabel Dependen pada Variabel Asing

TIDAK.	variabel	Kehamilan remaja				Nilai P	CI (95% Pengeluaran B)	ATAU (Keluaran B)
		Ya		TIDAK				
		N	%	N	%			
1	pemanfaatan PKPR							
	Lebih sedikit	28	39.4	11	15.5	0002	1596-7904	3552
	Dengan baik	43	60.6	60	84.5			
2	Tingkat pengetahuan tentang Kesehatan Reproduksi							
	Rendah	50	70.4	30	42.3	0001	1626-6513	3.254
	Tinggi	21	29.6	41	57.7			
3	Tingkat pengetahuan tentang PKPR							
	Rendah	40	56.3	33	46.5	0019	1139-4378	2.233
	Tinggi	31	43.7	38	53.5			
4	Penghasilan Orangtua							
	Lebih sedikit	46	32	11	7.7	0029	1080-4158	2.119
	Tinggi	25	18	60	42.3			
5	Pendidikan Ayah							
	Lebih sedikit	53	37	37	26	0006	1332-5498	2706
	Tinggi	18	13	34	24			

Sumber: Data Primer 2019

Analisis multivariabel dilakukan dengan menggunakan regresi logistik untuk menemukan hubungan yang paling dominan antara variabel independen dan variabel perancu dependen. Sebelum melakukan pengujian dengan menggunakan analisis regresi logistik multivariat, langkah pertama yang dilakukan adalah pemilihan kandidat variabel yang akan dimasukkan dalam analisis multivariat dengan melihat nilai p yang dijadikan sebagai kandidat variabel adalah variabel yang telah dilakukan analisis bivariat. dan $p < 0,25$.

Tabel 4.3 Berdasarkan hasil analisis regresi logistik terhadap variabel pemanfaatan PKPR, tingkat pengetahuan tentang kesehatan reproduksi, tingkat pengetahuan tentang PKPR, pendapatan keluarga dan pendidikan ayah yang paling dominan memiliki OR 3,552 4. adalah variabel untuk menggunakan PKPR. \approx

Peluang seorang remaja untuk hamil pada usia 10-19 tahun akan meningkat 4 kali lebih besar pada remaja yang harus menggunakan PKPR lebih rendah dibandingkan pada remaja yang harus menggunakan PKPR tinggi.

Probabilitas remaja untuk hamil pada usia 10-19 tahun akan meningkat sebesar 3254 lebih besar pada remaja yang memiliki tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi tinggi rendah sebagian besar responden memanfaatkan PKPR denda sebesar 30%, sedangkan pada kelompok kontrol mayoritas responden memanfaatkan PKPR denda PKPR dengan baik sebesar 42,3%. Hal ini berarti sebagian besar ibu hamil usia 10-19 tahun dan ≥ 20 tahun memiliki pemanfaatan PKPR yang baik sebanyak 72,3%.

dibandingkan dengan remaja yang memiliki tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi tinggi.

Probabilitas seorang remaja untuk hamil pada usia 10-19 tahun akan meningkat sebesar 2233 lebih besar pada remaja yang memiliki tingkat pengetahuan tentang PKPR rendah dibandingkan dengan remaja yang memiliki tingkat pengetahuan tentang PKPR tinggi.

Probabilitas seorang remaja untuk hamil pada usia 10-19 tahun akan meningkat sebesar 2119 lebih besar pada remaja yang memiliki pendapatan keluarga lebih rendah dibandingkan pada remaja yang memiliki pendapatan keluarga lebih tinggi.

Probabilitas seorang remaja untuk hamil pada usia 10-19 tahun akan meningkat sebesar 2706 lebih besar pada remaja yang memiliki ayah dengan pendidikan rendah dibandingkan pada remaja yang memiliki ayah dengan pendidikan tinggi.

Diskusi

1. Gambaran Terhadap PKPR, Tingkat Kesadaran Kesehatan Reproduksi, Tingkat Pengetahuan Tentang PKPR, Pendapatan dan Pendidikan Keluarga Ayah

Berdasarkan hasil penelitian pemanfaatan PKPR pada kelompok kasus

Upaya ibu hamil yang berkunjung ke pelayanan kesehatan di puskesmas untuk meminta penyuluhan atau meminta pelayanan kesehatan reproduksi (Petunjuk PKPR 2008)

Menurut Azwar (2013), adalah mengevaluasi reaksi perasaan seseorang terhadap suatu objek untuk mendukung objek tersebut.

Pengetahuan kesehatan reproduksi remaja masih rendah dengan catatan pada kelompok kasus sebagian besar memiliki tingkat pengetahuan rendah sebesar 35,2%, sedangkan pada kelompok kontrol tingkat pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi remaja sebagian besar memiliki tingkat pengetahuan tinggi sebesar 28,8%.

Pengetahuan remaja tentang PKPR masih tergolong rendah pada kelompok kasus sebagian besar memiliki tingkat pengetahuan rendah sebesar 28%, sedangkan pada kelompok kontrol tingkat pengetahuan remaja tentang PKPR sebagian besar memiliki tingkat pengetahuan tinggi sebesar 26,8%.

Gambaran pendapatan keluarga pada kelompok kasus sebagian besar berpenghasilan rendah sebesar 32%, sedangkan untuk kelompok kontrol sebagian besar berpenghasilan rendah sebanyak 7,7%.

Gambaran tingkat pendidikan ayah kelompok kasus sebagian besar berpendidikan kurang 37%, sedangkan untuk kelompok kontrol sebagian besar berpendidikan kurang 26%

2. Pemanfaatan Terhadap Hubungan PKPR Dengan Kejadian Kehamilan Remaja

Dari tabel 4.2 hasil analisis hubungan pemanfaatan PKPR terhadap kehamilan usia 10-19 tahun diperoleh P value 0,002 signifikan pada interval kepercayaan alpha 5% (CI 95%) yang artinya ada hubungan yang signifikan antara pemanfaatan PKPR dengan usia kehamilan 10-19 tahun. Hasil analisis pada nilai OR 3.552 responden yang

memiliki utilisasi berarti PKPR rendah memiliki peluang 3.552 4 kali lebih besar untuk memiliki usia kehamilan 10-19 tahun dibandingkan dengan responden yang memiliki pemanfaatan PKPR tinggi. ≈

Ketersediaan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi bagi remaja sangat penting untuk pencegahan dan penanggulangan masalah kesehatan reproduksi. Fasilitas layanan ini berperan penting dalam promosi kesehatan seksual dan reproduksi remaja (Odo et al., 2018), Hasil penelitian Rahyani (2007) tentang kesadaran remaja dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di puskesmas di Jawa Bali adalah (OR = 0,03, CI: 95%). Di Afrika penggunaan fasilitas kesehatan reproduksi masih kurang karena adanya kendala seperti biaya, jarak, kurangnya kesadaran untuk memperoleh pengetahuan tentang kesehatan reproduksi, kontrasepsi, rasa malu dan penyedia layanan yang tidak membuat remaja merasa nyaman. (Aninanya et al., 2015),

Untuk meningkatkan derajat kesehatan remaja baik yang bersekolah maupun yang tidak bersekolah, Kementerian Kesehatan mengembangkan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) kategori pelayanan kesehatan reproduksi remaja, dengan penekanan pada petugas yang peduli remaja, menerima remaja dengan tangan terbuka dan menyenangkan. Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) adalah pelayanan kesehatan yang melayani seluruh remaja dalam bentuk

penyuluhan dan berbagai hal yang berkaitan dengan kesehatan remaja (Fadhlina, 2012).

3. Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang RH Dengan Kejadian Kehamilan Remaja

Hasil analisis korelasi antara pengetahuan kesehatan reproduksi dengan kehamilan usia 10-19 0.01 diperoleh nilai P signifikan pada interval kepercayaan alpha 5% (95%) CI yang berarti ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi dengan usia kehamilan 10-19 tahun. Dimana kehamilan usia 10-19 tahun paling banyak terjadi pada responden dengan tingkat pengetahuan tentang kesehatan reproduksi yang rendah. Dari hasil analisis diperoleh nilai OR sebesar 3,254 artinya responden yang memiliki tingkat pengetahuan tentang kesehatan reproduksi 3,254 berpeluang lebih rendah 3 kali lebih besar memiliki usia kehamilan 10-19 tahun dibandingkan dengan responden yang memiliki tingkat pengetahuan tentang kesehatan reproduksi cukup tinggi. ≈

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Haldre dkk (2009), Faktor risiko yang berhubungan dengan kehamilan remaja adalah faktor rendahnya pengetahuan tentang kesehatan reproduksi remaja (OR 3,07; 95% CI 1,73-5,46), tidak suka sekolah (OR 1,96; 95% CI 1,08-3,54)

Hasil penelitian Mushawana (2015) menunjukkan bahwa beberapa faktor psikososial partisipan seperti pengetahuan seksual (61%), sebagai faktor yang mempengaruhi angka kehamilan tinggi, informasi tentang kesehatan reproduksi yang

disampaikan kurang baik di fasilitas pelayanan kesehatan dan sekolah. , serta hubungan yang kurang baik antara pemberi pelayanan kesehatan dengan remaja berkontribusi terhadap kehamilan remaja (Mushwana et al., 2015)

Hasil penelitian (Harden et al., 2009) bahwa remaja di sekolah dan di luar sekolah tidak memiliki pengetahuan tentang kesehatan reproduksi. Kurangnya pengetahuan ini membuat mereka rentan terhadap perilaku kesehatan reproduksi yang tidak aman dan kurangnya pengetahuan tentang kontrasepsi. Dalam penelitian lain ditemukan bahwa kurangnya pengetahuan tentang kesehatan reproduksi remaja membuat hubungan seksual sebelum menikah dapat menyebabkan kehamilan yang tidak diinginkan (Kyilleh, Tabong dan Konlaan, 2018),

4. Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Remaja Tentang PKPR Kejadian Kehamilan Remaja

Hasil analisis hubungan tingkat pengetahuan tentang kehamilan PKPR usia 10-19 diperoleh P value 0,019 pada alpha 5% berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan remaja tentang PKPR dengan usia kehamilan 10-19 tahun. Dimana kehamilan usia 10-19 tahun paling banyak terjadi pada responden dengan tingkat pengetahuan PKPR rendah. Hasil analisis nilai OR 2,233 berarti responden dengan tingkat pengetahuan rendah tentang PKPR berpeluang 2,233 2 kali lebih besar untuk memiliki usia kehamilan 10-19

tahun dibandingkan dengan responden yang memiliki tingkat pengetahuan tinggi tentang PKPR. ≈

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan Sari (2014) terhadap 100 responden menunjukkan adanya hubungan antara pengetahuan tentang program PKPR dengan kehamilan usia remaja di Puskesmas Ciputat Kota Tangerang Selatan diperoleh $p = 0,000$ dengan $OR = 7049$. Artinya responden dengan pengetahuan PKPR yang rendah memiliki peluang 7049 kali lebih besar untuk hamil pada usia 10-19 tahun dibandingkan dengan responden yang memiliki tingkat pengetahuan tinggi tentang PKPR.

Adanya pengaruh remaja yang aktif mencari informasi dan datang ke fasilitas pelayanan kesehatan reproduksi remaja akan meningkatkan pengetahuan dan remaja tentang seks pranikah yang akan mencegah kehamilan remaja (Rahayu et al., 2013).

5. Genesis Hubungan Pendapatan Keluarga Dengan Kehamilan Remaja

Hasil analisis hubungan pendapatan orang tua dengan kehamilan usia 10-19 tahun diperoleh P value 0,029 pada α 5% artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara pendapatan orang tua dengan usia kehamilan 10-19 tahun. Dimana kehamilan usia 10-19 tahun paling banyak terjadi pada responden dengan orang tua berpenghasilan rendah. Hasil analisis pada nilai OR 2,119 berarti responden dengan orang tua berpenghasilan rendah 2119 kali lebih besar untuk memiliki usia kehamilan 10-19 tahun dibandingkan

dengan responden yang memiliki orang tua berpenghasilan tinggi. ≈

Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian (Kidana Ayele dkk., 2018) prediktor kehamilan remaja termasuk pendapatan bulanan yang lebih rendah di bawah ~ \$ 25 dan ~ \$ 25-50 (adjusted odds ratio (AOR) = 23,96; interval kepercayaan 95% (95% CI) 4,89 hingga 117,29 dan AOR = 4,91; 95% CI 1,64 hingga 14,66, masing-masing berusia 18-19 tahun (AOR = 16,75; 95% CI 6,45 – 43,47), hal itu menurut pendapat keluarga bawah merupakan prediktif kehamilan remaja, sehubungan dengan rendahnya pendapatan keluarga cenderung menikah pada usia dini, sedangkan mereka yang memiliki keluarga berpenghasilan tinggi untuk melanjutkan pendidikan mereka.

6. Hubungan Pendidikan Ayah Dengan Peristiwa Kehamilan Remaja

Hasil analisis hubungan pendidikan ayah terhadap kehamilan usia 10-19 tahun diperoleh P value 0,006 pada α 5% berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan ayah dengan usia kehamilan 10-19 tahun. Dimana kehamilan usia 10-19 tahun paling banyak terjadi diantara responden dengan responden yang memiliki ayah dengan pendidikan rendah. Hasil analisis pada nilai OR 2,706 artinya responden dengan responden yang memiliki ayah dengan pendidikan rendah 2706 kali lebih besar untuk memiliki usia kehamilan 10-19 tahun dibandingkan dengan responden yang memiliki orang tua berpenghasilan

tinggi. ≈

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Kassa et al. (2018) bahwa remaja dengan status pendidikan ayah tidak berpendidikan 1,65 kali lebih mungkin mengalami kehamilan remaja dibandingkan dengan remaja yang ayahnya berpendidikan, OR = 1,65 (95% CI = 1,14, 2,38).

7. Analisis Multivariat Variabel Independen Dan Variabel Lain Dengan Kejadian Kehamilan Remaja

Dalam penelitian ini terdapat lima variabel yang berhubungan dengan kehamilan remaja yaitu variabel terhadap pemanfaatan PKPR, tingkat pengetahuan tentang kesehatan reproduksi, tingkat pengetahuan tentang PKPR, pendapatan keluarga dan pendidikan ayah. Variabel yang paling dominan memiliki OR tertinggi 3552 adalah variabel pemanfaatan terhadap PKPR.

Pada hasil analisis multivariat tersebut di atas disimpulkan bahwa pemanfaatan PKPR paling berpengaruh terhadap kejadian kehamilan remaja.

Menurut Aswar (2003) dan Notoatmojo (2007), adalah reaksi atau tanggapan yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. konotasi menandakan konotasi adanya reaksi konformitas terhadap rangsangan tertentu dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi emosional terhadap rangsangan sosial. merupakan bentuk evaluasi atau reaksi perasaan seseorang terhadap suatu objek yang dapat berupa perasaan mendukung atau memihak (favorable) dan perasaan tidak mendukung (unfavorable) terhadap objek tersebut.

sebagai predisposisi untuk berpikir, merasakan dan bertindak dengan cara tertentu terhadap objek yang ada.

Informasi tentang kesehatan reproduksi merupakan bagian dari pelayanan kesehatan reproduksi yang dibutuhkan oleh remaja. Remaja membutuhkan informasi tentang kesehatan reproduksi langsung oleh petugas puskesmas karena bisa langsung berdiskusi. Remaja dapat mengakses layanan kesehatan reproduksi karena informasi yang diterima sebelumnya (Kemenkes RI, 2014).

Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) adalah pelayanan efektif yang ditujukan untuk membantu remaja dan kebutuhannya seperti membantu mereka terhindar dari perilaku merokok, tawuran, narkoba. Tujuan pengabdian tidak hanya membantu masalah yang terjadi pada remaja, tetapi juga memberikan pengetahuan, keterampilan dan kepercayaan diri. Pelayanan kesehatan remaja meliputi pelayanan fisik dan psikis (McIntyre, 2002).

Kesimpulan

Berdasarkan analisis dan pembahasan pada bab sebelumnya, maka dapat disimpulkan dari penelitian ini sebagai berikut:

1. Kejadian kehamilan remaja lebih banyak terjadi pada remaja yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan reproduksi remaja dibandingkan dengan yang memakai baju zirah.

Saran

1. Kebijakan dan program pembinaan kesehatan reproduksi

remaja (PKPR) di seluruh puskesmas wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Tangerang perlu dibenahi oleh pemerintah daerah Kabupaten Tangerang.

2. Untuk lembaga sekolah menengah perlu membentuk kelas atau menambah mata kuliah kesehatan reproduksi remaja bekerjasama dengan dinas kesehatan setempat.
3. Perlunya penelitian lebih lanjut untuk pengembangan ilmu pengetahuan dan menambah evidence based, terutama terkait dengan kehamilan remaja.

Referensi

1. Afrianti, N., Mudatsir, Tahlil, T. (2017). *Analisis Pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan Remaja (PKPR)*, Jurnal Ilmu Keperawatan, ISSN: 2338-6371
2. Ahmad, N., Bano, R., & Khan, A. (2016). 'Faktor sosial-ekonomi yang mempengaruhi kehamilan remaja pada populasi India utara: Sebuah studi cross-sectional', *Jurnal Manajemen Kesehatan Masyarakat*, Vol.3 (4), hlm. 154-57. <https://doi.org/10.18231/2394-2738.2016.0003>
3. AKANBI, F., Kk, A., & Ab, A. (2016). Faktor Risiko Individu yang Berkontribusi Terhadap Prevalensi Kehamilan Remaja di Kalangan Remaja di Naguru Teenage Center Kampala, Uganda. *Jurnal Perawatan Kesehatan Primer*, 6 (4). <https://doi.org/10.4172/2167-1079.1000249>
4. Althabe, F., Moore, JL, Gibbons, L., Berrueta, M., Goudar, SS, Chomba, E., ... McClure, EM (2015). Hasil ibu dan perinatal yang merugikan pada kehamilan remaja: studi Registri Kesehatan Bayi Baru Lahir Jaringan Global. *Kesehatan Reproduksi*, 12, <https://doi.org/10.1186/1742-4755-12-S2-S8>
5. Aninanya, GA, Debpuur CY, Awine T, Williams JE, A Hodgson, Howard N. (2015) Pengaruh Intervensi Kesehatan Seksual dan Reproduksi Remaja pada Penggunaan Layanan Kesehatan oleh Kaum Muda di Ghana Utara: Uji Coba Acak Komunitas. *PLoS SATU* 10 (4): e0125267. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125267>
6. Anwar, S. (2013). *Sikap manusia: Teori dan Pengukuran*. Yogyakarta: Perpustakaan Pelajar.
7. Benza, S., & Liamputtong, P. (2014). Kehamilan, persalinan, dan menjadi ibu: Sebuah meta-sintesis dari pengalaman hidup para wanita imigran. *Kebidanan*, 30 (6), 575-84. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.03.005>
8. Bharti, A., & Vidyarthi, A. (2017). Pengamatan Klinis Hasil Kehamilan pada Kehamilan Remaja. *Jurnal Ilmu Kedokteran Gigi dan Kedokteran IOSR (IOSR-JDMS)*, 16 (3), 37-40. <https://doi.org/10.9790/0853-1603103740>
9. Bobak, I., Loedermilk, D., & Jensen, M. (2005). *Keperawatan Maternitas (Edisi ke-4)*. Jakarta: EG.
10. Dayati, DA (2017). Kemandirian dan penyesuaian diri remaja menjadi orang tua tunggal di yayasan karisma pertiwi, 5 (1), 33-42.
11. Desmita. (2015). *Psikologi perkembangan*. Bandung: PT Muda Rosdakarya.

12. Faisal-Cury, A., Tabb, KM, Niciunovas, G., Cunningham, C., Menezes, PR, & Huang, H. (2017). Pendidikan yang lebih rendah di antara wanita remaja Brasil berpenghasilan rendah dikaitkan dengan kehamilan yang direncanakan. *Jurnal Internasional Kesehatan Wanita*, 9, 43-48. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S118911>
13. Fertman, CI dan DD Allenswort. (2010). *Program Promosi Kesehatan dari Teori ke Praktek*. Jossey - Bass. San Fransisco.
14. Hijau, L. (1980). *Pendidikan Kesehatan: Pendekatan Diagnostik*, The John Hopkins University, Mayfield Publishing Co.