

STUDI KOMPARATIF KUALITAS HIDUP IBU HAMIL REMAJA BERDASARKAN STATUS DEMOGRAFI

Dewi Hanifah*

*Prodi D III Kebidanan STIKes Sukabumi
Email : dwhoney05@gmail.com

ABSTRACT A COMPARATIVE STUDY OF THE QUALITY OF LIFE OF PREGNANT ADOLESCENT MOTHERS BASED ON DEMOGRAPHIC STATUS

Background: Teenage pregnancy is a high-risk pregnancy and can cause various social, medical and physical health problems. The teenage pregnancy rate is reported to have increased from 84 to 140 per 1000 births. During teenage pregnancy, there are physical, mental and social changes which are dimensions of quality of life. Many factors are related to quality of life, including demographic status

Objective: To determine the quality of life of adolescent pregnant women and compare the quality of life based on demographic status

Methods: This research is a comparative study conducted at the Sukabumi Poned Public Health Center in October 2019 – November 2020. The population in the study was pregnant women aged less than 20 years, the sample in this study was 34 people with a sampling technique using accidental sampling. The quality of life instrument uses the Short Form-36 (SF 36). Quality of life outcomes were compared based on demographic characteristics, namely education, parity, gestational age, marital status, pregnancy status. Data that were normally distributed were analyzed using the *t* test, while data that were not normally distributed were analyzed using the Mann Whitney test. Test the normality of the data using the Kolmogorov Smirnov test for the quality of life variable.

Results: The average quality of life scores for the domains of physical function, pain, general health, energy, social function, emotional roles, mental health, physical health components, mental health components have an average value above 50. There are differences in scores in several quality domains. Life in the respondent group based on gestational age, pregnancy status and marital status with $p < 0.05$.

Conclusion: There are differences in several domains of quality of life based on gestational age, pregnancy status and marital status.

Suggestion: A special approach is needed to obtain a larger sample size accompanied by in-depth interviews to obtain information about problems in teenage pregnancy.

Keywords: Quality of Life, Teenage Pregnancy

ABSTRAK

Latar Belakang: Kehamilan remaja merupakan kehamilan beresiko tinggi dan dapat menyebabkan berbagai masalah sosial, medis dan kesehatan fisik. Tingkat kehamilan remaja dilaporkan meningkat dari 84 menjadi 140 per 1000 kelahiran. Pada kehamilan remaja terjadi perubahan fisik, mental, sosial yang merupakan dimensi kualitas hidup. Banyak faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup diantaranya status demografi.

Tujuan: Mengetahui kualitas hidup ibu hamil remaja dan membandingkan kualitas hidup berdasarkan karakteristik demografi

Metode : Penelitian ini merupakan studi komparatif yang dilaksanakan di Puskesmas Poned Sukabumi pada bulan Oktober 2019 – November 2020. Populasi dalam penelitian adalah ibu hamil usia kurang dari 20 tahun, sampel dalam penelitian ini sebanyak 34 orang dengan teknik pengambilan sampel menggunakan *accidental sampling*. Instrumen kualitas hidup menggunakan *Short Form-36* (SF 36). Hasil kualitas hidup dibandingkan berdasarkan karakteristik demografi yaitu pendidikan, paritas, usia kehamilan, status pernikahan, status kehamilan. Data yang terdistribusi normal dilakukan analisis menggunakan uji *t*, sedangkan data yang tidak berdistribusi normal dilakukan uji Mann Whitney. Uji normalitas data dengan menggunakan uji Kolmogorov Smirnov untuk variabel kualitas hidup.

Hasil: Rata-rata skor kualitas hidup domain fungsi fisik, nyeri, kesehatan umum, energi, fungsi sosial, peran emosi, kesehatan mental, komponen kesehatan fisik, komponen kesehatan mental memiliki nilai rata-rata

di atas 50. Terdapat perbedaan skor beberapa domain kualitas hidup pada kelompok responden berdasarkan usia kehamilan, status kehamilan dan status menikah dengan nilai $p < 0,05$.

Kesimpulan: Ada perbedaan pada beberapa domain kualitas hidup berdasarkan usia kehamilan, status kehamilan dan status menikah.

Saran: Perlu pendekatan khusus untuk mendapatkan jumlah sampel yang lebih besar disertai dengan wawancara secara mendalam untuk mendapatkan informasi tentang permasalahan pada kehamilan remaja.

Kata Kunci: Kualitas Hidup, Kehamilan Remaja

PENDAHULUAN

Kehamilan remaja merupakan kehamilan yang terjadi pada usia 13-19 tahun. Menurut UNICEF sekitar 11% dari semua kelahiran di seluruh dunia terjadi pada ibu remaja, yaitu sekitar 16 juta kelahiran setiap tahun dan 95% kehamilan remaja terjadi di negara berkembang. (Cook & Cameron, 2017) Di negara berkembang seperti negara-negara Asia, tingkat kelahiran remaja dilaporkan meningkat dari 84 menjadi 140 per 1000 kelahiran. (Floreani & Kirchengast, 2009) Penelitian lainnya menunjukkan bahwa kehamilan remaja di negara berkembang diperkirakan sekitar 21 juta wanita usia 15-19 tahun dan sekitar 2 juta wanita mengalami kehamilan dibawah usia 15 tahun. (Darroch, Woog, Bankole, Ashford, & Points, 2016). Sekitar 16 juta wanita usia 15 sampai 19 tahun dan 2,5 juta wanita di bawah usia 16 tahun telah melahirkan. (Neal et al., 2012)

Kehamilan remaja merupakan kehamilan beresiko tinggi dan dapat menyebabkan berbagai masalah sosial, medis dan kesehatan fisik. (Iklati, Inaku, Ekabua, Ekanem, & Udo, 2012) Kehamilan remaja beresiko terjadinya kelahiran prematur, berat badan bayi lahir rendah (BBLR), Berat Badan Bayi Lahir Sangat Rendah (BBLSR). (Paranjothy, Broughton, Adappa, & Fone, 2009) Kehamilan remaja lebih beresiko mengalami masalah kesehatan seperti obesitas, eklampsi, anemia dan persalinan prematur. (Huang, Lin, Huang, & Huang, 2014) Kehamilan remaja juga berkontribusi terhadap angka kematian neonatal, bayi dan balita. Hasil Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 menunjukkan bahwa angka kematian neonatal, postneonatal, bayi dan balita pada ibu yang berusia kurang dari 20 tahun lebih tinggi dibandingkan pada ibu usia 20-39 tahun. (Kementerian Kesehatan RI, 2015) Hasil penelitian menyebutkan bahwa Angka Kematian Ibu 5 kali lebih tinggi terjadi pada kehamilan remaja. (Craine et al., 2014)

Kehamilan remaja berdampak juga pada permasalahan mental dan sosial. Di Inggris, kehamilan remaja sering dikaitkan dengan kemiskinan dan peningkatan risiko munculnya

berbagai masalah sosial. Kehamilan remaja menyebabkan kerugian sosial dan ekonomi pada usia remaja dan kerugian jangka panjang untuk masalah mental emosional dan kesehatan remaja tersebut. Kehamilan remaja mendapatkan stigma negatif yang menyebabkan remaja terisolasi secara sosial dan adanya keterbatasan mendapatkan pelayanan kesehatan. (Cook & Cameron, 2017)

Mengingat banyaknya dampak negatif dari kehamilan remaja, maka perlu upaya untuk mencegah terjadinya komplikasi yang berkaitan dengan kehamilan remaja. Penyediaan pelayanan kesehatan bagi kehamilan remaja termasuk strategi utama untuk mengatasi masalah tersebut, sehingga pelayanan yang ada harus lebih mengorientasikan kepada kebutuhan fisik, mental, sosial dan spiritual remaja tersebut. Seluruh aspek ini termasuk dalam dimensi kualitas hidup. Kualitas hidup merupakan alat untuk mengukur kualitas dan efektivitas pelayanan kesehatan ibu dan anak. (Mogos, August, Salinas-Miranda, Sultan, & Salihi, 2013) Hasil penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa kualitas hidup ibu hamil mempengaruhi kesehatan ibu dan kesejahteraan janin. (Wang, Liou, & Cheng, 2013) Penelitian terhadap kualitas hidup pada kehamilan remaja masih terbatas, sehingga perlu dilakukan penelitian kualitas hidup pada kehamilan remaja. Adanya penilaian kualitas hidup ibu hamil remaja dapat membantu untuk memahami status kesehatan dan kebutuhannya serta dapat mengidentifikasi upaya atau strategi untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

Penilaian kualitas hidup dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya sosiodemografi. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa demografi diantaranya usia, pendidikan, pekerjaan, dukungan sosial, dan aktivitas fisik berhubungan dengan kualitas hidup. (Murbiah, 2016; Trisetiyaningsih, 2016) Kualitas hidup pada ibu hamil juga akan dipengaruhi oleh status kehamilan yang tidak diinginkan ataupun tidak direncanakan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kehamilan yang tidak diinginkan berdampak buruk terhadap kualitas hidup mereka. (Schwarz, Smith, Steinauer, Reeves, & Caughey, 2008) Berdasarkan uraian tersebut

maka pada penelitian ini peneliti akan melakukan perbandingan kualitas hidup ibu hamil remaja berdasarkan karakteristik demografi diantaranya pendidikan, usia kehamilan, paritas, kehamilan yang direncanakan dan status menikah.

METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian ini merupakan studi komparatif dengan pendekatan waktu *cross sectional*. Penelitian dilaksanakan di Puskesmas Poned Sukabumi pada bulan Oktober 2019 – November 2020. Populasi dalam penelitian adalah ibu hamil usia kurang dari 20 tahun trimester I, II dan III yang berkunjung ke Puskesmas Sukabumi pada bulan Oktober 2019 – November 2020, sampel dalam penelitian ini sebanyak 34 orang dengan teknik pengambilan sampel menggunakan *accidental sampling* yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi ibu hamil yang melakukan pemeriksaan kehamilan di puskesmas dan ibu hamil yang telah mengisi lembar persetujuan (*informed consent*).

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah karakteristik demografi ibu hamil remaja. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kualitas hidup ibu hamil remaja. Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer. Alat ukur kualitas hidup menggunakan instrumen kualitas hidup *Short Form-36* (SF 36). SF-36 merupakan salah satu instrumen kualitas hidup (QoL) yang umum (*generic scale*). SF-36 terdiri dari 36 pertanyaan dibagi dalam 8 aspek, yaitu yaitu fisik, peran fisik, nyeri, kesehatan umum, energi, fungsi sosial, peran emosi, kesehatan mental dan terdapat dua dimensi utama, yaitu kesehatan fisik dan kesehatan mental. Sistem penilaian SF-36, skala dinilai secara kuantitatif, masing-masing skala terdiri dari 2-10 pertanyaan pilihan berganda, dengan skor antara 0-100, skor yang tinggi menunjukkan kualitas hidup yang baik terkait kondisi kesehatan pasien (Kalantar-Zadeh, Kopple, Block, & Humphreys, 2001) Penilaian kuesioner SF-36 terdiri dari 2 langkah. Pertama, nilai-nilai numerik (kategori respon) diubah ke dalam skor. Setiap pilihan jawaban mempunyai skor, sehingga skor yang tinggi menunjukkan keadaan kesehatan yang lebih baik. Setiap pilihan jawaban diberi nilai antara 0-100, skor tersebut mewakili persentase total skor yang dapat dicapai. Langkah kedua, tiap pertanyaan yang berada dalam skala yang sama akan dirata-rata kan untuk mendapatkan 8 nilai dari

masing-masing skala. Kemudian nilai dari masing-masing skala tersebut akan dirata-ratakan.

Selanjutnya dilakukan analisis bivariat untuk mengetahui perbedaan nilai rata-rata, standar deviasi kualitas hidup antara dua kelompok responden. Pembagian kelompok berdasarkan karakteristik demografi yaitu pendidikan, paritas, usia kehamilan, status pernikahan, status kehamilan. Data pada kedua kelompok tersebut yang terdistribusi normal, maka analisis menggunakan uji t, sedangkan data yang tidak berdistribusi normal maka dilakukan uji Mann Whitney. Uji normalitas data dengan menggunakan uji Kolmogorov Smirnov untuk variabel kualitas hidup pada masing-masing kelompok.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pengambilan data dilaksanakan pada bulan Oktober 2019 – November 2020 terhadap ibu hamil yang berkunjung ke Puskesmas Sukabumi. Ibu hamil yang berpartisipasi mengisi kuesioner adalah 34 orang.

Tabel 1.
Karakteristik Demografi

Karakteristik	n	(%)
Pendidikan		
Rendah/ tamat SMP kebawah	12	35,3
Sedang/ SMA	22	64,7
Usia Kehamilan		
Kehamilan Dini	24	70,6
Kehamilan Lanjut	10	29,4
Paritas		
Primigravida	32	94,1
Multigravida	2	5,9
Status Kehamilan		
Diinginkan	18	52,9
Tidak diinginkan	16	47,1
Status Menikah		
Menikah	29	85,3
Tidak Menikah	5	14,7

Tabel 1 menunjukkan karakteristik demografi berdasarkan status pendidikan, usia kehamilan, paritas, status kehamilan dan status menikah. Sebagian besar responden berpendidikan SMA (64,7%), usia kehamilan termasuk kehamilan dini/kurang dari 20 minggu (70,6%) dan status paritas primigravida (94,1%). Kehamilan saat ini sebagian besar diinginkan (52,9%) dan sebagian besar responden telah menikah (85,3%).

Tabel 2.
Distribusi Data Skor Kualitas Hidup

Domain	Mean±SD	Nilai p
Fungsi Fisik	62,6 ± 22,3	0,189
Peran Fisik	44,9 ± 34,2	0,172
Nyeri	51,0 ± 39,8	0,038*
Kesehatan Umum	53,2 ± 13,9	0,245
Energi	50,2 ± 8,5	0,059
Fungsi Sosial	51,7 ± 13,1	0,000*
Peran Emosi	69 ± 15,4	0,008*
Kesehatan Mental	62,1 ± 14,9	0,271
Komponen Kesehatan Fisik	59,6 ± 15	0,472
Komponen Kesehatan Mental	51,5 ± 12,3	0,263

*p < 0,05 tidak terdistribusi normal

Rata-rata skor kualitas hidup pada tabel 2 paling rendah pada domain peran fisik. Domain kualitas hidup lainnya memiliki nilai rata-rata diatas 50. Tabel 2 juga menunjukkan domain nyeri, fungsi sosial, peran emosi tidak terdistribusi normal sehingga selanjutnya dilakukan uji Mann Whitney

untuk mengetahui perbedaan antar kelompok yaitu pendidikan, usia kehamilan, paritas, status kehamilan dan status menikah terhadap skor setiap domain kualitas hidup. Domain yang terdistribusi normal dilanjutkan dengan uji t tidak berpasangan.

Tabel 3.
Perbedaan Skor Kualitas Hidup Berdasarkan Faktor Pendidikan

Domain	Pendidikan		Nilai p
	SMP mean±SD	SMA mean±SD	
Fungsi Fisik	63,7±26,5	62±20,8	0,838
Peran Fisik	45,8±39,6	44,3±32,7	0,905
Nyeri	47,2±41,4	53,1±40,7	0,706*
Kesehatan Umum	49,3±15,1	55,1±13,4	0,255
Energi	50,7±8,6	50±8,9	0,834
Fungsi Sosial	53,2±14,8	50,7±12,6	0,642*
Peran Emosi	65,9±15,6	70,4±15,5	0,377*
Kesehatan Mental	59,6±14,7	63,4±15,5	0,488
Komponen Kesehatan Fisik	59±16,2	60,3±15,1	0,820
Komponen Kesehatan Mental	50,2±12	52,3±12,9	0,625

*uji Mann Whitney

Tabel 3 memperlihatkan perbedaan skor rata-rata setiap domain kualitas hidup antara pendidikan SMP dan SMA. Responden dengan pendidikan SMP skor rata-rata lebih kecil dari responden dengan pendidikan SMA pada domain

nyeri, kesehatan umum, peran emosi, kesehatan mental, komponen kesehatan fisik dan komponen kesehatan mental. Namun hasil uji statistik pada seluruh domain tidak ada perbedaan yang signifikan, dengan nilai P > 0,05.

Tabel 4.
Perbedaan Skor Kualitas Hidup Berdasarkan Usia Kehamilan

Domain	Usia Kehamilan		Nilai p
	Kehamilan Dini mean±SD	Kehamilan Lanjut mean±SD	
Fungsi Fisik	58,9±23,9	71,5±17,2	0,144
Peran Fisik	39,6±36,8	57,5±26,5	0,174

Nyeri	41,7±40,9	73,5±30,6	0,044*
Kesehatan Umum	50,5±11,3	59,5±18,5	0,089
Energi	50±8,9	50,8±8,2	0,810
Fungsi Sosial	51,1±13	51,4±14,4	0,865*
Peran Emosi	65,4±14,2	77±15,9	0,046*
Kesehatan Mental	59,8±14,7	67,5±15,3	0,178
Komponen Kesehatan Fisik	56,2±15,6	68,6±10,4	0,028
Komponen Kesehatan Mental	48,5±11,8	58,9±11,6	0,025

*uji Mann Whitney

Perbedaan skor kualitas hidup pada usia kehamilan responden diperlihatkan pada Tabel 4 Pada domain nyeri, peran emosi, komponen kesehatan fisik dan komponen kesehatan mental terdapat perbedaan skor yang signifikan (nilai p

<0,05). Responden dengan usia kehamilan lanjut (lebih dari 20 minggu) memiliki skor kualitas hidup lebih tinggi dibandingkan dengan responden dengan usia kehamilan dini.

Tabel 5.
Perbedaan Skor Kualitas Hidup Berdasarkan Paritas

Domain	Paritas		Nilai p
	Primigravida mean±SD	Multigravida mean±SD	
Fungsi Fisik	64,2±20,2	37,5±53	0,106
Peran Fisik	42,9±34,9	75±0	0,210
Nyeri	51,1±39,8	50±70,7	0,939*
Kesehatan Umum	52,1±13,7	68,5±16,2	0,114
Energi	50,1±8,9	52±0	0,771
Fungsi Sosial	50,9±12,9	62,5±17,7	0,203*
Peran Emosi	68,2±15,8	77±0	0,349*
Kesehatan Mental	62±15,5	62,5±3,5	0,967
Komponen Kesehatan Fisik	59,6±15,5	63±14	0,767
Komponen Kesehatan Mental	51,5±12,4	58,5±17,7	0,428

*uji Mann Whitney

Tabel 5 memperlihatkan perbedaan skor kualitas hidup responden berdasarkan paritas. Rata-rata skor kualitas hidup multigravida lebih tinggi pada beberapa domain yaitu peran fisik, kesehatan umum, energi, fungsi sosial, peran

emosi, kesehatan mental komponen kesehatan fisik dan komponen kesehatan mental. Namun berdasarkan hasil uji statistik tidak ada perbedaan yang signifikan pada kedua kelompok tersebut.

Tabel 6.
Perbedaan Skor Kualitas Hidup Berdasarkan Status Kehamilan

Domain	Status Kehamilan		Nilai p
	Diinginkan mean±SD	Tidak Diinginkan mean±SD	
Fungsi Fisik	74,6±14,8	53,1±23,5	0,004
Peran Fisik	60±33,8	32,8±31,2	0,021
Nyeri	75,7±29,4	31,6±37,7	0,386*
Kesehatan Umum	52,3±17,7	53,7±10,9	0,778
Energi	50,9±8,5	49,7±8,9	0,683
Fungsi Sosial	51±16,8	52±10,1	0,339*
Peran Emosi	71,8±16,7	66,4±14,4	0,686*
Kesehatan Mental	63,3±14,8	61±15,6	0,668
Komponen Kesehatan Fisik	67,7±12,2	53,6±14,8	0,005
Komponen Kesehatan Mental	57,6±10,6	46,8±12	0,010

*uji Mann Whitney

Tabel 6 menunjukkan perbedaan skor kualitas hidup berdasarkan status kehamilan yang diinginkan dan tidak diinginkan. Domain fungsi fisik, peran fisik, komponen kesehatan fisik dan

komponen kesehatan mental tampak adanya perbedaan skor secara signifikan pada kedua kelompok tersebut.

Tabel 7.
Perbedaan Skor Kualitas Hidup Berdasarkan Status Menikah

Domain	Status Menikah		Nilai p
	Menikah mean±SD	Tidak Menikah mean±SD	
Fungsi Fisik	63,8±23,7	56±14,7	0,486
Peran Fisik	49±33,7	20±32,6	0,083
Nyeri	57,5±38,8	13,4±29,9	0,027*
Kesehatan Umum	54,5±14,7	45±6,1	0,167
Energi	52,3±7,6	38,4±3,6	0,000
Fungsi Sosial	52,7±13,6	45,4±10,3	0,273*
Peran Emosi	70±15,5	61,4±14,3	0,214*
Kesehatan Mental	65,2±13,4	44±11,9	0,002
Komponen Kesehatan Fisik	62,3±13,8	45,6±17,0	0,022
Komponen Kesehatan Mental	54,3±11,2	35,6±5,4	0,001

*uji Mann Whitney

Tabel 7 memperlihatkan perbedaan skor kualitas hidup pada responden dengan status menikah dan tidak menikah. Terdapat perbedaan signifikan pada domain nyeri, energi, kesehatan mental, dan komponen kesehatan mental pada kedua kelompok tersebut.

PEMBAHASAN

Pengukuran kualitas hidup menggunakan instrumen *Short Form-36* (SF 36). Hasil pengukuran kualitas hidup terdapat delapan domain yaitu fisik, peran fisik, nyeri, kesehatan umum, energi, fungsi sosial, peran emosi, kesehatan mental dan terdapat dua dimensi utama, yaitu kesehatan fisik dan kesehatan mental. (Kalantar-Zadeh et al., 2001) Penelitian lainnya untuk mengevaluasi kualitas hidup wanita hamil juga menggunakan SF-36. Pada penelitian tersebut menemukan terjadinya gangguan fisik selama kehamilan. (Förger, Østensen, Schumacher, & Villiger, 2005) Pada penelitian Mckee, dkk menemukan subjek yang mengalami gejala depresi berhubungan rendahnya kualitas hidup yang diukur dengan SF-36. (Mckee, Cunningham, Jankowski, & Zayas, 2001)

Tabel 2 menunjukkan bahwa rata-rata skor kualitas hidup diatas 50 dengan skor tertinggi 62, hanya domain peran fisik yang memiliki skor dibawah skor rata-rata normatif yaitu 44,9. Domain peran fisik artinya gangguan atau masalah dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Perubahan fisik karena kehamilan akan menyebabkan ketidaknyamanan sehingga terjadi masalah atau

gangguan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Selain itu, kondisi kehamilan di usia remaja yang memiliki banyak resiko, karena kondisi fisik dan psikis yang belum siap. Pada aspek psikis, remaja belum siap menjalankan perannya sebagai ibu. Secara fisik organ-organ internal dan eksternal reproduksi belum matang jika terjadi pembuahan. (Michaud & Fombonne, 2005) Hueston dan Kasik-Miller menggambarkan kualitas hidup pada ibu hamil normal dengan rata-rata usia 23,6 tahun dan menemukan dampak negatif terhadap fungsi fisik tetapi tidak status emosional. Penelitian lain juga menemukan kehamilan normal berhubungan dengan menurunnya fungsi fisik, fungsi sosial, dan vitalitas pada populasi dengan rata-rata usia 28 tahun. (Hueston & Kasik-Miller, 1998)

Studi yang dilakukan Burke dan Liston menyarankan bahwa kehamilan bisa dipersepsikan sebagai pengalaman positif dan negatif oleh remaja, dan kehamilan merupakan suatu tantangan dalam perkembangan remaja, karena itu perlu diberikan kesempatan untuk mengembangkan rasa tanggung jawab dalam kondisi tersebut. Penelitian tersebut menemukan bahwa kualitas hidup pada kehamilan remaja belum tentu rendah, karena tidak ada perbedaan skor pada komponen kualitas hidup seperti kesehatan umum, rasa nyeri dan fungsi sosial. (Burke & Liston, 1994)

Hasil penelitian telah menunjukkan bahwa dalam kualitas hidup ada beberapa faktor yang mempengaruhinya diantaranya status demografi yaitu pendidikan, usia kehamilan, paritas, kehamilan

yang direncanakan dan status menikah. Aspek pendidikan terlihat pada tabel 3, hasil uji statistik bahwa tidak ada perbedaan skor kualitas hidup pada kedua kelompok yang pendidikan SMP dan SMA.

Pada tabel 4 menunjukkan adanya perbedaan kualitas hidup antara kelompok usia kehamilan dini dengan usia kehamilan lanjut yaitu pada domain nyeri, peran emosi, komponen kesehatan fisik dan komponen kesehatan mental. Penelitian lain menemukan bahwa domain energi, kesehatan umum dan kesehatan mental tidak ada perbedaan pada setiap tahapan usia kehamilan, namun pada domain fungsi fisik, peran fisik, nyeri menunjukkan penurunan signifikan selama kehamilan. (Hama et al., 2007) Penelitian lainnya juga menemukan bahwa kualitas hidup berhubungan dengan usia ibu, usia kehamilan, paritas, penghasilan, dukungan suami, dan kepuasan hidup. (Fatemeh, Azam, & Nahid, 2010)

Kualitas hidup pada primigravida dan multigravida tidak menunjukkan perbedaan (tabel 5). Hal ini mungkin saja dikarenakan jumlah sampel dengan multigravida sedikit yaitu 2 orang, dan primigravida 32 orang. Pada penelitian sebelumnya diketahui adanya perbedaan kualitas hidup primigravida dan multigravida. Primigravida cenderung memiliki skor kualitas hidup lebih rendah dari pada multigravida. (Park & Choi, 2018). Penelitian Balíková and Bužgová terdapat pengaruh yang signifikan kualitas hidup pada primipara dan multipara, dan perbedaan skor kualitas hidup berdasarkan paritas. Primipara memiliki kualitas hidup lebih tinggi dibandingkan multipara. (Balíková & Bužgová, 2014) Penelitian lainnya juga menunjukkan hal yang sama bahwa paritas berhubungan dengan kualitas hidup. (Larasati Ramadhani, 2020)

Tabel 6 menunjukkan perbedaan skor kualitas hidup berdasarkan status kehamilan yang diinginkan dan tidak diinginkan. Domain fungsi fisik, peran fisik, komponen kesehatan fisik dan komponen kesehatan mental tampak adanya perbedaan skor secara signifikan pada kedua kelompok tersebut. Pada kehamilan yang diinginkan kualitas hidup lebih baik dibandingkan dengan kehamilan yang tidak diinginkan. Ibu hamil dengan status kehamilannya diinginkan memiliki kesehatan mental yang baik. Penelitian lainnya menunjukkan ibu hamil dengan kesehatan mental yang tidak baik akan mengalami penyulit dalam kehamilan. (Ibanez, Blondel, Prunet, Kaminski, & Saurel-Cubizolles, 2015) Perlu adanya dukungan dari keluarga maupun tenaga kesehatan, agar remaja siap dalam menjalankan peran barunya sebagai orang tua dan

menerima kehamilannya dengan baik sehingga tidak sampai terjadi dampak negatif atau penyulit kehamilan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan sosial selama kehamilan berpengaruh signifikan terhadap kualitas ibu hamil. (Emmanuel, St John, & Sun, 2012)(Elsenbruch et al., 2006)

Tabel 7 memperlihatkan perbedaan skor kualitas hidup pada responden dengan status menikah dan tidak menikah. Terdapat perbedaan signifikan pada domain nyeri, energi, kesehatan mental, dan komponen kesehatan mental pada kedua kelompok tersebut. Skor kualitas hidup pada remaja yang menikah lebih tinggi dibandingkan dengan remaja yang tidak menikah. Penelitian lainnya menunjukkan bahwa status menikah berhubungan dengan kualitas hidup. (Li et al., 2012) Pernikahan pada remaja yang mengalami kehamilan akan mendapatkan dukungan dari keluarga dan ini merupakan hal yang sangat penting mengingat usia remaja yang rentan baik aspek bio, psiko, sosial, kultural dan spiritual. Dengan adanya pernikahan secara sosial keberadaannya akan lebih diterima oleh masyarakat. (Ayu, 2020).

Keterbatasan pada penelitian ini adalah jumlah sampel yang kecil sehingga sulit dalam menyimpulkan masalah, perlu adanya metode khusus untuk pendekatan secara personal dalam mendapatkan data kehamilan remaja.

SIMPULAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki nilai rata-rata diatas 50 pada beberapa domain kualitas hidup yaitu fungsi fisik, nyeri, kesehatan umum, energi, fungsi sosial, peran emosi, kesehatan mental, komponen kesehatan fisik dan komponen kesehatan mental. Terdapat perbedaan skor kualitas hidup pada kelompok responden berdasarkan usia kehamilan, status kehamilan dan status menikah.

SARAN

Saran untuk peneliti selanjutnya perlu pendekatan khusus untuk mendapatkan jumlah sampel yang lebih besar disertai dengan wawancara secara mendalam untuk mendapatkan informasi tentang permasalahan pada kehamilan remaja. Selain itu perlu memperhatikan variabel lain yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pada kehamilan remaja.

DAFTAR PUSTAKA

Ayu, B. A. (2020). *Dukungan terhadap Remaja yang Mengalami Kehamilan Tidak Diinginkan*

- (Universitas Muhammadiyah Malang). Retrieved from <http://eprints.umm.ac.id/63574/1>
- Balíková, M., & Bužgová, R. (2014). Quality of women's life with nausea and vomiting during pregnancy. *Osetrovateľstvi a Porodni Asistence*, 5(1), 29–35. Retrieved from https://cejnm.osu.cz/en/artkey/cjn-201401-0006_kvalita-zivota-zen-s-nauzeou-a-zvracenim-v-tehotenstvi.php
- Burke, P. J., & Liston, W. J. (1994). Adolescent mothers' perceptions of social support and the impact of parenting on their lives. *Pediatric Nursing*, 20(6), 593–599.
- Cook, S. M. C., & Cameron, S. T. (2017). Social issues of teenage pregnancy. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2017.08.005>
- Craine, N., Midgley, C., Zou, L., Evans, H., Whitaker, R., & Lyons, M. (2014). Elevated teenage conception risk amongst looked after children; a national audit. *Public Health*. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2014.05.008>
- Darroch, J. E., Woog, V., Bankole, A., Ashford, L. S., & Points, K. (2016). Costs and Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Adolescents. *Guttmacher Institute*. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000226>
- Elsenbruch, S., Benson, S., Rücke, M., Rose, M., Dudenhausen, J., Pincus-Knackstedt, M. K., ... Arck, P. C. (2006). Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Human Reproduction*, 22(3), 869–877. <https://doi.org/10.1093/humrep/del432>
- Emmanuel, E., St John, W., & Sun, J. (2012). Relationship between social support and quality of life in childbearing women during the perinatal period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 41(6), E62-70. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01400.x>
- Fatemeh, A., Azam, B., & Nahid, M. (2010). Quality of life in pregnant women results of a study from Kashan, Iran. *Pakistan Journal of Medical Sciences*.
- Floreani, A., & Kirchengast, S. (2009). Teenage-Pregnancies - A Biomedical and a Sociocultural Approach to a Current Problem. *Current Women's Health Reviews*. <https://doi.org/10.2174/157340409787721285>
- Förger, F., Østensen, M., Schumacher, A., & Villiger, P. M. (2005). Impact of pregnancy on health related quality of life evaluated prospectively in pregnant women with rheumatic diseases by the SF-36 health survey. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 64(10), 1494–1499. <https://doi.org/10.1136/ard.2004.033019>
- Hama, K., Takamura, N., Honda, S., Abe, Y., Yagura, C., Miyamura, T., ... Aoyagi, K. (2007). Evaluation of quality of life in Japanese normal pregnant women. *Acta Medica Nagasakiensia*, 52(4), 95–99.
- Huang, C. C., Lin, Y. C., Huang, Y. T., & Huang, K. H. (2014). Comparison of medical issues in antenatal and perinatal periods in early youth, adolescent, and young adult mothers in Taiwan: A 10-year nationwide study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-260>
- Hueston, W. J., & Kasik-Miller, S. (1998). Changes in functional health status during normal pregnancy. *The Journal of Family Practice*, 47(3), 209–212.
- Ibanez, G., Blondel, B., Prunet, C., Kaminski, M., & Saurel-Cubizolles, M.-J. (2015). Prevalence and characteristics of women reporting poor mental health during pregnancy: Findings from the 2010 French National Perinatal Survey. *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique*, 63(2), 85–95. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2015.02.023>
- Iklaki, C. U., Inaku, J. U., Ekabua, J. E., Ekanem, E. I., & Udo, A. E. (2012). Perinatal Outcome in Unbooked Teenage Pregnancies in the University of Calabar Teaching Hospital, Calabar, Nigeria. *ISRN Obstetrics and Gynecology*. <https://doi.org/10.5402/2012/246983>
- Kalantar-Zadeh, K., Kopple, J. D., Block, G., & Humphreys, M. H. (2001). Association among SF36 quality of life measures and nutrition, hospitalization, and mortality in hemodialysis. *Journal of the American Society of Nephrology*.
- Kementerian Kesehatan RI, P. D. I. (2015). *Situasi Kesehatan Reproduksi Remaja*. Retrieved from <http://www.pusdatin.kemkes.go.id/article/view/15090700003/situasi-kesehatan-reproduksi-remaja.html>
- Larasati Ramadhani. (2020). *Hubungan Antara Faktor Sosiodemografi Dengan Kualitas Hidup Pada Ibu Hamil Preeklampsia di Wilayah Kabupaten Jember* (Universitas Jember). Retrieved from

- [https://repository.unej.ac.id/bitstream/handle/123456789/101356/Larasati Ramadhani-162310101013 Sdh.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.unej.ac.id/bitstream/handle/123456789/101356/Larasati%20Ramadhani-162310101013%20Sdh.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Li, J., Mao, J., Du, Y., Morris, J. L., Gong, G., & Xiong, X. (2012). Health-related quality of life among pregnant women with and without depression in Hubei, China. *Maternal and Child Health Journal*, 16(7), 1355–1363. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0900-z>
- Mckee, M. D., Cunningham, M., Jankowski, K. R., & Zayas, L. (2001). Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstetrics and Gynecology*, 97(6), 988–993. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(01\)01377-1](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(01)01377-1)
- Michaud, P.-A., & Fombonne, E. (2005). Common mental health problems. *BMJ*, 330(7495), 835–838. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7495.835>
- Mogos, M. F., August, E. M., Salinas-Miranda, A. A., Sultan, D. H., & Salihu, H. M. (2013). A Systematic Review of Quality of Life Measures in Pregnant and Postpartum Mothers. *Applied Research in Quality of Life*. <https://doi.org/10.1007/s11482-012-9188-4>
- Murbiah. (2016). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Hidup Ibu Post Partum di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang. *Masker Medika*, 4(1), 38–45.
- Neal, S., Matthews, Z., Frost, M., Fogstad, H., Camacho, A. V., & Laski, L. (2012). Childbearing in adolescents aged 12-15 years in low resource countries: A neglected issue. New estimates from demographic and household surveys in 42 countries. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2012.01467.x>
- Paranjothy, S., Broughton, H., Adappa, R., & Fone, D. (2009). Teenage pregnancy: Who suffers? *Archives of Disease in Childhood*. <https://doi.org/10.1136/adc.2007.115915>
- Park, S., & Choi, N.-K. (2018). The relationships between timing of first childbirth, parity, and health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 27(4), 937–943.
- Schwarz, E. B., Smith, R., Steinauer, J., Reeves, M. F., & Caughey, A. B. (2008). Measuring the effects of unintended pregnancy on women's quality of life. *Contraception*. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2008.04.120>
- Trisetiyaningsih, Y. (2016). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kualitas Hidup Perempuan Klimakterik. *Media Ilmu Kesehatan*, 5(1), 30–39. <https://doi.org/10.30989/mik.v5i1.48>
- Wang, P., Liou, S. R., & Cheng, C. Y. (2013). Prediction of maternal quality of life on preterm birth and low birthweight: A longitudinal study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-124>