

APAKAH JAMINAN KESEHATAN TERKAIT DENGAN PERILAKU FERTILITAS RISIKO TINGGI SEPERTI HALNYA FAKTOR SOSIODEMOGRAFI?

Dian Novriadhy¹, Muhammad Yazid²

¹ Mahasiswa Pascasarjana Kependudukan Universitas Sriwijaya
Jl. Padang Selasa 534, Bukit Besar Palembang 30139, telepon/fax 0711-317202, 320310

² Fakultas Pertanian, Universitas Sriwijaya
Email : dian.novriadhy@gmail.com

Diterima : 01/07/2014

Direvisi: 15/08/2014

Disetujui : 27/08/2014

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan profil kehamilan risiko tinggi dan menjelaskan hubungan faktor sosiodemografi dan jaminan kesehatan dengan perilaku fertilitas risiko tinggi. Faktor paritas, umur ibu dan interval kelahiran digunakan sebagai kriteria penentuan kategori dari kehamilan risiko tinggi. Umur kawin pertama, jumlah anak diinginkan, tingkat pendidikan dan jaminan kesehatan digunakan sebagai variabel bebas. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dan bersifat potong lintang bertempat di Palembang dilaksanakan pada bulan Maret-April 2014. Sebanyak 124 ibu hamil dengan sifat kehamilan merupakan kehamilan yang diinginkan diwawancarai saat melakukan kunjungan antenatal. Interpretasi hasil menggunakan pendekatan uji beda. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 80% dari kehamilan risiko tinggi memiliki risiko tunggal. Faktor umur kawin pertama, jumlah anak diinginkan istri dan jaminan sosial diketahui memiliki hubungan dengan perilaku fertilitas risiko tinggi. Faktor tingkat pendidikan diketahui tidak membedakan perilaku fertilitas risiko tinggi. Norma sosial pronatalis yang kuat ditenggarai sebagai faktor pendorong dari hubungan yang terjadi. Hasil penelitian mengindikasikan perlunya eksaminasi lebih lanjut untuk mengetahui dampak penerapan reformasi jaminan kesehatan terhadap pembangunan kesehatan reproduksi.

Kata Kunci: Kehamilan risiko tinggi, Kematian Ibu, Keluarga Berencana, Jaminan Kesehatan

DOES HEALTH SECURITY RELATED TO HIGH-RISK FERTILITY BEHAVIOUR AS WELL AS SOCIODEMOGRAPHIC FACTOR?

ABSTRACT

The research aim is to explain the relationship of sociodemographic and health security to high-risk fertility behaviour. Parity, maternal age and birth interval are used as a criterion in determining the category of high-risk pregnancy. The age of first marriage, desired number of children, education level and health insurance are used as independent variables. This study was carried on quantitative approach and cross-sectionally held in Palembang during March to April 2014. A total of 124 intended-pregnancy of pregnant women interviewed while performing antenatal visits. Chi-Square analysis was used for interpretation. The results showed that an 80% of high-risk pregnancy had single risk factor. The age of first marriage, desired number of children and health security was known had relationship to high-risk pregnancy. While, both education level was statistically insignificant differentiate the current high-risk pregnancy. It is necessary to conduct further research to examine the influence of health security reform implementation to reproductive health development both in short term and long term effect.

Keywords : High-risk pregnancy, Maternal death, Family planning, Health security

PENDAHULUAN

Kematian Ibu merupakan permasalahan aktual di Indonesia yang perlu mendapat perhatian lebih dari pemangku kepentingan. Laporan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 menunjukkan adanya peningkatan AKI selama periode 2007-2012.⁽¹⁾ Meskipun pemerintah telah meluncurkan program spesifik untuk mengurangi AKI (diantaranya Bidan di Desa dan Jaminan Persalinan), namun kemajuan penurunan AKI dirasakan lebih lambat dari yang diharapkan. Sedikitnya terdapat tiga cara yang telah terbukti berhasil dalam menurunkan AKI. Salah satu diantaranya adalah dengan program Keluarga Berencana (KB). Keberhasilan KB dalam menurunkan AKI terjadi melalui dua cara yaitu dengan mengurangi jumlah aborsi dan mengurangi Kehamilan Risiko Tinggi (KRT).⁽²⁾ KRT dapat merujuk ke berbagai keadaan. Namun, KRT yang dimaksud adalah KRT yang dikaitkan dengan faktor demografi, yaitu: 1) Kehamilan yang terjadi setelah 3 kali melahirkan (terlalu sering melahirkan), 2) Kehamilan yang memiliki jarak antar kelahiran kurang dari 24 bulan (terlalu rapat), 3) Kehamilan yang terjadi pada ibu berusia di bawah 18 tahun (terlalu muda), 4)

Kehamilan yang terjadi pada ibu berusia di atas 34 tahun (terlalu tua), dan 5) kombinasi dari kriteria 1-4. Penelitian KB terkait dengan KRT telah banyak dilakukan. Namun, penelitian tersebut lebih banyak dikaitkan dengan keberhasilan/kegagalan penggunaan alat kontrasepsi. Oleh karena itu, perlu dilakukan penelitian dalam dimensi yang lain yaitu KRT yang diinginkan oleh pasangan suami istri (pasutri). Dengan demikian, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui profil distribusi KRT dan hubungan faktor sosiodemografi dan jaminan kesehatan dengan perilaku KRT.

Tinjauan Pustaka

Secara faktual, kehamilan merupakan produk keputusan rumah tangga. Dalam prosesnya banyak aspek yang dipertimbangkan oleh pasutri sebelum memutuskan hamil. Diluar aspek biologis, faktor sosialbudaya dan ekonomi merupakan faktor yang telah terbukti diberbagai *setting* penelitian dapat mempengaruhi fertilitas. Becker⁽³⁾, salah satu *pioneer* yang meletakan fertilitas dalam kerangka ekonomi, menyatakan bahwa keputusan pasutri untuk memiliki anak didasari atas pertimbangan azas manfaat yang diperoleh. Kapan dan berapa banyak

jumlah anak yang akan dimiliki diukur dengan menimbang keseimbangan distribusi konsumsi dalam rumah tangga. Oleh karenanya dalam sudut pandang ekonomi, keberadaan insentif biaya (dalam konteks luas) dapat menstimulus perilaku fertilitas.⁽⁴⁾

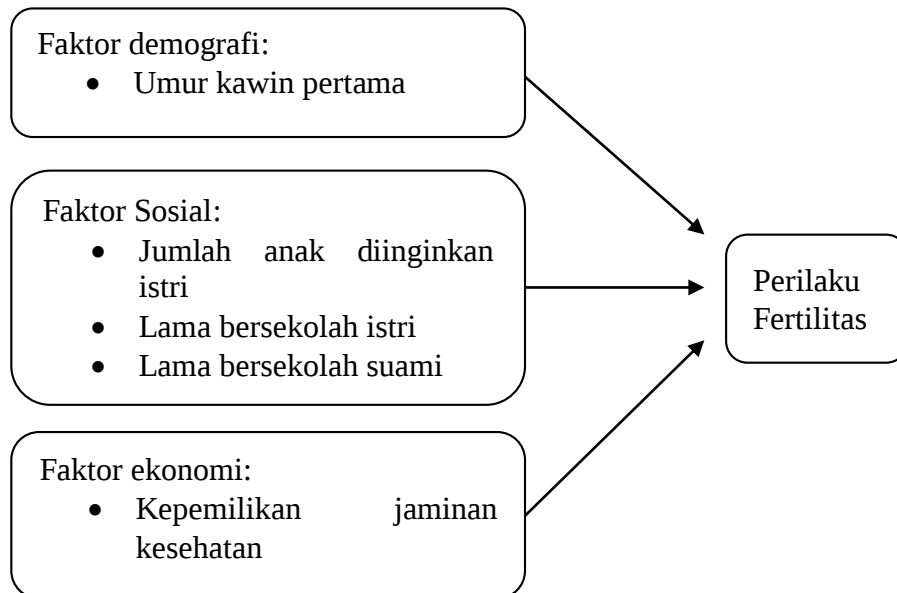
Beberapa *setting* penelitian menunjukkan bahwa insentif ekonomi berpengaruh terhadap fertilitas baik di negara berkembang maupun negara maju. Dalam konteks India, program Janani Suraksha Yojana yang dirancang untuk meningkatkan akses layanan medis dan antenatal memberikan efek ikutan dengan meningkatkan fertilitas.⁽⁵⁾ Insentif ekonomi (*Child Subsidy*) diketahui memiliki pengaruh dalam meningkatkan fertilitas bagi semua sub populasi yang ada di Israel sebesar 0,99%.⁽⁶⁾ Di Amerika Serikat, adanya pembatasan tunjangan biaya yang diberikan untuk keluarga (*Family Cap Provision* (FCP)) memicu terjadinya aborsi.⁽⁷⁾ Efek FCP mempengaruhi keputusan ibu untuk memiliki anak ketiga.

Di sisi lain, perilaku fertilitas merupakan cermin adanya ketimpangan gender yang dibingkai oleh norma sosialbudaya.⁽⁸⁾ Fenomena kawin di usia

dini (*juvenile marriage*) yang kerap terjadi di kalangan *Gypsi* Serbia merupakan bukti empirik adanya ketimpangan gender tersebut.⁽⁹⁾ Wanita *Gypsi* akan memiliki kedudukan sosial yang terhormat apabila memiliki banyak anak. Selain itu, wanita *Gypsi* diharuskan untuk menikah muda sebagai bentuk penjagaan kesucian. Contoh serupa *Gypsi*, masih banyak ditemukan dalam masyarakat yang memegang kuat norma sosial. Hal tersebut tentunya tidak mengherankan dikarenakan norma sosial, termasuk norma keluarga, merupakan nilai yang diwariskan secara berjenjang (*intergenerational*). Pengalaman individu pada masa transisi remaja menuju dewasa merupakan faktor penting dalam pembentukan model keluarga yang akan datang.⁽¹⁰⁾

Secara umum penelitian ini memfokuskan kepada hubungan faktor sosiodemografi dan jaminan kesehatan terhadap KRT. Variabel yang digunakan dalam penelitian ini adalah: 1) Umur kawin pertama (UKP); 2) Jumlah anak diinginkan oleh istri (JADi); 3) Jaminan kesehatan keluarga (JKes); 4) Tingkat pendidikan istri (TPI); 5) Tingkat pendidikan suami (TPS)

Gambar 1
Kerangka konsep penelitian



Situasi Wilayah Penelitian

Kota Palembang secara administratif terdiri dari enam belas kecamatan. Populasi penduduk Kota Palembang berdasarkan hasil Sensus Penduduk 2010 mencapai 1.455.284 orang. Merujuk kepada Profil Kesehatan Kota Palembang 2011-2012, jumlah absolut kematian ibu di Kota Palembang tercatat sebesar 14 orang di tahun 2011 dan 13 orang di tahun selanjutnya. Diperkirakan rerata kelahiran di Kota Palembang dalam kisaran 30.000-an kelahiran/tahun. Proporsi KRT sepanjang tahun 2011 - 2012 berada dalam kisaran 20%. Di level kecamatan, proporsi KRT juga relatif tidak

mengalami perubahan yaitu dalam kisaran 20% terkecuali Kecamatan Kertapati yang mengalami kenaikan proporsi KRT dari 17% menjadi 20%.^(11,12)

Tiga kecamatan di Kota Palembang dipilih sebagai wilayah penelitian. Kriteria pemilihan kecamatan didasari oleh tingkat kunjungan *antenatal care* (ANC) tahun 2012, yaitu: 1) Kecamatan Gandus yang memiliki proporsi cakupan kunjungan ANC terendah (89,74%), 2) Kecamatan Sukarame yang memiliki proporsi cakupan ANC tertinggi (97,93%), dan 3) Kecamatan Alang-Alang Lebar yang memiliki proporsi cakupan ANC diantara Kecamatan

Gandus dan Kecamatan Sukarama. Jumlah penduduk tiga kecamatan sampel pada tahun 2012 berjumlah 305.454 jiwa yang mencakup 20,05% dari keseluruhan penduduk Kota Palembang. Jumlah kelahiran bayi laki-laki dan perempuan pada tahun yang sama tercatat 6.013 jiwa kelahiran hidup dengan *sex ratio at birth* 94,91. Tiga kecamatan terpilih berkontribusi sebesar 18,68% dari seluruh kematian bayi dan 16,67% dari seluruh kematian balita yang terjadi di Kota Palembang.^(11,12)

METODOLOGI

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dan bersifat *cross-sectional* yang dilakukan selama bulan Maret – April 2014. Responden penelitian memiliki karakteristik sebagai berikut: 1) merupakan pasangan suami istri, istri dalam keadaan hamil yang bersifat kehamilan diinginkan, usia istri dalam rentang 15-49 tahun dan bertempat tinggal di Kota Palembang. Teknik *Incidental Sampling* dipergunakan dalam pengumpulan data

dikarenakan secara alamiah jumlah populasi berfluktuasi sepanjang tahun sehingga jumlah populasi secara pasti tidak diketahui. Sebanyak 124 responden dipergunakan dalam pengumpulan data berdasarkan *One Sampling Proportion* dengan tingkat kepercayaan 95% dan deviasi proporsi sebesar 10%.⁽¹³⁾ Untuk menghindari bias dalam interpretasi hasil analisis dikarenakan kelangkaan kasus dalam kategori variabel dependen tertentu maka dalam uji *Chi-Square* digunakan metode *Monte Carlo Simulation* (MC) dan *Fisher's Exact Test* (FET) sebagai pendukung metode *Asymptotic*.⁽¹⁴⁾ Penggabungan kategori KRT dimungkinkan dengan mempertimbangkan kesamaan faktor umur ibu. Oleh karena itu, KRT1, KRT2, KRT3 dan KRT8 digabungkan menjadi KRTG1 (memiliki kesamaan umur ibu > 34 tahun), KRT6 dan KRT9 digabungkan menjadi KRTG4 (memiliki kesamaan umur ibu < 18 tahun). Definisi operasional variabel penelitian ditampilkan dalam Tabel 1.

Tabel 1
Definisi operasional variabel penelitian

Variabel	Skala ukur
Kehamilan risiko tinggi: Keadaan kehamilan yang memperbesar peluang terjadinya dampak yang dapat mengancam keselamatan jiwa ibu dan janin atau anak yang dilahirkan berdasarkan kriteria umur ibu, jumlah anak dan jarak kelahiran. 1. Kehamilan pada usia > 34 tahun (KRT₁) 2. Kehamilan pada usia > 34 tahun dan jarak kelahiran < 24 bulan (KRT₂) 3. Kehamilan pada usia > 34 tahun dan kehamilan > 3 kelahiran (KRT₃) 4. Kehamilan > 3 kelahiran (KRT₄) 5. Jarak kelahiran < 24 bulan dari kelahiran terakhir (KRT₅) 6. Kehamilan pada usia < 18 tahun (KRT₆) 7. Kehamilan dengan jarak kelahiran < 24 bulan dan kehamilan > 3 kelahiran (KRT₇) 8. Kehamilan pada usia > 34 tahun, jarak kelahiran < 24 bulan dan kehamilan > 3 kelahiran (KRT₈) 9. Kehamilan pada usia < 18 tahun dan jarak kelahiran < 24 bulan dari kelahiran terakhir (KRT₉) 10. Kehamilan normal apabila tidak memenuhi salah satu kriteria yang disebutkan dalam nomor 1 – 9 (KRT₀).	Kategorikal
Umur kawin pertama adalah umur ibu pada ulang tahun terakhir saat pertama kali menikah.	Metrik
Jumlah anak diinginkan istri adalah jumlah anak yang diinginkan oleh istri saat awal menikah	Metrik
Insentif kesehatan keluarga adalah kepemilikan jaminan kesehatan	Nominal: 1. Ya, memiliki 2. Tidak memiliki
Tingkat pendidikan istri adalah jenjang tertinggi sekolah istri 1. Pendidikan dasar yaitu memiliki tingkat pendidikan sampai dengan tamat SMP 2. Pendidikan menengah yaitu memiliki tingkat pendidikan di atas SMP sampai tamat SMA 3. Pendidikan tinggi yaitu memiliki tingkat pendidikan diploma ke atas	Ordinal: 1. Pendidikan dasar 2. Pendidikan menengah 3. Pendidikan tinggi
Tingkat pendidikan suami adalah jenjang tertinggi sekolah suami 1. Pendidikan dasar yaitu memiliki tingkat pendidikan sampai dengan tamat SMP 2. Pendidikan menengah yaitu memiliki tingkat pendidikan di atas SMP sampai tamat SMA 3. Pendidikan tinggi yaitu memiliki tingkat pendidikan diploma ke atas	Ordinal: 1. Pendidikan dasar 2. Pendidikan menengah 3. Pendidikan tinggi

HASIL

Distribusi KRT ditampilkan dalam Tabel 2. Secara keseluruhan, tiga puluh dua responden (22,82%) dikategorikan sebagai responden dengan KRT tunggal (hanya memiliki satu faktor penyebab

risiko tinggi, misal umur ibu atau interval kelahiran atau jumlah anak) dan 4,03% dikelompokkan sebagai KRT berganda (memiliki dua atau lebih faktor penyebab risiko tinggi, misal kombinasi faktor umur ibu dan interval kelahiran).

Tabel 2.
Distribusi responden berdasarkan kategori kehamilan risiko tinggi (KRT)
di Palembang 2014

Deskripsi		Jumlah (n)	Proporsi (%)
(1)		(2)	(3)
Kehamilan Normal (KRT0)		86	69,35
Kehamilan Risiko Tinggi			
	KRT1	16	12,90
	KRT2	2	1,61
	KRT3	2	1,61
	KRT4	7	5,65
	KRT5	5	4,03
	KRT6	4	3,23
	KRT7	0	0
	KRT8	0	0
	KRT9	2	1,61
Total KRT		38	30,65
Total Kehamilan		124	100,00

Sumber: data primer, diolah

Ket: KRT₀ = Kehamilan normal

KRT₁ = Kehamilan pada usia > 34 tahun

KRT₂ = Kehamilan pada usia > 34 tahun dan jarak kelahiran < 24 bulan

KRT₃ = Kehamilan pada usia > 34 tahun dan kehamilan > 3 kelahiran

KRT₄ = Kehamilan > 3 kelahiran

KRT₅ = Jarak kelahiran < 24 bulan dari kelahiran terakhir

KRT₆ = Kehamilan pada usia < 18 tahun

KRT₇ = Kehamilan dengan jarak kelahiran < 24 bulan dan kehamilan > 3 kelahiran

KRT₈ = Kehamilan pada usia > 34 tahun, jarak kelahiran < 24 bulan dan kehamilan > 3 kelahiran

KRT₉ = Kehamilan pada usia < 18 tahun dan jarak kelahiran < 24 bulan dari kelahiran terakhir

Kelompok KRTG akhir dan jumlah anggota kelompok yang digunakan untuk analisis lanjut menjadi: 1) KRTG0 (86 kasus), 2) KRTG1 (20 kasus), 3) KRTG2 (7 kasus), 4) KRTG3 (5 kasus), dan 5) KRTG4 (6 kasus).

Tabel 3
Ringkasan Deskriptif Karakteristik Responden

Deskripsi	Kategori Kehamilan Risiko Tinggi Gabungan				
	KRTG0	KRTG1	KRTG2	KRTG3	KRTG4
1	2	3	4	5	6
Umur Kawin Pertama (tahun)					
Rerata $\pm$ Std. Error	22,13 $\pm$ 0,37	24,44 $\pm$ 1,25	20,77 $\pm$ 1,20	23,02 $\pm$ 1,30	15,14 $\pm$ 0,26
Median	21,38	25,38	20,33	22,42	15,25
Terendah/Tertinggi	15 / 30	13 / 31	17 / 25	21 / 28	14 / 16
Jumlah anak diinginkan istri					
Rerata $\pm$ Std. Error	2,44 $\pm$ 0,07	2,75 $\pm$ 0,12	3,00 $\pm$ 0,38	2,60 $\pm$ 0,40	2,33 $\pm$ 0,42
Median	2	3	3	2	2
Terendah/Tertinggi	1 / 4	2 / 4	2 / 4	2 / 4	1 / 4
Lama Sekolah Istri (tahun)					
Rerata $\pm$ Std. Error	10,66 $\pm$ 0,34	11,55 $\pm$ 0,39	11,57 $\pm$ 1,21	10,60 $\pm$ 1,17	8,00 $\pm$ 1,00
Median	12	12	12	12	7,5
Terendah /Tertinggi	0 / 17	9 / 15	6 / 15	6 / 12	6 / 12
Lama Sekolah Suami (tahun)					
Rerata $\pm$ Std. Error	11,05 $\pm$ 0,28	11,45 $\pm$ 0,52	11,86 $\pm$ 1,37	10,80 $\pm$ 1,53	8,00 $\pm$ 1,48
Median	12	12	12	12	6
Terendah/Tertinggi	6 / 17	6 / 17	6 / 17	6 / 15	6 / 15
Kepemilikan jaminan kesehatan					
Ya	13	8	0	1	0
Tidak	73	12	7	4	6
TOTAL (n)	86	20	7	5	6

Rerata umur saat pertama kali melahirkan berada di angka 23,63 tahun dengan rentang umur 14,67 – 39,17 tahun dan median 22,42 tahun. Angka rerata tersebut dihasilkan dari tujuh puluh satu kelahiran pertama. Pasutri

secara umum menyatakan jumlah anak diinginkan dalam kisaran 2 – 3 orang anak. Proporsi pasutri yang sepakat menginginkan jumlah anak 1 - 3 orang diketahui mencapai 79,03% sedangkan yang menginginkan 4 orang anak

mencapai 6,45%. Mayoritas pasutri belum mencapai jumlah anak yang diinginkan (91,1%) sedangkan pasutri yang sudah memiliki anak melebihi jumlah yang diinginkan mencapai 2,4%.

Menurut wilayah kecamatan, Kecamatan Alang-Alang Lebar memiliki lama bersekolah tertinggi dibandingkan kedua kecamatan lainnya. Lama bersekolah suami diketahui mencapai 11,88 tahun dan lama bersekolah istri mencapai 11,98 tahun. Kecamatan Sukarame menempati posisi kedua berdasarkan lama bersekolah yaitu 10,93 tahun untuk lama bersekolah suami dan 10,41 tahun untuk lama bersekolah istri sedangkan Kecamatan Gandus menempati posisi terakhir

dengan lama bersekolah suami mencapai 9,35 tahun dan lama bersekolah istri sebesar 8,77 tahun. Kecamatan Sukarame memiliki proporsi responden tertinggi yang memiliki jaminan kesehatan komersial (23,9%), posisi kedua ditempati oleh Kecamatan Alang-Alang Lebar (19,2%) dan Kecamatan Gandus merupakan yang terendah dengan proporsi kepemilikan jaminan kesehatan sebesar 3,8%.

Bentuk sebaran data menyebabkan KRTG4 memiliki karakteristik umur kawin pertama yang terpisah secara sempurna dari KRTG lainnya. Oleh karena itu, untuk menghindari bias KRTG4 tidak dianalisis dalam penelitian ini.

Tabel 4
Ringkasan uji beda dan korelasi karakteristik responden terhadap KRTG

Karakteristik	<i>Statistics</i>	<i>Correlation</i>
Umur kawin pertama	7,035***	
Jumlah anak diinginkan istri	16,031**	0,412**
Tingkat pendidikan suami	5,064 ^{TS}	
Tingkat pendidikan istri	4,222 ^{TS}	
Kepemilikan jaminan kesehatan	7,194**	0,266**

Keterangan: TS = tidak signifikan; ** = sig. < 0,05; *** = sig. < 0,01

PEMBAHASAN

Uji Welch ($p = 0,054$) mengindikasikan bahwa UKP membedakan KRTG yang dialami oleh seorang perempuan. Wanita yang

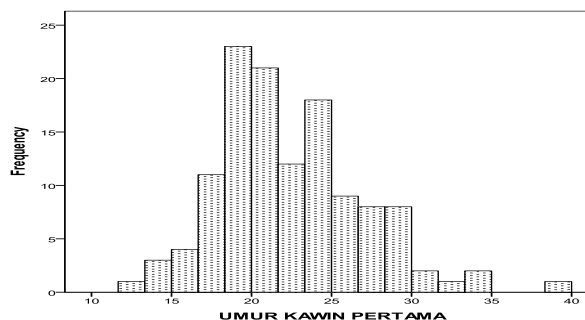
menikah di usia 22,13 tahun dikaitkan dengan kehamilan normal (KRTG0). Analisis lebih lanjut menggunakan KRTG0 sebagai acuan, pendewasaan

UKP 4,36 tahun dari UKP KRTG0 secara statistik dihubungkan dengan kejadian KRTG1 (Dunnett t, $p < 0,001$). Pendewasan UKP 0,89 tahun dari UKP KRTG0 dikaitkan dengan KRTG3 sedangkan UKP 1,36 tahun lebih muda dari UKP KRTG0 dikaitkan dengan risiko mengalami KRTG2. Meskipun rerata UKP KRTG2 dan KRTG3 berbeda dengan KRTG0, namun tidak ditemukan hubungan yang signifikan secara statistik dengan KRTG0.

Hubungan UKP dengan KRTG nampaknya disebabkan oleh dua norma sosial yang diadopsi yaitu 1) pola perkawinan universal, dan 2) pronatalis. Pertama, indikasi perkawinan universal ditunjukkan oleh sebaran data yang memiliki pemusatan UKP di awal umur 20-an tahun (lihat Gambar 2). Istilah perkawinan universal mengacu kepada situasi dimana mayoritas wanita usia subur (WUS) kawin di akhir usia belasan tahun atau awal dua puluhan tahun dan kurang dari 5% populasi WUS yang tetap melajang di usia 40-an tahun. Data

UKP ini konsisten dengan gambaran Indonesia secara keseluruhan yang mengadopsi pola perkawinan universal.⁽¹⁵⁾ Kedua, Indikasi pronatalis ditunjukkan oleh interval umur kelahiran pertama kali dengan UKP. Rerata waktu yang diperlukan oleh perempuan untuk melahirkan anak pertama kali sejak kawin mencapai 1,35 tahun (atau secara agregat perempuan mengalami kehamilan setelah 6,87 bulan menikah). Interval yang singkat ini menandakan tidak adanya upaya penundaan kehamilan anak pertama. Pendapat ini semakin diperkuat oleh data yang menunjukkan 41,4% responden telah memiliki anak pada ulang tahun pertama perkawinannya. Norma sosial pronatalis juga ditunjukkan oleh jumlah anak yang diinginkan pasutri. Data menunjukkan hanya 3,23% pasutri yang menginginkan anak tunggal, 42,74% menginginkan dua orang anak dan 33,06% lainnya menginginkan tiga orang anak.

Gambar 2.
Sebaran Umur Kawin Pertama



Jumlah anak diinginkan istri memiliki hubungan dengan fertilitas risiko tinggi sebagaimana ditunjukkan dalam Tabel 4. Hubungan antara jumlah anak diinginkan istri dengan KRTG bertanda positif yang berarti semakin banyak jumlah anak diinginkan maka semakin tinggi kejadian fertilitas risiko tinggi. Hubungan jumlah anak diinginkan dengan KRTG terjadi melalui empat mekanisme berbeda.

Pertama, melalui perkawinan dini. Hal ini merupakan konsekuensi logis. Ibu yang menginginkan jumlah anak yang relatif banyak akan memilih bersegera kawin untuk mendapatkan waktu reproduksi yang lebih lama. Data

menunjukkan proporsi UKP kurang dari 18 tahun lebih banyak terjadi di kelompok ibu yang menginginkan 4 orang anak (18,18%) dibandingkan di kelompok ibu yang menginginkan 2 orang anak (9,68%). Kedua, pengaturan jarak kelahiran. Mempersingkat interval kelahiran merupakan salah satu upaya yang ditempuh ibu untuk mencapai jumlah anak yang diinginkan. Data interval kelahiran anak kedua dengan anak pertama (interval 1 ke 2) menunjukkan semakin banyak anak yang diinginkan maka akan semakin singkat interval yang dibutuhkan (lihat Tabel 5).

Tabel 5
Rerata interval kelahiran anak pertama dengan anak kedua (dalam tahun)

Jumlah anak diinginkan istri	N	Mean	Std. Error	Minimum	Maximum
2 anak	8	3,80	0,84	1,67	9,25
3 anak	16	3,59	0,31	1,67	6,50
4 anak	6	2,39	0,35	1,08	3,58
Total	30	3,41	0,29	1,08	9,25

Ketiga, dukungan sosial dan keluarga. Dukungan sosial dan keluarga memberikan dorongan tersendiri bagi istri untuk merealisasikan jumlah anak yang diinginkannya. Persetujuan dari pasangan merupakan faktor yang mendukung terjadinya realisasi jumlah anak yang diinginkan istri. Sebanyak

87,10% responden menyatakan bahwa kehamilannya saat ini merupakan keinginan bersama dan 75,80% dari keseluruhannya merupakan pasutri dengan jumlah anak diinginkan yang sama. Secara empirik tidak adanya penentangan suami terhadap jumlah anak yang diinginkan memperkuat

perilaku fertilitas seorang perempuan⁽¹⁶⁾ terutama jika jumlah anak yang diinginkan merupakan jumlah normatif yang berlaku dalam masyarakat⁽¹⁷⁾. Keberadaan anggota keluarga diluar anggota keluarga inti juga memegang peran penting dalam perilaku fertilitas. Hal ini ditunjukkan secara empiris dengan meningkatnya peranan ibu (nenek) dari calon ibu di masa awal masa kelahiran.

Keempat, faktor ekonomi. Distribusi konsumsi rumah tangga mempengaruhi perilaku fertilitas. Dalam lingkungan rumah tangga yang mengandalkan penghidupan dari sektor pertanian konvensional, penambahan jumlah anggota keluarga merupakan aset untuk meningkatkan pendapatan rumah tangga. Hal demikian juga terjadi di lingkungan strata ekonomi rendah perkotaan yang mengandalkan pendapatan dari sektor informal. Proporsi buruh yang menghendaki anak 4 orang mencapai 10,3% yang lebih besar jika dibandingkan proporsi pedagang (8,0%) dan karyawan administratif (7,4%) untuk jumlah anak diinginkan yang sama.

Tingkat pendidikan suami maupun tingkat pendidikan istri diketahui tidak membedakan kejadian KRTG (lihat Tabel 4). Hal ini mengindikasikan bahwa

pasutri dengan jenjang pendidikan apapun tetap tidak terlepas dari mengalami fertilitas risiko tinggi. Norma pronatalis yang kuat ditenggarai sebagai salah satu faktor yang menghilangkan efek pendidikan terhadap KRTG. Temuan ini berbeda dengan hasil penelitian Isen & Stevenson⁽¹⁸⁾ yang menunjukkan tingkat pendidikan yang tinggi di negara maju cenderung menjadikan perempuan mengalami KRTG1. Norma pronatalis di negara maju tidak sekuat di negara berkembang. Nilai ekonomis waktu yang relatif lebih tinggi di negara maju dikaitkan sebagai penyebab dari berkurangnya tekanan norma pronatalis.

Jaminan kesehatan memiliki hubungan yang signifikan dengan KRTG. Kepemilikan jaminan kesehatan dikaitkan dengan meningkatnya proporsi KRTG1 dan KRTG2 sebagaimana ditunjukkan oleh koefisien korelasi yang bertanda positif dalam Tabel 4. Keterkaitan antara kepemilikan jaminan kesehatan dengan KRTG dapat dijelaskan dari sisi keseimbangan finansial rumah tangga. Memiliki anak usia di bawah lima tahun (balita) meningkatkan biaya kesehatan.⁽¹⁹⁾ Periode balita rentan dengan penyakit sehingga keberadaan jaminan

kesehatan memberikan rasa aman dalam finansial. Berbagai *setting* penelitian menunjukkan anak yang dilahirkan dari KRTG3 dikaitkan dengan kerentanan terhadap penyakit dan kematian.⁽²⁰⁾ KRTG3 juga dikaitkan dengan memburuknya status kesehatan ibu.⁽²¹⁾ Temuan penelitian sebelumnya juga didukung oleh data penelitian yang menunjukkan adanya 2 kematian neonatal dan 1 kematian bayi terjadi dalam kelompok KRTG3 yang tidak memiliki jaminan kesehatan.

Secara kontekstual, temuan dari penelitian ini memberikan sinyal peringatan terhadap pengambil kebijakan dalam penerapan kebijakan kesehatan publik dalam upaya pencapaian target MDGs ke-4 dan ke-5. Reformasi jaminan kesehatan publik dengan penerapan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dilaksanakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan perlu dikritisi dengan cermat. Secara general, program JKN merupakan upaya terobosan untuk meningkatkan akses publik terhadap layanan kesehatan yang diperlukan. Keleluasan kustomisasi layanan yang disediakan memudahkan subpopulasi yang tidak terjamin selama ini untuk masuk menjadi bagian dari jaminan kesehatan. Namun demikian, terdapat

celah dalam JKN yang berpotensi menimbulkan efek negatif terhadap situasi pembangunan kesehatan reproduksi yang sedang dibangun oleh pemangku kepentingan. Celah tersebut diantaranya: 1) adanya *unlimited benefit* untuk jaminan fertilitas bagi peserta JKN mandiri.⁽²²⁾ Meskipun diragukan hal ini akan menyebabkan pasutri memiliki jumlah anak lebih banyak secara ekstrim (5 anak atau lebih), namun tetap perlu diwaspadai adanya dampak ikutan peningkatan fertilitas sampai level 3 – 4 orang anak dan interval kelahiran yang singkat. Hal ini tercermin dari nilai TFR Indonesia yang berkisar 2,8 yang diartikan bahwa proporsi wanita yang memiliki 3 orang anak lebih banyak dibandingkan yang punya 2 anak.⁽¹⁾ 2) pemberlakuan JKN telah meniadakan Jampersal. Hal yang dijamin dalam Jampersal pada dasarnya juga terjamin dalam JKN hanya saja proses *cut-off* yang dilakukan tidak mempertimbangkan masa peralihan. Proses fertilitas merupakan proses yang memakan waktu setidaknya 10 bulan. Oleh karenanya, proses *cut-off* Jampersal harus disosialisasikan kepada kelompok target minimum 10 bulan sebelum penghentian program. Namun, dalam pelaksanaannya sosialisasi *cut-off* program Jampersal

tidak dilakukan dengan baik hanya 1 – 2 bulan sebelum *cut-off* terjadi. Apabila kondisi efek ikutan dari Jampersal dengan peningkatan fertilitas benar terjadi sebagaimana halnya kasus di India maka proses *cut-off* ini menimbulkan adanya subpopulasi dari target layanan Jampersal yang tidak terlindungi.

KESIMPULAN

Penelitian menunjukkan bahwa kehamilan risiko tinggi tunggal memberikan kontribusi dalam kisaran 80% dari keseluruhan kehamilan risiko tinggi yang terjadi. Secara berurutan dari proporsi terbesar adalah KRT1 sebesar 12,90%, KRT4 5,65%, KRT5 4,03% dan KRT6 3,23%. Penelitian juga menunjukkan bahwa faktor jaminan kesehatan memiliki hubungan positif dengan kejadian kehamilan risiko tinggi sebagaimana halnya faktor umur kawin pertama dan jumlah anak yang diinginkan oleh istri. Tingkat pendidikan suami maupun istri diketahui tidak memiliki hubungan dengan perilaku fertilitas risiko tinggi. Norma sosial memegang peranan kunci yang membentuk perilaku fertilitas risiko tinggi yang terjadi di wilayah penelitian.

SARAN

Temuan penelitian mengindikasikan perlunya dilakukan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui dampak sesungguhnya reformasi jaminan kesehatan nasional terhadap perilaku fertilitas dalam jangka waktu dekat dan jangka panjang. Hal ini perlu dilakukan untuk mengakselerasi keteringgalan dalam pembangunan kesehatan reproduksi (terdapat indikasi kuat target MDG's ke-5 tidak tercapai).

Penelitian ini mengambil sampel pasutri yang melakukan kunjungan ANC di level bidan praktek mandiri. Tidak diketahui apakah hasil yang serupa akan ditemukan apabila sampel yang diambil berasal dari pasutri yang melakukan kunjungan ANC di dokter kandungan, klinik bersalin atau rumah sakit. Oleh karena itu, temuan ini perlu diverifikasi lebih lanjut dengan menggunakan sampel dengan spektrum yang lebih luas.

Ucapan Terima Kasih

Penulis pertama mengucapkan terima kasih kepada Kementerian Riset dan Teknologi Republik Indonesia atas pendanaan beasiswa yang diberikan sehingga memungkinkan penelitian ini dapat terlaksana. Penulis menyatakan

tidak ada konflik kepentingan dalam penelitian yang dilakukan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Badan Pusat Statistik (BPS), Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), Kementerian Kesehatan (Kemenkes) Republik Indonesia, dan ICF Internasional. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012. Jakarta: BPS, BKKBN, Kemenkes dan ICF International; 2013
2. UNFPA. Programme Manager's Planning Monitoring & Evaluation Toolkit. Tool Number 6: Programme Indicators. Part II: Indicators for Reducing Maternal Mortality. Technical Support Division-Reproductive Health Branch, United Nations Population Fund; 2004
3. Becker GS. A Theory of Marriage. In: Schultz TW. (editor). Economics of The Family: Marriage, Children, and Human Capital. The National Bureau of Economic Research; 1974.
4. Caucutt EM, Guner N, Knowles J. Why do women wait? Matching, wage inequality, and the incentives for fertility delay. Review of Economic Dynamics. 2002; 5:815–855. doi:10.1006/redy.2002.0190
5. Mazumdar S, Mills A, Powell-Jackson T. Financial Incentives in Health: New Evidence from India's Janani Suraksha Yojana. 2011 (sumber: <http://www.herc.ox.ac.uk/people/ex-staff/tpowelljackson/financial%20incentives%20in%20health>)
6. Cohen A, Dehejia R, Romanov D. Financial incentives and fertility. Paper presented at: the Annual Meeting of European Association for Labor Economics 2009. (sumber: <http://econ.tau.ac.il/sapir>)
7. Joyce T, Kaestner R, Korenman S, Henshaw S. Family cap provisions and changes in births and abortions. National Bureau of Economic Research Working Paper 10214; 2004. (sumber: <http://www.nber.org/papers/w10214>)
8. Bergmann BR. Becker's Theory of the Family: Preposterous Conclusions. Special Report: Feminist Economic. Challenge, Jan-Feb 1996; 39,1.
9. Cvorovic J. Juvenile Marriages, Child-brides and Infant Mortality among Serbian Gypsies. Glasnik Etnografskog Instituta SANU 2011; 59(2): 27-44. (sumber: www.doaj.org, diakses 13 Maret 2013)
10. Easterlin RA. An Economic Framework for Fertility Analysis. Studies in Family Planning 1975; 6(3):54-63.
11. Dinkes Palembang. Profil Kesehatan Kota Palembang Tahun 2011. Palembang: Dinas Kesehatan Kota Palembang; 2012
12. Dinkes Palembang. Profil Kesehatan Kota Palembang Tahun 2012. Palembang: Dinas Kesehatan Kota Palembang; 2013
13. Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK. Adequacy of Sample Size in Health Studies. Chichester: John Wiley & Sons; 1990

14. Mehta CR, Patel NR. SPSS Exact Test 7.0 for Windows. SPSS Inc; 1996
15. Jones GW, Gubhaju B. Trends in Age at Marriage in the Provinces of Indonesia. Asia Research Institute, working paper series no. 105. National University of Singapore; 2008. (sumber: http://www.ari.nus.edu.sg/docs/wps/wps08_105.pdf, diakses 22 Mei 2014)
16. Berrington A. Perpetual Postponers? Women's, Men's and Couples Fertility Intentions and Subsequent Fertility Behaviour. S3RI Application Working Paper A04/09. Southampton Statistical Sciences Research Institute (S3RI); 2004
17. Waller MR, Bitler M. The Consequences of Couples' Pregnancy Intentions for Early Parental Behaviors and Infant Health: Does It Matter Who Is Asked?. 2007
18. Morgan SP, Rackin H. The Correspondence Between Fertility Intentions and Behavior in the United States. *Popul Dev Rev.* 2010; 36(1): 91–118. doi:10.1111/j.1728-4457.2010.00319.x.
19. Isen A, Stevenson B. Women's education and family behaviour: Trends in marriage, divorce and fertility. working paper, no. 2940. CESifo; 2010 (sumber: <http://hdl.handle.net/10419/30703>, diakses 8 Oktober 2012)
20. Kim J, Engelhardt H, Prskawetz A, Aassve A. Does fertility decrease household consumption? An analysis of poverty dynamics and fertility in Indonesia. *Demographic Research* 2006; 20(26):623-656
21. Titaley CR, Dibley MJ, Agho K, Roberts CL, Hall J. Determinants of neonatal mortality in Indonesia. *BMC Public Health* 2008, 8:232. doi:10.1186/1471-2458-8-232.
22. Dewey KG, Cohen RJ. Does Birth Spacing Affect Maternal or Child Nutritional Status? A Systematic Literature Review. *Matern Child Nutr.* 2007; 3(3): 151-173
23. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Manual Pelaksanaan JKN-BPJS Kesehatan. Jakarta: BPJS; 2014