

KARAKTERISTIK RUMAH TANGGA DAN PENINGKATAN KEJADIAN KEHAMILAN RISIKO TINGGI DI INDONESIA

Dian Novriadhy¹, Nuryanto², Dani Saputra³

^{1,2} Balitbangnovda Provinsi Sumatera Selatan
Jl. Demang Lebar Daun No. 4864 Palembang, HP: 081584097990
Email : dian.novriadhy@gmail.com

³ Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) Wilayah Provinsi Sumatera Selatan
Jl. Demang Lebar Daun, Palembang Hp.082179550966

Diterima : 25/07/2014

Direvisi: 25/10/2014

Disetujui : 30/04/2015

ABSTRAK

Kematian ibu merupakan permasalahan dalam pembangunan kesehatan yang salah satunya dipicu oleh kehamilan risiko tinggi. Oleh karenanya, penelitian ini bertujuan untuk menjelaskan hubungan karakteristik rumah tangga terhadap kejadian kehamilan risiko tinggi di Indonesia. Sebanyak 1.110 wanita usia subur dengan status menikah dan kehamilan non-primiparus dipilih sebagai responden. Variabel independen dalam penelitian adalah umur kawin pertama, hubungan responden dengan kepala rumah tangga, pengetahuan komplikasi kehamilan, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan dan strata kekayaan rumah tangga. Sedangkan variabel terikat adalah kehamilan risiko tinggi yang diklasifikasikan berdasarkan usia ibu, jarak antar kelahiran dan jumlah kelahiran. Penelitian menemukan kehamilan risiko tinggi di kelompok non-primiparus dipengaruhi oleh hubungan responden dengan kepala rumah tangga. Variabel yang mempengaruhi secara parsial terhadap kejadian kehamilan risiko tinggi tertentu adalah strata kekayaan rumah tangga, jenis pekerjaan dan tingkat pendidikan responden. Sebaliknya, jenis pekerjaan suami, tingkat pendidikan suami, pengetahuan dan umur kawin pertama responden tidak berpengaruh terhadap kejadian kehamilan risiko tinggi. Secara garis besar disimpulkan bahwa struktur rumah tangga dan norma keluarga yang diadopsi merupakan faktor penentu dalam kejadian kehamilan risiko tinggi. Temuan penelitian menyarankan perlunya rekayasa sosial yang lebih intensif agar pengetahuan dan pendidikan responden memberikan manfaat positif dalam pembangunan kesehatan reproduksi dan penurunan kejadian kehamilan risiko tinggi.

Kata Kunci: Kehamilan risiko tinggi, Kematian ibu, Pengetahuan komplikasi kehamilan, Struktur rumah tangga

HOUSEHOLD'S CHARACTERISTICS ON INCREASING OF HIGH RISK PREGNANCY INCIDENCES IN INDONESIA

ABSTRACT

Maternal mortality still a problem in health development which one of causes was a high-risk pregnancy. Therefore, the study aims was to determine the relationship of household characteristics on the incidence of high-risk pregnancies in Indonesia. A total of 1,110 women of childbearing age who is married with non-primiparous pregnancy was chosen as respondents. The independent variables were used are age at first marriage, relationship to head of household, knowledge of pregnancy complications, education level, occupation and household wealth strata. While, the high-risk pregnancies that are classified based on maternal age, birth interval and births' order was used as dependent variable. The study found a high risk pregnancy in non-primiparous group was influenced by relationship to head of the household. Variables that affected on high-risk pregnancy in certain category were household wealth strata, respondent's occupation and education level. In contrast, husband's occupation and educational level, knowledge of pregnancy complication and age at first marriage had no effect on high-risk pregnancy incidence. The study concluded that household structure that measured as relationship to head of household was a determinant of high-risk pregnancy incidence. The findings suggest the needed of intensive social engineering in attempt to decrease high-risk pregnancy incidence.

Keywords: high-risk pregnancy, household structure, maternal mortality, household characteristic

PENDAHULUAN

Menjelang berakhirnya program *Millennium Development Goals* (MDGs) diperkirakan Indonesia tidak dapat mencapai target penurunan $\frac{3}{4}$ rasio kematian ibu seperti dicanangkan dalam target kelima MDGs. Angka Kematian Ibu di Indonesia masih relatif tinggi yaitu mencapai 352/100.000 kelahiran hidup⁽¹⁾. Oleh karena itu diperlukan solusi alternatif yang perlu dilakukan oleh pemangku kepentingan untuk memecahkan permasalahan kematian ibu.

Perawatan kebidanan (*Obstetric Care*, OC) dan layanan kebidanan darurat (*Emergency Obstetric Care*, EmOC) merupakan strategi dasar dalam mengurangi kematian ibu. Strategi ini dipilih berdasarkan fakta bahwa sekitar 80% kematian ibu disebabkan oleh komplikasi obstetri yang terjadi selama masa persalinan dan periode awal postpartum⁽²⁾. Namun demikian OC dan EmOC perlu diperkuat dengan mengintervensi faktor pendorong kematian ibu⁽³⁾. Salah satu penguatan seperti yang disarankan oleh *United Nations Population Fund* (UNFPA) adalah dengan melakukan pencegahan kehamilan risiko tinggi⁽⁴⁾.

Istilah kehamilan risiko tinggi mengacu pada setiap kondisi yang

menempatkan ibu atau janin dalam bahaya untuk mengalami penyakit atau kematian⁽⁵⁾. Sebagian besar penelitian terkait kehamilan risiko tinggi berfokus pada masalah klinis dikaitkan dengan perilaku tidak sehat selama kehamilan, seperti konsumsi alkohol⁽⁶⁾, atau penanganan potensi masalah medis yang terjadi selama kehamilan⁽⁷⁾. Sementara riset tentang masalah klinis berguna untuk solusi kasus-kasus individu, penelitian perilaku kehamilan risiko tinggi terkait demografi (seperti jumlah anak, waktu untuk memiliki anak, usia mulai menjadi ibu) masih diperlukan untuk menjawab masalah pada tingkat komunitas. Penelitian perilaku kehamilan risiko tinggi selama ini banyak dilakukan secara parsial pada kategori risiko tinggi tertentu seperti fertilitas tinggi⁽⁸⁾ dan kehamilan remaja⁽⁹⁾ sedangkan penelitian yang menempatkan semua perilaku kehamilan risiko tinggi dalam *single frame* terhitung langka. Oleh karena itu, tujuan penelitian ini adalah untuk menjelaskan hubungan karakteristik rumah tangga terhadap peningkatan kejadian kehamilan risiko tinggi dari kehamilan yang bersifat diinginkan di Indonesia.

Secara tradisi suami merupakan pencari nafkah dan istri mengurus

urusan rumah tangga. Namun, pembagian peran ini secara empiris telah mengalami perubahan. Sebagian besar istri saat ini aktif berpartisipasi dalam pasar tenaga kerja, baik bekerja untuk mendukung pencari nafkah atau tujuan status sosial. Secara teoritis keluarga memiliki probabilitas terbesar untuk mendapatkan manfaat maksimal ketika pasangan suami istri (pasutri) keduanya bekerja. Sebaliknya, membesarkan anak dipandang akan mengurangi keuntungan/manfaat yang diterima keluarga⁽¹⁰⁾. Hal ini terjadi dengan memaksa salah satu dari pasangan, sebagian besar istri, untuk meninggalkan pekerjaan atau setidaknya mengurangi jam kerjanya meskipun hal ini sangat bergantung pada norma budaya dan kelembagaan lainnya.

Memiliki anak atau menambah jumlah anak dipandang berasal dari hakikat cinta (*altruism*) dari orang tua. Oleh karenanya, dalam masyarakat pronatalis jumlah anak yang banyak tidak dipermasalahkan dan dipandang sebagai nilai yang mulia. Meskipun sulit untuk menilai keberadaan *altruism* murni dalam kehidupan sosial, sifat ini dapat dilihat pada masyarakat yang konservatif, dimana suami menjadi pencari nafkah dan mengambil

tanggungjawab untuk keluarganya⁽¹¹⁾. Disisi lain, jumlah anak dalam keluarga juga menunjukkan lemahnya posisi perempuan dalam masyarakat. Tingginya jumlah anak-anak, dalam keluarga gipsi Serbia sebagai contoh, adalah dampak dari perkawinan remaja yang juga merepresentasikan adanya ketidaksetaraan gender⁽¹²⁾.

Salah satu upaya untuk mendekatkan *gap* ketidaksetaraan gender adalah dengan meningkatkan tingkat pendidikan perempuan. Namun, meningkatnya tingkat pendidikan memiliki efek pada perilaku, fertilitas dengan menunda perempuan untuk memasuki perkawinan⁽¹³⁾. Umur memasuki perkawinan pertama diketahui memiliki peran utama dalam kesuburan. Tingkat kesuburan wanita diketahui secara empiris terus menurun dalam setiap siklus menstruasi. Mengetahui fakta ini, ada kemungkinan pasutri yang menginginkan jumlah anak yang banyak akan memperpendek jarak kelahiran, terutama ketika mereka terlambat untuk menikah.

Selain tingkat pendidikan, perilaku fertilitas juga terkait dengan pasar tenaga kerja, upah, dan status wanita⁽¹⁴⁾. Van Bavel⁽¹⁵⁾ menemukan bahwa keluarga kelas pekerja abad ke-

19 di Leuven, Belgia menggunakan pengaturan jarak kelahiran karena alasan ekonomi (pendapatan keluarga). Wanita pekerja dengan upah relatif tinggi memiliki jarak kelahiran yang lebih lama daripada wanita yang diupah rendah. Efek ini pada suami ditemukan memiliki arah yang berlawanan. Suami yang memiliki pekerjaan dengan upah rendah cenderung memiliki anak dengan interval yang lebih lambat dari suami dengan pekerjaan berupah tinggi.

Pengaruh karakteristik rumah tangga pada perilaku kehamilan risiko tinggi di Indonesia masih belum jelas. Tidak seperti keluarga barat (*western family*), keluarga Indonesia mengadopsi model *Extended Family*. Oleh karenanya, kesulitan dalam membesarkan anak (secara fisik, mental dan ekonomi) menjadi berkurang dengan kehadiran anggota keluarga lainnya. Dampak lanjutan ini dapat menyebabkan terjadinya kelahiran dengan jarak yang rapat dan atau jumlah anak yang banyak. Bukti empiris menunjukkan bahwa perempuan Indonesia cenderung ditemani ibunya saat persalinan dan periode awal pasca persalinan.

METODOLOGI

Penelitian ini merupakan analisis sekunder data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012 dengan responden yang dipergunakan dalam penelitian adalah perempuan usia subur 15 – 49 tahun, menikah dan hamil saat disurvei dengan kehamilan yang dialami bersifat diinginkan. Pasangan menikah yang tidak memiliki anak lahir hidup dikeluarkan dari penelitian. Jumlah responden yang digunakan dalam penelitian sebanyak 1.110 orang.

Interpretasi hasil menggunakan pendekatan regresi multinomial logistik. Responden diasumsikan memiliki pilihan terhadap jenis kehamilan yang dialaminya saat ini. Oleh karena kompleksitas dari kriteria kehamilan risiko tinggi yang diamati maka hanya kehamilan risiko tinggi dengan faktor risiko tunggal yang akan dianalisis lebih lanjut dalam penentuan hubungan dan pengaruh karakteristik rumah tangga terhadap kejadian kehamilan risiko tinggi. Secara matematis model umum regresi multinomial logistik dituliskan dalam Persamaan 1, yaitu:

$$\ln \left(\frac{\pi_{y_i}}{\pi_{y_K}} \right) = \alpha_i + \beta_{i1}x_{i1} + \dots + \beta_{in}x_{in} \dots (1)$$

dimana:

$$y = \text{latent variable} \left[\ln \left(\frac{\pi_{yi}}{\pi_{yK}} \right) \right]$$

α_i = Intersep untuk setiap kategori kehamilan risiko tinggi

β = Koefisien regresi

i = kategori kehamilan risiko tinggi

$X_{i1} - X_{in}$ = variabel independen

Variabel dalam penelitian ini

mengacu pada setiap kehamilan berisiko tinggi (risiko tunggal atau risiko berganda) yang hanya ditentukan oleh faktor umur ibu, jarak kelahiran dan jumlah anak.

Tabel 1.
Definisi Operasional Variabel

Variabel	Ukuran
variabel dependen: Kehamilan Risiko Tinggi (KRT)	Kategori: 1. Kehamilan pada usia > 34 tahun (KRT ₁) 2. Kehamilan pada usia > 34 tahun dan jarak kelahiran < 24 bulan (KRT ₂) 3. Kehamilan pada usia > 34 tahun dan kehamilan > 3 kelahiran (KRT ₃) 4. Kehamilan > 3 kelahiran (KRT ₄) 5. Jarak kelahiran < 24 bulan dari kelahiran terakhir (KRT ₅) 6. Kehamilan pada usia < 18 tahun (KRT ₆) 7. Kehamilan dengan jarak kelahiran < 24 bulan dan kehamilan > 3 kelahiran (KRT ₇) 8. Kehamilan pada usia > 34 tahun, jarak kelahiran < 24 bulan dan kehamilan > 3 kelahiran (KRT ₈) 9. Kehamilan pada usia < 18 tahun dan jarak kelahiran < 24 bulan dari kelahiran terakhir (KRT ₉) 10. Tidak termasuk dalam kategori KRT1 – KRT9 (KRT0)
Umur kawin pertama yaitu umur responden saat pertama kali menikah (UKP)	Metrik: ulang tahun terakhir responden (dalam tahun)
Pendidikan responden (PdkR)	Kategori: 1. Pendidikan dasar (sampai tingkat SMP); 2. Pendidikan menengah (sampai SMA); 3. Pendidikan tinggi (tingkat diploma ke atas)
Pendidikan Suami Responden (PdkS)	Kategori: 1. Pendidikan dasar (sampai tingkat SMP); 2. Pendidikan menengah (sampai SMA); 3. Pendidikan tinggi (tingkat diploma ke atas)
Pekerjaan Responden (PkjR)	Nominal: 1. Profesional; 2. Klerikal; 3. Perdagangan; 4. Jasa; 5. Buruh Pertanian; 6. Buruh Industri; 7. Ibu rumah tangga
Pekerjaan Suami Responden (PkjS)	Nominal: 1. Profesional; 2. Klerikal; 3. Perdagangan; 4. Jasa; 5. Buruh Pertanian; 6. Buruh Industri; 7. Tidak bekerja
Mengetahui komplikasi kehamilan (MKK)	Nominal; 1: Mengetahui 0: tidak mengetahui
Strata Kekayaan Rumah Tangga (Sky)	Kategori: 1) Termiskin, 2) Miskin, 3) Menengah, 4) Kaya, 5) Terkaya
Hubungan dengan kepala rumah tangga (RHK)	nominal. 1: istri 0: Anak/menantu

HASIL

Temuan penelitian menunjukkan bahwa 38,8% kehamilan yang

diinginkan di Indonesia merupakan kehamilan risiko tinggi, baik kategori kehamilan risiko tinggi tunggal maupun

kehamilan risiko tinggi berganda (lihat Tabel 2). Terlalu banyak melahirkan (KRT4) merupakan kehamilan risiko

tinggi yang paling dominan dari seluruh kategori kehamilan risiko tinggi yang terjadi (15,5%).

Tabel 2.
Distibusi kehamilan risiko tinggi diinginkan di Indonesia tahun 2012

Jenis KRT	N	Proporsi (%)
Kehamilan normal: KRT0	679	61,17
KRT risiko tunggal		
KRT1	96	8,65
KRT4	172	15,50
KRT5	126	11,35
KRT6	0	0,0
KRT risiko berganda dua		
KRT2	0	0,0
KRT3	0	0,0
KRT7	25	2,25
KRT9	2	0,18
KRT risiko berganda tiga		
KRT8	10	0,90
Total	1.110	100,0

Data menunjukkan adanya pemusatan umur kawin pertama dalam kisaran akhir usia belasan tahun dan awal dua puluhan dengan rerata 20,37 tahun. Mayoritas responden (53,5%) menikah di rentang umur 20 – 30 tahun dan hanya 1,6% yang memiliki umur kawin pertama di atas usia 30 tahun (grafik sebaran umur kawin pertama tidak ditampilkan) dengan rerata jumlah anak lahir hidup mencapai 1,76 anak. Responden yang mengetahui tanda-tanda komplikasi kehamilan mencapai 61,8%. Ditinjau dari sisi tingkat pendidikan maka tingkat pendidikan menengah menempati proporsi terbesar, baik untuk sisi responden (54,0%) maupun suami responden

(55,3%). Sebanyak 19,9% responden memiliki hubungan sebagai anak/menantu dalam kaitannya dengan kepala rumah tangga.

Responden yang berasal dari kelompok strata kekayaan rumah tangga termiskin (20% terbawah) merupakan kelompok terbanyak yaitu 28,2% sedangkan sisanya terbagai relatif merata di empat strata kekayaan rumah tangga lainnya. Proporsi responden yang bekerja mencapai 59,4% dengan konsentrasi jenis pekerjaan sebagai tenaga bidang perdagangan (16,5%). Sedangkan di bagian suami, buruh industri menempati peringkat pertama (36,5%) yang diikuti oleh buruh pertanian

(25,8%) sebagai dua sektor terbanyak sebagai pilihan bekerja.

Sebelum analisis lebih lanjut terkait hubungan dan pengaruh karakteristik rumah tangga terhadap kejadian kehamilan risiko tinggi faktor risiko tunggal, uji multikolinieritas menemukan bahwa tingkat pendidikan dasar (baik responden maupun suami), strata kekayaan termiskin, suami dengan jenis pekerjaan buruh industri dan responden dengan jenis pekerjaan ibu rumah tangga diketahui memiliki multikolinieritas dengan variabel independen lainnya. Oleh karenanya karakteristik tersebut dikeluarkan dari analisis hubungan dan pengaruh karakteristik rumah tangga terhadap kejadian kehamilan risiko tinggi faktor risiko tunggal.

Uji hubungan karakteristik rumah tangga terhadap kejadian kehamilan risiko tinggi faktor risiko tunggal menemukan hanya lima dari delapan variabel independen yang secara statistik terbukti nyata memiliki hubungan dengan kehamilan risiko tinggi faktor risiko tunggal (lihat Tabel 3). Kelima variabel independen tersebut adalah: 1) pendidikan istri, 2) hubungan responden dengan kepala rumah tangga, 3) mengetahui komplikasi dalam kehamilan, 4) pekerjaan istri dan 5) strata kekayaan rumah tangga. Sedangkan tiga variabel independen yang tidak memiliki hubungan terhadap kehamilan risiko tinggi faktor risiko tunggal secara statistik adalah: 1) umur kawin pertama, 2) pendidikan suami dan 3) pekerjaan suami.

Tabel 3.
Ringkasan uji beda dan hubungan karakteristik rumah tangga terhadap kejadian kehamilan risiko tinggi faktor risiko tunggal

Karakteristik Rumah Tangga	Chi-Square	Koefisien Korelasi
Umur Kawin Pertama	36,075*** (w)	0,034 ^{TS}
Pendidikan suami Responden	4,727 ^{TS}	0,081 ^{TS}
Pekerjaan suami Responden	18,380*	0,167 ^{TS}
Pendidikan Responden	13,773***	0,139***
Pekerjaan Responden	33,534***	0,234***
Hubungan dengan kepala rumah tangga	53,847***	0,212***
Mengetahui komplikasi dalam kehamilan	12,289***	0,108***
Strata kekayaan rumah tangga	23,720***	0,181***

Keterangan: TS = tidak signifikan; * = signifikan < 0,1; *** = signifikan < 0,01; w = Welch statistic

Uji efek karakteristik rumah tangga secara bersama-sama dari lima

variabel independen yang memiliki hubungan dengan kehamilan risiko

tinggi faktor risiko tunggal ditemukan hanya variabel hubungan responden dengan kepala rumah tangga yang secara statistik signifikan berpengaruh terhadap peningkatan kejadian kehamilan risiko tinggi faktor risiko

tunggal [$\text{Exp}(B) > 1$]. Pengaruh karakteristik rumah tangga terhadap preferensi kehamilan risiko tinggi faktor risiko tunggal tertentu terhadap kehamilan normal (KRT0) dapat dilihat dalam Tabel 4.

Tabel 4.

Pengaruh karakteristik rumah tangga terhadap kejadian kehamilan risiko tinggi risiko tunggal di Indonesia tahun 2012 (model multinomial regresi)

Karakteristik	KRT1 / KRT0			KRT4 / KRT0			KRT5 / KRT0		
	B	S.E	Exp(B)	B	S.E	Exp(B)	B	S.E	Exp(B)
Tingkat Pendidikan Responden									
Menengah	-0,910*	0,536	0,402	0,432	0,642	1,541	-0,241	0,479	0,786
Tinggi (referensi)									
Mengetahui komplikasi kehamilan									
Tidak Mengetahui	-0,598	0,503	0,550	-0,580	0,474	0,560	-0,592	0,417	0,553
Mengetahui (referensi)									
Hubungan responden dengan kepala rumah tangga									
Istri	2,107***	0,760	8,226	2,432**	1,034	11,381	-0,051	0,373	0,951
Anak/menantu (referensi)									
Jenis Pekerjaan Responden									
Profesional	-0,402	0,747	0,669	-0,161	0,900	0,851	-0,518	0,708	0,596
Klerikal	-1,670*	0,900	0,188	-1,584	1,215	0,205	-0,649	0,721	0,522
Perdagangan	-0,576	0,677	0,562	0,590	0,683	1,804	0,149	0,566	1,161
Jasa	0,596	0,778	1,816	0,705	0,852	2,023	0,516	0,727	1,676
Buruh pertanian	-0,128	0,857	0,880	0,575	0,847	1,778	0,325	0,689	1,384
Buruh Industri (referensi)									
Strata Kekayaan Rumah Tangga									
Miskin	-0,520	0,549	0,594	-0,361	0,581	0,697	0,311	0,513	1,365
Menengah	-0,375	0,547	0,687	-0,212	0,586	0,809	0,549	0,497	1,732
Kaya	-1,268**	0,548	0,281	-0,322	0,522	0,725	-0,061	0,475	0,941
Terkaya (referensi)									
Chi-Square	60,812***								
Pseudo R-square	0,182								

Keterangan: B = koefisien regresi; S.E = standard error; KRT0 sebagai referensi dalam variabel dependen; tanda * = signifikan < 0,1; ** = signifikan < 0,05; *** = signifikan < 0,01

Secara umum kejadian kehamilan pada ibu berumur di atas 34 tahun (KRT1) dipengaruhi oleh empat variabel yaitu tingkat pendidikan responden, hubungan responden dengan kepala rumah tangga, jenis pekerjaan responden dan strata kekayaan rumah tangga. Dalam bagian lainnya kejadian kehamilan yang terjadi lebih dari tiga kelahiran (KRT4) hanya dipengaruhi oleh hubungan responden dengan kepala rumah tangga sedangkan kejadian kehamilan dengan jarak antar kelahiran kurang 24 bulan (KRT5) tidak dipengaruhi oleh satupun karakteristik rumah tangga yang digunakan dalam penelitian.

Pengetahuan responden tentang komplikasi kehamilan diketahui tidak memiliki pengaruh terhadap kejadian kehamilan risiko tinggi faktor risiko tunggal tertentu dibandingkan dengan kehamilan normal. Status responden sebagai istri dari kepala rumah tangga memberikan pengaruh kuat terhadap kejadian KRT1 dan KRT4 dibandingkan dengan kejadian kehamilan normal (KRT0). Bekerja sebagai klerikal diketahui menurunkan probabilitas responden untuk mengalami kejadian kehamilan diusia lebih dari 34 tahun sedangkan jenis pekerjaan responden lainnya yang menjadi kategori dalam

penelitian ini diketahui tidak memiliki pengaruh yang signifikan apabila dibandingkan dengan bekerja sebagai buruh industri. Disparitas kekayaan rumah tangga memiliki pengaruh terhadap kehamilan diusia lebih dari 34 tahun, namun berlaku pada kategori strata kaya dan terkaya. Penurunan tingkat kekayaan rumah tangga diketahui menurunkan kejadian kehamilan diusia lebih dari 34 tahun. Probabilitas kehamilan dengan jarak kelahiran kurang 24 bulan diketahui tidak dipengaruhi oleh satu pun karakteristik rumah tangga yang digunakan dalam penelitian ini.

PEMBAHASAN

Temuan penelitian menunjukkan bahwa rumah tangga Indonesia masih mengadopsi pola tradisional sebagaimana ditunjukkan oleh pola perkawinan universal dan struktur keluarga yang masih mengadopsi struktur *extended family* (dalam satu rumah tangga terdapat lebih dari satu keluarga). Pola perkawinan universal dan *extended family* memberikan tantangan tersendiri dalam penanggulan kejadian kehamilan risiko tinggi diantaranya tantangan dalam upaya pendewasaan umur kawin pertama. Meskipun umur kawin

pertama dan pekerjaan suami responden membedakan kejadian kehamilan risiko tinggi faktor risiko tunggal, namun dikarenakan tidak memiliki korelasi secara statistik maka tidak akan dibahas dalam artikel ini. Pun demikian dengan variabel pendidikan suami responden tidak dibahas lebih lanjut.

Efek Pendidikan Responden

Tingkat pendidikan responden memiliki pengaruh terhadap kejadian kehamilan pada ibu berumur di atas 34 tahun. Semakin tinggi jenjang pendidikan maka semakin besar peluang kejadian kehamilan pada ibu berumur di atas 34 tahun. Pengaruh ini ditenggarai melalui dua mekanisme. Pertama, melalui penundaan memasuki perkawinan. Jenjang pendidikan lebih tinggi membutuhkan waktu studi yang lebih lama. Secara empiris tidak lazim bagi perempuan di Indonesia untuk melanjutkan studinya menuju jenjang pendidikan tinggi apabila telah menikah. Meskipun terdapat beberapa pengecualian bagi perempuan yang bekerja di sektor tertentu seperti tenaga pendidik. Keumuman yang ada adalah perempuan menamatkan studi terlebih dahulu baru kemudian menikah. Oleh karenanya, perempuan berpendidikan

tinggi hampir dapat dipastikan lebih lambat menikah dibandingkan dengan perempuan berpendidikan menengah. Temuan ini selaras dengan temuan Isen and Stevenson⁽¹³⁾.

Kedua, jenjang pendidikan lebih tinggi memungkinkan peluang mendapatkan pekerjaan dengan prospek karir yang lebih baik menjadi lebih besar dibandingkan dengan jenjang pendidikan menengah. Akibatnya, meskipun memulai perkawinan pada usia yang sama, namun dikarenakan jenjang karir pekerjaan yang lebih baik menyebabkan perempuan berpendidikan tinggi menunda kehamilan anak selanjutnya. Dalam gilirannya penundaan kehamilan tersebut memperbesar peluang terjadinya kehamilan di atas 34 tahun. Mekanisme kedua ini selaras dengan temuan Boll⁽¹⁰⁾.

Efek Pengetahuan Responden

Pengetahuan responden tentang komplikasi kehamilan tidak memiliki pengaruh terhadap kejadian kehamilan risiko tinggi faktor risiko tunggal tertentu dibandingkan dengan kehamilan normal. Hal ini tentu berkebalikan dengan logika umum dimana pengetahuan akan bahaya tertentu

akan menjauhkan orang tersebut dari mendekati/menjalani tindakan mengandung bahaya tersebut. Ketidakberpengaruhannya pengetahuan komplikasi kehamilan terhadap kejadian kehamilan risiko tinggi tertentu dimungkinkan oleh penerimaan responden terhadap kehamilan itu sendiri. Dalam masyarakat pro-natalis kelahiran merupakan proses yang mulia dan kematian saat melahirkan merupakan bagian takdir yang bernilai mulia pula sehingga kelahiran tidak dianggap sebagai suatu bahaya. Pemahaman nilai ini memberikan motivasi tersendiri dalam menjalani kehamilan. Temuan ini selaras dengan hasil penelitian Lee, Ayers dan Holden⁽¹⁵⁾ yang menyimpulkan bahwa perempuan dengan kehamilan risiko tinggi cenderung tidak menilai secara berlebihan risiko kehamilan yang dihadapinya. Temuan ini memberikan indikasi perlunya memperkuat kembali rekayasa sosial semisal program "Suami Siaga". Rekayasa ini menjadi sangat penting untuk meminimalisasi terjadinya keterlambatan dalam mengetahui dan mencari pertolongan medis dari komplikasi kelahiran yang mungkin muncul. Perempuan dengan kehamilan risiko tinggi kerap tidak memiliki kesepahaman dengan tenaga

kesehatan terhadap potensi risiko yang dihadapinya⁽¹⁶⁾.

Efek Hubungan Responden dengan Kepala Rumah Tangga

Status sebagai istri penguasa rumah tangga memberikan keleluasaan bagi responden untuk mengatur *timing* fertilitas dan juga jumlahnya. Keleluasaan ini dapat diwujudkan dalam pengalokasian sumber daya yang tersedia (distribusi pendapatan, penggunaan ruang, waktu, dan lainnya). Sebaliknya, status sebagai anak/menantu mempunyai ruang gerak yang lebih terbatas dalam pengalokasian penggunaan ruang sehingga *timing* fertilitas akan mengikuti situasi rumah tangga secara keseluruhan. Dengan kata lain, aliran distribusi pendapatan memegang peranan dalam pengaturan fertilitas. Dalam konteks Indonesia, kelahiran dengan interval kelahiran yang relatif berdekatan diketemukan menurunkan konsumsi rumah tangga⁽¹⁷⁾. Secara empiris menunjukkan bahwa keluarga muda (di masa awal perkawinan) dari kelompok strata menengah bawah memiliki kecenderungan untuk tinggal sementara menetap bersama orang tua.

Efek Jenis Pekerjaan Responden

Jenis pekerjaan responden ditemukan berpengaruh terhadap kejadian kehamilan diusia lebih dari 34 tahun. Bekerja sebagai klerikal menurunkan peluang terjadinya kehamilan diusia lebih dari 34 tahun dibandingkan bekerja sebagai buruh industri. Beberapa hal yang memungkinkan sebagai penjelasan pengaruh tersebut diantaranya: Pertama, secara empiris bekerja sebagai buruh memerlukan aktivitas fisik yang lebih tinggi dibandingkan dengan klerikal. Pekerja buruh lebih rentan mengalami kelelahan secara fisik dibandingkan dengan klerikal. Kelelahan tersebut dapat berdampak terhadap pilihan *timing* memiliki anak. Memiliki dan membesarkan anak juga diketahui menguras 'energi fisik' responden. Oleh karenanya, dimungkinkan responden yang bekerja sebagai buruh industri akan mengatur *timing* kelahiran anak kedua dan seterusnya lebih lama agar memiliki 'sisa tenaga' untuk bekerja.

Kedua, stres fisik dapat bermanifestasi dalam bentuk gangguan sistem hormonal, termasuk didalamnya siklus kesuburan. Apabila hal ini yang terjadi maka responden yang bekerja sebagai buruh industri memiliki peluang

kesuburan yang lebih kecil dibandingkan pekerja klerikal. Dengan kata lain, buruh industri memerlukan rentang waktu lebih lama untuk memiliki anak kedua dan seterusnya yang dapat berujung kepada kehamilan diusia lebih dari 34 tahun. Ketiga, stres fisik juga dapat bermanifestasi kepada penurunan aktivitas seksual yang juga berdampak kepada fertilitas. Ketiga penjelasan tersebut masih bersifat dugaan dan perlu didalami lebih lanjut untuk mengetahui mekanisme mana yang terjadi sesungguhnya. Efek pekerjaan terhadap kehamilan diusia lebih dari 34 tahun juga ditemukan oleh Locke dan Budds⁽¹⁸⁾. Pesan sosial yang kuat mendorong perempuan untuk mengejar karir sehingga menjadikan kehamilan pertama terjadi di usia yang lebih tua.

Efek Strata Kekayaan Rumah Tangga

Disparitas kekayaan rumah tangga memiliki pengaruh terhadap kejadian kehamilan diusia lebih dari 24 tahun hanya saja berlaku pada kategori strata kaya dan terkaya. Penurunan tingkat kekayaan rumah tangga diketahui menurunkan kejadian kehamilan diusia lebih dari 24 tahun. Pengaruh ini diperkirakan melalui adanya 'kompetisi sumber kesenangan'

bagi pasangan suami istri. Secara kultural, anak merupakan salah satu sumber kesenangan bagi orang tua. Bagi pasangan dari kelompok terkaya, derajat kebutuhan akan kesenangan dari anak dapat saja berkurang sehingga *timing* memiliki anak kedua dan seterusnya menjadi lebih lambat dibandingkan pasangan dari strata kekayaan dibawahnya.

Probabilitas kehamilan dengan interval kelahiran kurang dari 24 bulan diketahui tidak dipengaruhi oleh satu pun karakteristik rumah tangga yang digunakan dalam penelitian ini. Hal ini menunjukkan bahwa perlu adanya penyelidikan lebih lanjut dengan memasukkan variabel ekonomi lain seperti ukuran rumah tangga (jumlah anggota rumah tangga) ke dalam model. Kehamilan dengan jarak interval kurang 24 bulan memiliki fitur yang unik dimana dalam rumah tangga tersebut akan ada minimal dua anggota di bawah usia lima tahun (balita). Keberadaan balita diketahui memerlukan sumber daya yang lebih banyak dibandingkan anggota keluarga non-balita.

KESIMPULAN

Penelitian menyimpulkan bahwa kehamilan risiko tinggi dari kehamilan

yang diinginkan dalam kelompok non-primiparus dipengaruhi oleh struktur rumah tangga yang dalam penelitian ini diukur melalui hubungan responden dengan kepala rumah tangga. Karakteristik ekonomi rumah tangga seperti strata kekayaan dan pekerjaan responden mempengaruhi kejadian kehamilan diusia lebih dari 34 tahun. Sebaliknya, pekerjaan suami tidak berpengaruh terhadap kehamilan risiko tinggi. Karakteristik sosial rumah tangga seperti halnya pendidikan suami dan pengetahuan responden tentang komplikasi kehamilan diketahui tidak berpengaruh terhadap kehamilan risiko tinggi sedangkan pendidikan responden berpengaruh terhadap kehamilan diusia lebih dari 34 tahun. Umur kawin pertama responden sebagai karakteristik demografi rumah tangga dalam penelitian ini tidak berpengaruh terhadap kehamilan risiko tinggi. Secara garis besar dapat disimpulkan bahwa struktur rumah tangga yang diadopsi dan dipengaruhi oleh norma keluarga yang berlaku di masyarakat Indonesia merupakan faktor penentu dalam kejadian kehamilan risiko tinggi.

SARAN

Temuan penelitian menyarankan perlunya rekayasa sosial yang lebih

intensif agar pengetahuan dan pendidikan responden memberikan manfaat positif dalam pembangunan kesehatan reproduksi secara umum dan penurunan kejadian kehamilan risiko tinggi. Setidaknya ada dua alternatif yang diperlukan untuk mewujudkan hal tersebut.

Pertama, edukasi non-formal tentang kesehatan reproduksi dikalangan pekerja memanfaatkan kemitraan dengan asosiasi pekerja/buruh di sektor usaha terkait. Hal ini perlu dilakukan mengingat semakin aktifnya perempuan berpartisipasi di pasar kerja. Kedua, peningkatan kampanye kesehatan reproduksi secara umum bagi semua sub-populasi yang ada dan terutama bagi suami dikarenakan masih lemahnya peran serta suami dalam keluarga berencana. Hal ini dapat dilakukan dengan mengintensifkan kembali program 'Suami Siaga' yang telah semakin menghilang gaungnya.

Pernyataan Terima Kasih

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Badan Kependudukan Keluarga Berencana Nasional Perwakilan Sumatera Selatan atas pendanaan dalam penelitian. Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada

ICF International atas izin penggunaan dataset *Indonesia Demographic and Health Survey 2012*.

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, Indonesia: BPS, BKKBN, Kemenkes dan ICF International; 2013.
2. Calderon MAK, Montes PB, Gonzales MC, Pliego AC. Social Aspects of Maternal Mortality: A Case Study of the State of Mexico. *Soc.Med.* 2007, 2(4):186-191.
3. Souza JP, Gülmezoglu AM, Vogel J, Carroli G, Lumbiganon P, Qureshi Z, Costa MJ. Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health): a cross-sectional study. *The Lancet* 2013, 381:1747-55. doi:10.1016/S0140-6736(13)60686-8.
4. 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
5. National Institute of Child Health and Human Development (NICHD). *High Risk Pregnancy: Condition*

- Information. 2012. Available from: <http://nichd.nih.gov>.
6. Aliyu MH, Lynch O, Nana PN, Alio AP, Wilson RE, Marty PJ, Zoorob R, Salihu HM. Alcohol Consumption During Pregnancy and Risk of Placental Abruption and Placenta Previa. *Matern Child Health J*. 2011, 15:670–676. doi:10.1007/s10995-010-0615-6.
 7. Imdad A, Jabeen A, Bhutta ZA. Role of calcium supplementation during pregnancy in reducing risk of developing gestational hypertensive disorders: a metaanalysis of studies from developing countries. *BMC Public Health* 2011, 11(Suppl 3):S18.
 8. Jara D, Dejene T, Taha M. Determinants of High Fertility Status among Married Women in Gilgel Gibe Field Research Center of Jimma University, Oromia, Ethiopia: A Case Control Study. *Public Health Research* 2013, 3(2): 9-17. doi: 10.5923/j.phr.20130302.01.
 9. Waddell EN, Orr MG, Sackoff J, Santelli JS. Pregnancy Risk among Black, White, and Hispanic Teen Girls in New York City Public Schools. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 2010, 87(3): 426-439. doi: 10.1007/s11524-010-9454-4.
 10. Boll C. Mind the-gap-German motherhood risks in figures and game theory issues. *Int Econ Econ Policy* 2011, 8:363–382. doi:10.1007/s10368-011-0188-x.
 11. Santarelli E. Economic resources and the first child in Italy: A focus on income and job stability. *Demographic Research* 2011, 25(9):311-335.
 12. Cvorovic J. Juvenile Marriages, Child-brides and Infant Mortality among Serbian Gypsies. *Glasnik Etnografskog Instituta SANU* 2011, 59(2): 27-44.
 13. Isen A, Stevenson B. Women's education and family behaviour: Trends in marriage, divorce and fertility. CESifo working paper 2010/2940.
 14. Van Bavel J. Birth spacing as a family strategy: evidence from 19th century Leuven, Belgium. *History of the Family* 2003, 8: 585 – 604. doi:10.1016/j.hisfam.2003.03.001.
 15. Lee S, Ayers S, Holden D. Risk perception of women during high risk pregnancy: A systematic review. *Health, Risk & Society* 2012, 14(6):511-531
 16. Chadwick RJ, Foster D. Negotiating risky bodies: childbirth and construction of risks. *Health, Risk & Society* 2014, 16(1): 68-83
 17. 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
 18. Locke A, Budds K. We thought if it's going to take two years then we need to start that now: age, infertility risk and the timing of pregnancy in older first-time mothers. *Health, Risk & Society* 2013, 15(6-07): 525-542