

LAPORAN PENELITIAN



HUBUNGAN USIA KEHAMILAN PERTAMA DAN STATUS SOSIOEKONOMI DENGAN KESEHATAN WANITA USIA SUBUR DI INDONESIA TAHUN 2025; ANALISIS DATA SURVEI SOSIAL EKONOMI NASIONAL (SUSENAS) 2025

TIM PENGUSUL

KETUA : MERA MARHAMAH, SST. M.Kes

NIDN : 0301037802

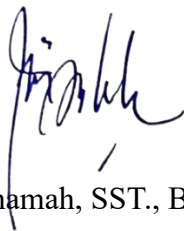
**ANGGOTA : 1. HALIPAH, S.Kep., Ns., MH
2. AFIFA FARAH KAMILIA
3. DEASTRIA T. SASALENO**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
FAKULTAS SAINS DAN KESEHATAN
UNIVERSITAS IPWIJA
2026**

HALAMAN PENGESAHAN
PENELITIAN DOSEN

1. Judul Penelitian : Hubungan Usia Kehamilan Pertama Dan Status Sosioekonomi Dengan Kesehatan Wanita Usia Subur Di Indonesia Tahun 2025; Analisis Data Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) 2025
2. Bidang Penelitian : Kesehatan Ibu
Ketua Peneliti
 - a. Nama Lengkap dan gelar : Mera Marhamah, SST,M.Kes
 - b. NIDN : 0301037802
 - c. Pangkat/Golongan : IIIId
 - d. Jabatan Fungsional : Lektor
 - e. Program Studi : D III Kebidanan
 - f. Sinta ID : 6848488
 - g Email : mera.marhamah@gmail.com
 - h. Nomor HP : 087708200821
3. Anggota Peneliti
 - a. Nama : Halipah, S.Kep., Ns., MH
 - b. NIDN : -
 - d. Lembaga : PT Prima Medisina Hanacaraka
 - e. Sinta ID : -
4. Jumlah mahasiswa yang terlibat : 2 orang
5. Lama Penelitian : 6 bulan
6. Biaya Penelitian : Rp. 6.000.000,-
7. Sumber dana : Mandiri

Ketua Peneliti



Mera Marhamah, SST., Bdn., M. Kes

Bogor, 24 Agustus 2025

Menyetujui,
Kepala LP2M



Drs. Jayadi., MM

RINGKASAN

Penelitian ini menganalisis hubungan antara usia kehamilan pertama dan status sosioekonomi dengan kesehatan Wanita Usia Subur (WUS, 15–49 tahun) di Indonesia tahun 2025 menggunakan data sekunder Susenas Maret 2025 yang dipublikasikan dalam *Profil Statistik Kesehatan 2025* BPS. Masalah utama adalah masih tingginya proporsi kehamilan pertama di usia muda (23,5% perempuan 15–49 tahun melahirkan anak pertama sebelum usia 20 tahun) serta keluhan kesehatan pada 23,9% WUS, dengan disparitas menurut status ekonomi, pendidikan, dan wilayah (desa lebih tinggi). Tujuan penelitian ini adalah: (1) mendeskripsikan usia kehamilan pertama, status sosioekonomi, dan status kesehatan WUS; (2) menganalisis hubungan usia kehamilan pertama dan status sosioekonomi dengan keluhan kesehatan WUS. Metode: analisis data sekunder kuantitatif, deskriptif dan bivariat regresi logistik sederhana pada data agregat yang tersedia. Hasil menunjukkan bahwa usia kehamilan pertama lebih muda berkorelasi dengan status sosioekonomi lebih rendah dan risiko keluhan kesehatan lebih tinggi. Rerata usia kehamilan pertama nasional 21,84 tahun (naik dari 21,59 tahun pada 2020).

PRAKATA

Puji syukur peneliti panjatkan kepada Allah SWT atas terselesaikannya laporan penelitian ini. Penelitian ini disusun sebagai bagian dari upaya penguatan riset kesehatan masyarakat di Universitas IPWIJA yang relevan dengan Roadmap Penelitian Prodi D3 Kebidanan, khususnya pada bidang kesehatan ibu dan anak serta determinan sosial kesehatan.

Ucapan terima kasih disampaikan kepada LP2M Universitas IPWIJA, rekan peneliti, serta Badan Pusat Statistik atas ketersediaan data publik *Profil Statistik Kesehatan 2025*. Semoga hasil penelitian ini bermanfaat bagi pengembangan ilmu kesehatan masyarakat dan perumusan kebijakan.

Bogor, 24 Agustus 2026

Mera Marhamah, SST., M.Kes

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	1
HALAMAN PENGESAHAN	2
RINGKASAN	3
PRAKATA	4
DAFTAR ISI	5
DAFTAR TABEL	6
BAB 1. PENDAHULUAN	7
1.1. Latar Belakang	8
1.2. Rumusan Masalah	9
1.3. Tujuan Penelitian	9
1.4. Manfaat Penelitian	10
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	11
2.1. Konsep Wanita Usia Subur.....	11
2.2. Usia pada Kehamilan Pertama.....	16
2.3. State of The Art	20
2.4. Roadmap Penelitian	21
BAB 3. METODE PENELITIAN	22
3.1. Lokasi dan Waktu Penelitian	22
3.2. Jenis dan Sumber Data	22
3.3. Definisi dan Pengukuran Variabel	23
3.4. Metode Analisis Data	23
BAB 4. HASIL PENELITIAN	24
4.1. Gambaran Umum Objek Penelitian	24
4.2. Hasil Penelitian	24
4.3. Pembahasan	31
BAB 5. KESIMPULAN	39
5.1. Kesimpulan	39
5.2. Saran	39
DAFTAR PUSTAKA	40

DAFTAR TABEL

Tabel 2.2 Klasifikasi Usia Kehamilan Pertama	17
Tabel 3.6 Definisi Operasional	22
Tabel 4.2.1 Persentase Perempuan Usia 15–49 Tahun yang Memiliki Keluhan Kesehatan dalam Sebulan Terakhir Menurut Karakteristik, 2023–2025	24
Tabel 4.2.2 Rerata Usia Kehamilan Pertama Perempuan Pernah Kawin Usia 15–49 Tahun yang Pernah Hamil Menurut Karakteristik	27
Tabel 4.2.3 Hubungan Usia Kehamilan Pertama dengan Indikator Kesehatan WUS Di Indonesia Tahun 2025	29
Tabel 4.2.4 Lima Provinsi dengan Rerata Usia Kehamilan Pertama Termuda dan Tertua serta Persentase Keluhan Kesehatan WUS, 2025	31

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Wanita Usia Subur (WUS), yaitu perempuan berusia 15–49 tahun, merupakan kelompok strategis dalam pembangunan kesehatan karena kondisi kesehatan pada periode ini berkaitan erat dengan kesehatan reproduksi, kesiapan kehamilan dan persalinan, serta kesehatan generasi berikutnya. Kesehatan WUS tidak hanya dipengaruhi oleh faktor biologis, tetapi juga oleh pendidikan, kondisi sosial ekonomi, lingkungan tempat tinggal, dan akses terhadap informasi serta pelayanan kesehatan. Profil Statistik Kesehatan 2025 yang diterbitkan Badan Pusat Statistik (BPS) berdasarkan data Susenas Maret 2025 secara khusus menyajikan kondisi kesehatan WUS menurut karakteristik wilayah, pendidikan, dan status ekonomi, sehingga memberikan gambaran mengenai variasi kesehatan perempuan berdasarkan kondisi sosial demografinya. (BPS RI, 2025)

Salah satu karakteristik reproduksi yang penting diperhatikan adalah usia saat kehamilan pertama. Kehamilan pada usia terlalu muda tidak hanya berkaitan dengan risiko kesehatan maternal dan neonatal, tetapi juga dapat memengaruhi keberlanjutan pendidikan dan kondisi sosial ekonomi perempuan. Penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa pengalaman reproduksi pada usia muda memiliki konsekuensi jangka panjang terhadap kehidupan perempuan. Studi Situmorang dan Sahadewo (2025) menemukan bahwa kehamilan pada usia remaja berkaitan dengan penurunan lama pendidikan, kemungkinan menyelesaikan pendidikan menengah, serta pengeluaran rumah tangga per kapita. Temuan tersebut menunjukkan bahwa usia reproduksi pada awal kehidupan dewasa dapat berkaitan dengan kondisi sosial ekonomi perempuan dalam jangka panjang.

Data BPS 2025 menunjukkan bahwa rerata usia saat kehamilan pertama perempuan pernah kawin usia 15–49 tahun adalah 21,84 tahun, meningkat dibandingkan 21,59 tahun pada 2020. Meskipun terjadi peningkatan, masih terdapat perempuan yang mengalami kehamilan pertama pada usia muda. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa kehamilan pada usia remaja masih menjadi persoalan yang relevan dalam kesehatan reproduksi perempuan. Hubungan antara usia reproduksi muda dan kondisi sosial juga terlihat dalam penelitian Mafticha et al (2025) yang menunjukkan bahwa pernikahan dini, usia melahirkan, dan status

ekonomi keluarga berhubungan secara signifikan dengan kejadian kehamilan tidak diinginkan pada kelahiran pertama di Indonesia.

Perbedaan usia saat kehamilan pertama berdasarkan kondisi sosial ekonomi juga penting diperhatikan. Data BPS menunjukkan bahwa rerata usia kehamilan pertama cenderung meningkat seiring dengan tingkat pendidikan dan status ekonomi rumah tangga. Pola tersebut menunjukkan bahwa pendidikan dan kondisi ekonomi dapat memengaruhi kesempatan perempuan dalam menentukan waktu kehamilan, memperoleh informasi kesehatan, serta mengakses pelayanan kesehatan. Temuan Mafticha et al (2025). semakin memperkuat hubungan tersebut dengan menunjukkan bahwa status ekonomi keluarga berhubungan dengan kejadian kehamilan tidak diinginkan, sementara pernikahan pada usia muda meningkatkan risiko terjadinya kehamilan tidak diinginkan.

Hubungan antara status sosioekonomi dan kesehatan WUS juga perlu dipahami secara lebih komprehensif. Kondisi ekonomi dapat memengaruhi kemampuan perempuan dalam memenuhi kebutuhan dasar, memperoleh makanan bergizi, mengakses informasi, serta memanfaatkan pelayanan kesehatan. Pada saat yang sama, pendidikan dapat meningkatkan pengetahuan dan kemampuan perempuan dalam mengambil keputusan terkait kesehatan dan reproduksinya. Oleh karena itu, perbedaan kondisi kesehatan antarkelompok sosial ekonomi tidak semata-mata mencerminkan faktor biologis, tetapi juga dapat menunjukkan adanya ketimpangan kesempatan dan akses terhadap sumber daya kesehatan. Hal ini sejalan dengan pendekatan BPS dalam *Profil Statistik Kesehatan 2025* yang menyajikan indikator kesehatan menurut tingkat pendidikan, status ekonomi, dan wilayah tempat tinggal (BPS. RI, 2025).

Namun, hubungan antara status ekonomi dan indikator kesehatan tidak selalu bersifat sederhana. Kelompok dengan kondisi sosial ekonomi lebih baik dapat memiliki akses pemeriksaan dan pelayanan kesehatan yang lebih tinggi sehingga lebih mampu mengenali dan melaporkan keluhan kesehatan. Sebaliknya, kelompok dengan keterbatasan ekonomi dapat mengalami hambatan dalam mengakses pelayanan sehingga masalah kesehatan yang dialami tidak selalu terdeteksi atau tercatat. Sejumlah penelitian sebelumnya telah mengkaji hubungan karakteristik reproduksi dan sosial ekonomi dengan berbagai outcome kesehatan perempuan. Namun, sebagian besar penelitian lebih berfokus pada outcome tertentu, seperti kehamilan tidak diinginkan, pemanfaatan pelayanan kesehatan, atau konsekuensi sosial ekonomi dari kehamilan usia muda. Penelitian Mafticha et al. (2025), misalnya, berfokus

pada hubungan pernikahan dini, usia melahirkan, dan status ekonomi dengan kehamilan tidak diinginkan, sedangkan penelitian Situmorang dan Sahadewo (2025) menitikberatkan pada konsekuensi jangka panjang kehamilan remaja terhadap pendidikan dan kondisi ekonomi perempuan.

Dengan demikian, masih diperlukan analisis yang secara lebih spesifik menghubungkan usia saat kehamilan pertama dan status sosioekonomi dengan kondisi kesehatan WUS pada tingkat nasional. Pemanfaatan data Susenas Maret 2025 memberikan peluang untuk melakukan analisis tersebut karena data ini merupakan sumber utama *Profil Statistik Kesehatan 2025* dan menyediakan informasi kesehatan penduduk yang dapat dianalisis berdasarkan karakteristik sosial ekonomi dan demografis. Berdasarkan uraian tersebut, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan usia saat kehamilan pertama dan status sosioekonomi dengan kesehatan WUS di Indonesia menggunakan data Susenas Maret 2025. Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan gambaran mengenai kesenjangan kesehatan WUS berdasarkan karakteristik reproduksi dan sosial ekonomi serta menjadi dasar bagi pengembangan kebijakan dan intervensi kesehatan reproduksi yang lebih tepat sasaran.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, maka dapat dikemukakan rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimanakah hubungan usia kehamilan pertama dan status sosioekonomi dengan kesehatan Wanita Usia Subur di Indonesia tahun 2025?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis hubungan usia kehamilan pertama dan status sosioekonomi dengan kesehatan Wanita Usia Subur di Indonesia tahun 2025.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan karakteristik usia kehamilan pertama, status sosioekonomi, dan status kesehatan WUS.
- b. Menganalisis hubungan usia kehamilan pertama dengan keluhan kesehatan WUS.
- c. Menganalisis hubungan status sosioekonomi dengan keluhan kesehatan WUS.
- d. Memberikan rekomendasi berbasis bukti untuk kebijakan kesehatan reproduksi

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Teoritis

Hasil penelitian ini dapat memperkaya literatur determinan sosial kesehatan reproduksi.

1.4.2 Praktis

Hasil penelitian ini dapat menjadi masukan bagi Kementerian Kesehatan, BKKBN, dan pemerintah daerah dalam program pencegahan kehamilan usia remaja dan peningkatan akses layanan WUS. Institusional: mendukung roadmap penelitian Universitas IPWIJA di bidang kesehatan masyarakat berbasis data sekunder berkualitas.

1.5 Luaran Penelitian

Hasil penelitian ini nantinya akan dipublikasikan dalam jurnal nasional, selain itu akan diberikan kepada LPPM dan dipresentasikan sebagai pertanggungjawaban peneliti.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Wanita Usia Subur

Wanita usia subur (WUS) adalah perempuan yang berada pada rentang usia 15–49 tahun. Rentang usia ini digunakan secara luas dalam statistik kesehatan dan indikator kesehatan reproduksi internasional. WHO mendefinisikan populasi perempuan usia reproduktif sebagai perempuan berusia 15–49 tahun. Masa usia subur merupakan periode penting dalam siklus kehidupan perempuan karena pada fase ini perempuan mengalami berbagai perubahan biologis, psikologis, sosial, dan reproduktif. Perempuan pada kelompok usia tersebut dapat mengalami menstruasi, kehamilan, persalinan, masa nifas, penggunaan kontrasepsi, maupun permasalahan fertilitas. Oleh karena itu, kesehatan WUS tidak hanya berkaitan dengan kemampuan reproduksi, tetapi mencakup kesehatan fisik, mental, seksual, sosial, serta kemampuan perempuan untuk memperoleh dan menggunakan pelayanan kesehatan secara tepat.

WHO menegaskan bahwa kesehatan perempuan perlu dipandang secara menyeluruh sepanjang daur kehidupan. Kesehatan seksual dan reproduksi memang merupakan bagian penting, tetapi kesehatan perempuan juga mencakup kesehatan fisik dan mental serta dipengaruhi oleh faktor biologis, gender, hubungan kekuasaan, ketidaksetaraan sosial, dan karakteristik sistem kesehatan. Dengan demikian, WUS dapat dipahami sebagai kelompok perempuan berusia 15–49 tahun yang memiliki kebutuhan kesehatan yang khas dan memerlukan pelayanan promotif, preventif, kuratif, serta rehabilitatif yang sesuai dengan tahap kehidupannya.

A. Karakteristik Kesehatan Wanita Usia Subur

Kesehatan WUS memiliki karakteristik yang berbeda dibandingkan kelompok usia lainnya karena berkaitan erat dengan fungsi reproduksi. Beberapa aspek utama kesehatan WUS meliputi:

1. Seksual dan reproduksi

Kesehatan seksual dan reproduksi mencakup kemampuan perempuan untuk menjalani kehidupan seksual yang aman, memperoleh informasi yang benar, mencegah infeksi

menular seksual, merencanakan kehamilan, serta memperoleh pelayanan reproduksi yang bermutu.

2. Menstruasi

Menstruasi merupakan salah satu indikator penting kesehatan reproduksi. Gangguan menstruasi seperti menstruasi tidak teratur, menoragia, dismenore, amenore, maupun perdarahan abnormal dapat berhubungan dengan kondisi hormonal, gizi, stres, penyakit tertentu, maupun gangguan sistem reproduksi.

3. Masa Prakonsepsi

Kesehatan pada masa prakonsepsi menjadi bagian penting dalam kesehatan WUS karena kondisi kesehatan sebelum kehamilan dapat memengaruhi proses kehamilan dan kesehatan ibu serta bayi. Persiapan kehamilan antara lain mencakup status gizi, pencegahan anemia, pemeriksaan kesehatan, imunisasi, pengendalian penyakit kronis, kesehatan mental, serta perencanaan kehamilan.

4. Perencanaan Kehamilan Dan Kontrasepsi

Akses terhadap informasi dan pelayanan keluarga berencana memungkinkan perempuan dan pasangan menentukan jumlah serta jarak kehamilan. WHO menyatakan bahwa pemenuhan kebutuhan kontrasepsi membantu mencegah kehamilan yang tidak diinginkan dan kehamilan dengan jarak terlalu dekat yang dapat meningkatkan risiko luaran obstetri yang kurang baik.

5. Penyakit tidak menular

WUS juga menghadapi risiko penyakit tidak menular seperti obesitas, hipertensi, diabetes melitus, dan penyakit kardiovaskular. Pola makan, aktivitas fisik, merokok, konsumsi alkohol, stres, dan faktor metabolik dapat memengaruhi kesehatan perempuan.

6. Kesehatan mental

Kesehatan mental merupakan bagian integral dari kesehatan WUS. Stres, kecemasan, depresi, tekanan sosial, masalah ekonomi, konflik keluarga, maupun kekerasan dapat memengaruhi kesehatan dan perilaku pencarian pelayanan kesehatan.

B. Faktor yang Memengaruhi Kesehatan Wanita Usia Subur

Kesehatan WUS merupakan hasil interaksi berbagai faktor. WHO mengelompokkan determinan kesehatan ke dalam lingkungan sosial dan ekonomi, lingkungan fisik, serta karakteristik dan perilaku individu. Faktor seperti pendapatan, pendidikan, lingkungan tempat tinggal, pekerjaan, dukungan sosial, budaya, genetika, dan perilaku dapat memengaruhi status kesehatan seseorang. Berdasarkan kerangka tersebut, faktor yang memengaruhi kesehatan WUS dapat dijelaskan sebagai berikut.

1. Faktor biologis

Faktor biologis merupakan karakteristik yang melekat pada individu dan dapat memengaruhi kondisi kesehatan. Faktor tersebut antara lain: usia, status hormonal, kondisi organ reproduksi, status gizi, riwayat penyakit, faktor genetik, riwayat kehamilan dan persalinan, paritas, status menstruasi dan kondisi fisiologis atau patologis tertentu. Salah satu faktor utama dan penting yang memengaruhi kebutuhan kesehatan perempuan adalah usia. Kebutuhan kesehatan perempuan berubah sepanjang kehidupan. Perempuan pada usia remaja akhir memiliki kebutuhan yang berbeda dengan perempuan usia 30–40 tahun, terutama dalam aspek reproduksi, kehamilan, kontrasepsi, dan penyakit tidak menular.

2. Faktor status gizi

Status gizi memiliki hubungan erat dengan kesehatan reproduksi perempuan. Kekurangan maupun kelebihan gizi dapat memengaruhi fungsi reproduksi dan meningkatkan risiko berbagai masalah kesehatan. Masalah gizi yang penting pada WUS antara lain: anemia, kekurangan energi kronis, kekurangan mikronutrien, overweight, obesitas; dan pola makan tidak seimbang. Anemia defisiensi besi merupakan salah satu masalah penting pada perempuan usia reproduktif. WHO memasukkan anemia pada perempuan usia reproduktif sebagai salah satu indikator penting kesehatan maternal dan reproduksi. Status gizi yang baik menjadi dasar penting untuk mempersiapkan kehamilan yang sehat. Oleh karena itu, pemantauan status gizi WUS tidak hanya penting bagi kesehatan perempuan saat ini, tetapi juga merupakan bagian dari upaya meningkatkan kesehatan ibu dan anak pada masa mendatang.

3. Faktor perilaku

Perilaku individu merupakan salah satu determinan langsung kesehatan. Perilaku yang dapat memengaruhi kesehatan WUS antara lain: pola makan, aktivitas fisik, kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, perilaku seksual, penggunaan kontrasepsi, kebersihan diri,

perilaku mencari pelayanan kesehatan, kepatuhan terhadap pengobatan, pemeriksaan kesehatan secara berkala dan pemanfaatan informasi kesehatan. Perilaku hidup yang tidak sehat dapat meningkatkan risiko penyakit tidak menular dan gangguan reproduksi. Sebaliknya, perilaku preventif seperti konsumsi makanan bergizi, aktivitas fisik, pemeriksaan kesehatan, penggunaan kontrasepsi yang tepat, dan pemanfaatan pelayanan kesehatan dapat meningkatkan kesehatan WUS.

4. Faktor pendidikan dan pengetahuan

Pendidikan berpengaruh terhadap kemampuan perempuan dalam memahami informasi kesehatan, mengambil keputusan, serta menggunakan pelayanan kesehatan. Perempuan dengan tingkat pendidikan dan literasi kesehatan yang lebih baik cenderung memiliki kemampuan lebih besar untuk: mengenali tanda dan gejala penyakit; memahami informasi kesehatan reproduksi; memilih metode kontrasepsi; mempersiapkan kehamilan; melakukan pencegahan penyakit; mencari pertolongan ketika mengalami masalah kesehatan; dan mengambil keputusan kesehatan secara mandiri.

WHO menyebutkan bahwa tingkat pendidikan merupakan salah satu determinan sosial kesehatan dan pendidikan yang rendah berkaitan dengan kondisi kesehatan yang lebih buruk serta tingkat stres yang lebih tinggi.

5. Faktor sosial ekonomi

Kondisi sosial ekonomi berpengaruh terhadap kemampuan WUS dalam memenuhi kebutuhan kesehatan. Faktor tersebut meliputi: pendapatan keluarga; pekerjaan; status ekonomi; kepemilikan jaminan kesehatan; kondisi tempat tinggal; kemampuan memenuhi kebutuhan pangan; akses terhadap transportasi; dan kemampuan membayar biaya pelayanan kesehatan. WHO menempatkan pendapatan dan status sosial sebagai determinan penting kesehatan. Ketimpangan sosial ekonomi dapat menghasilkan perbedaan dalam akses terhadap pendidikan, perumahan yang layak, perlindungan sosial, pekerjaan, dan pelayanan kesehatan. Dalam konteks WUS, kondisi ekonomi dapat menentukan kemampuan perempuan memperoleh makanan bergizi, pemeriksaan kesehatan, kontrasepsi, pemeriksaan laboratorium, maupun pelayanan kesehatan reproduksi.

6. Faktor lingkungan

Lingkungan fisik tempat tinggal dan tempat kerja dapat memengaruhi kesehatan WUS. Lingkungan yang tidak sehat dapat meningkatkan paparan terhadap: pencemaran udara; air yang tidak aman; sanitasi buruk; bahan kimia; lingkungan kerja berisiko; kepadatan hunian; dan kondisi tempat tinggal yang tidak layak. WHO memasukkan kualitas air, udara, tempat tinggal, tempat kerja, serta keamanan lingkungan sebagai bagian dari determinan kesehatan

7. Faktor Keluarga Dan Dukungan Sosial

Keluarga memiliki peran penting dalam menentukan kesehatan WUS, terutama dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan reproduksi. Dukungan pasangan dan keluarga dapat memengaruhi: keputusan menggunakan kontrasepsi; perencanaan kehamilan; pemeriksaan kesehatan; pemanfaatan pelayanan kesehatan; kepatuhan terhadap pengobatan; pemenuhan kebutuhan gizi; dan dukungan psikologis. WHO menyatakan bahwa jaringan dukungan sosial dari keluarga, teman, dan masyarakat berkaitan dengan kondisi kesehatan yang lebih baik. Sebaliknya, kurangnya dukungan keluarga, konflik rumah tangga, atau relasi yang tidak setara dapat menjadi hambatan dalam pemenuhan kebutuhan kesehatan perempuan.

8. Faktor Budaya Dan Gender

Kesehatan WUS juga dipengaruhi oleh norma sosial, nilai budaya, dan relasi gender. Dalam beberapa kondisi, keputusan perempuan mengenai kesehatan reproduksi tidak sepenuhnya berada di tangan perempuan sendiri. WHO menekankan bahwa norma gender, relasi kekuasaan, dan ketidaksetaraan struktural dapat memengaruhi paparan perempuan terhadap risiko kesehatan, akses terhadap pelayanan, serta kemampuan memperoleh pelayanan yang responsif terhadap kebutuhan mereka. Aspek tersebut dapat terlihat dalam keputusan mengenai: kapan menikah; kapan dan berapa kali hamil; penggunaan kontrasepsi; akses terhadap pelayanan kesehatan; keputusan pemeriksaan kesehatan; aktivitas seksual yang aman; dan pengelolaan keuangan untuk kebutuhan kesehatan.

Oleh karena itu, otonomi perempuan dalam pengambilan keputusan kesehatan reproduksi merupakan komponen penting dalam kesehatan WUS. WHO menggunakan kemampuan perempuan untuk mengambil keputusan mengenai hubungan seksual, kontrasepsi, dan pelayanan kesehatan sebagai salah satu indikator pemberdayaan perempuan.

9. Faktor Akses Dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Ketersediaan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan sangat menentukan kemampuan WUS memperoleh pelayanan yang dibutuhkan. Akses pelayanan dipengaruhi oleh: jarak fasilitas kesehatan; biaya; ketersediaan tenaga kesehatan; jam pelayanan; kualitas pelayanan; ketersediaan obat dan alat kesehatan; kepemilikan jaminan kesehatan; informasi mengenai pelayanan; dan penerimaan sosial serta budaya terhadap pelayanan. Penelitian mengenai pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal di Indonesia menunjukkan bahwa usia, usia saat melahirkan pertama, paritas, pendidikan, pekerjaan, pendapatan rumah tangga, penggunaan media massa, tempat tinggal, serta jarak ke fasilitas kesehatan merupakan faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal.

10. Faktor Teknologi Informasi Dan Media Digital

Perkembangan teknologi digital juga menjadi faktor yang semakin penting dalam kesehatan WUS. Internet dan media sosial memungkinkan perempuan memperoleh informasi mengenai: kesehatan reproduksi; menstruasi; kontrasepsi; kehamilan; gizi; penyakit; pelayanan kesehatan; dan pengalaman pengguna pelayanan kesehatan. Namun, media digital memiliki dua sisi. Informasi yang kredibel dapat meningkatkan pengetahuan dan pemberdayaan perempuan, sedangkan informasi yang tidak akurat dapat menimbulkan miskonsepsi dan memengaruhi pengambilan keputusan kesehatan secara negatif.

2.2 Usia pada Kehamilan Pertama

1. Pengertian Usia pada Kehamilan Pertama

Usia pada kehamilan pertama merupakan usia perempuan ketika pertama kali mengalami kehamilan. Variabel ini merupakan salah satu karakteristik reproduksi yang penting karena berkaitan dengan kesiapan biologis, psikologis, sosial, dan ekonomi perempuan dalam menjalani kehamilan. Usia saat kehamilan pertama juga berhubungan dengan pola fertilitas, pemanfaatan pelayanan kesehatan, serta risiko komplikasi maternal dan neonatal. Dalam perspektif kesehatan reproduksi, usia pada kehamilan pertama perlu diperhatikan karena risiko kehamilan tidak bersifat sama pada seluruh kelompok usia.

Kehamilan pada usia remaja memiliki karakteristik risiko yang berbeda dengan kehamilan pada usia dewasa, demikian pula kehamilan pada usia yang lebih lanjut. WHO menyatakan bahwa perempuan berusia 10–19 tahun yang mengalami kehamilan memiliki

risiko lebih tinggi mengalami eklampsia, endometritis puerperalis, dan infeksi sistemik dibandingkan perempuan usia 20–24 tahun. Bayi yang dilahirkan oleh ibu berusia kurang dari 20 tahun juga memiliki risiko lebih tinggi mengalami berat badan lahir rendah, prematuritas, dan kondisi neonatal berat.

Sebaliknya, kehamilan pada usia yang lebih lanjut juga berhubungan dengan peningkatan risiko berbagai komplikasi. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) menggunakan usia 35 tahun atau lebih pada saat persalinan sebagai salah satu batas yang secara historis digunakan untuk mendefinisikan advanced maternal age. Namun, ACOG menekankan bahwa risiko tidak meningkat secara tiba-tiba pada usia 35 tahun, melainkan cenderung meningkat secara bertahap seiring bertambahnya usia dan menjadi lebih nyata pada usia 40 tahun atau lebih.

Dengan demikian, usia pada kehamilan pertama dapat dipahami sebagai faktor demografis dan reproduktif yang berhubungan dengan kondisi kesehatan perempuan selama kehamilan serta kesehatan janin dan bayi.

2. Klasifikasi Usia pada Kehamilan Pertama

Berikut ini merupakan klasifikasi karakteristik kehamilan pertama berdasarkan kelompok usia

Kelompok Usia	Kategori	Karakteristik Umum
<20 tahun	Kehamilan usia muda/remaja	Risiko kehamilan dan persalinan lebih tinggi karena kematangan biologis dan kondisi sosial belum optimal
20–34 tahun	Usia reproduksi relatif optimal	Secara umum merupakan kelompok dengan risiko obstetri lebih rendah dibandingkan usia sangat muda dan usia lanjut
≥35 tahun	Kehamilan usia lebih lanjut	Risiko komplikasi maternal dan perinatal meningkat dan cenderung semakin besar dengan bertambahnya usia

Tabel 2.2. Klasifikasi Usia Kehamilan Pertama

Klasifikasi tersebut perlu digunakan secara hati-hati karena batas usia merupakan kategori epidemiologis, bukan batas biologis yang menyebabkan perubahan risiko secara mendadak. ACOG menegaskan bahwa risiko yang berhubungan dengan usia berlangsung secara kontinu dan meningkat secara progresif, khususnya setelah usia 40 tahun. Dalam

konteks Indonesia, Kementerian Kesehatan juga menggunakan konsep “4 terlalu”, salah satunya adalah *terlalu muda*, yaitu melahirkan pada usia kurang dari 20 tahun, dan *terlalu tua*, yaitu melahirkan pada usia lebih dari 35 tahun. Kemenkes menjelaskan bahwa kehamilan pada usia kurang dari 20 tahun maupun lebih dari 35 tahun merupakan faktor yang perlu mendapat perhatian dalam penilaian risiko kehamilan.

a. Kehamilan Pertama pada Usia Kurang dari 20 Tahun

Kehamilan pertama pada usia kurang dari 20 tahun umumnya dikategorikan sebagai kehamilan usia muda atau kehamilan remaja. Pada kelompok ini, perempuan masih berada dalam tahap perkembangan biologis dan psikososial. Kehamilan yang terjadi terlalu dini dapat meningkatkan kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan maternal dan reproduksi. WHO melaporkan bahwa ibu berusia 10–19 tahun memiliki risiko lebih tinggi mengalami beberapa komplikasi dibandingkan perempuan usia 20–24 tahun, termasuk eklampsia, endometritis puerperalis, dan infeksi sistemik. Dari sisi bayi, kehamilan pada usia remaja berkaitan dengan peningkatan risiko bayi lahir prematur, berat badan lahir rendah, dan kondisi neonatal berat.

Secara biologis, kehamilan pada usia sangat muda dapat berkaitan dengan belum optimalnya kematangan sistem reproduksi. Kementerian Kesehatan menyebutkan bahwa penyulit kehamilan pada remaja lebih tinggi dibandingkan kehamilan pada usia 20–30 tahun dan mengaitkannya dengan belum matangnya organ reproduksi. Selain faktor biologis, kehamilan pada usia muda juga berkaitan dengan faktor sosial. Kehamilan yang terjadi terlalu dini dapat mengganggu pendidikan, peluang ekonomi, serta meningkatkan kerentanan terhadap stigma dan kekerasan. WHO menempatkan pencegahan kehamilan dini sebagai bagian penting dari upaya meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan remaja sepanjang daur kehidupan.

b. Kehamilan Pertama pada Usia 20–34 Tahun

Usia 20–34 tahun secara umum dipandang sebagai kelompok usia reproduksi dengan risiko obstetri yang relatif lebih rendah dibandingkan kelompok usia sangat muda dan usia lanjut. Pada rentang ini, kematangan organ reproduksi telah tercapai dan perempuan umumnya memiliki kesiapan fisik yang lebih baik untuk menjalani kehamilan. Namun, usia 20–34 tahun tidak berarti kehamilan selalu bebas risiko. Kondisi kesehatan sebelum kehamilan, status gizi, penyakit kronis, paritas, jarak kehamilan, kualitas antenatal care,

kondisi sosial ekonomi, serta faktor obstetri lainnya tetap dapat memengaruhi luaran kehamilan. Oleh karena itu, usia sebaiknya tidak digunakan sebagai satu-satunya prediktor kesehatan ibu, tetapi dipertimbangkan bersama faktor risiko lainnya.

c. Kehamilan Pertama pada Usia 35 Tahun atau Lebih

Kehamilan pada usia 35 tahun atau lebih merupakan kelompok yang membutuhkan perhatian lebih dalam pelayanan obstetri. ACOG menyatakan bahwa kehamilan dengan persalinan pada usia 35 tahun atau lebih berhubungan dengan peningkatan risiko luaran maternal, fetal, dan neonatal yang kurang baik. Risiko tersebut antara lain hipertensi dalam kehamilan, diabetes gestasional, distosia persalinan, persalinan sesar, kelahiran prematur, berat lahir rendah, serta kebutuhan perawatan intensif neonatal. Risiko tersebut tidak meningkat secara seragam pada semua perempuan berusia ≥ 35 tahun.

ACOG menunjukkan bahwa risiko meningkat secara bertahap berdasarkan kelompok usia, terutama pada usia 40 tahun atau lebih. Dalam analisis berbasis kelompok usia, risiko morbiditas kehamilan lebih tinggi pada kelompok 35–39 tahun, 40–44 tahun, dan 45–54 tahun dibandingkan kelompok usia 25–29 tahun. Usia yang semakin lanjut juga berkaitan dengan meningkatnya kemungkinan penyakit penyerta seperti hipertensi, diabetes, dan obesitas. Kondisi tersebut dapat meningkatkan risiko preeklampsia dan diabetes gestasional. Bahkan setelah memperhitungkan penyakit yang sudah ada sebelum kehamilan, peningkatan usia tetap berhubungan dengan beberapa komplikasi kehamilan.

3. Mekanisme Hubungan Usia dengan Kesehatan pada Kehamilan Pertama

Hubungan antara usia dan kesehatan kehamilan dapat dijelaskan melalui beberapa mekanisme.

1) Kematangan sistem reproduksi.

Pada usia yang sangat muda, perkembangan organ reproduksi dan kondisi fisiologis perempuan belum sepenuhnya optimal untuk menghadapi kehamilan dan persalinan. Kondisi tersebut dapat berkontribusi terhadap peningkatan risiko komplikasi.

2) Perubahan fisiologis akibat proses penuaan.

Pada usia yang lebih lanjut, fungsi fisiologis berbagai sistem tubuh mulai mengalami perubahan. Prevalensi hipertensi, diabetes, obesitas, dan kondisi kronis lainnya juga cenderung meningkat seiring bertambahnya usia sehingga dapat memengaruhi kehamilan.

3) Perubahan fertilitas.

Kesuburan perempuan menurun seiring bertambahnya usia karena perubahan fungsi ovarium. Pada usia yang lebih lanjut juga terdapat peningkatan risiko keguguran dan kelainan kromosom. ACOG menjelaskan bahwa risiko tersebut meningkat secara kontinu seiring bertambahnya usia, bukan semata-mata setelah melewati usia 35 tahun.

4) Faktor sosial dan psikologis.

Usia saat kehamilan pertama berkaitan dengan kesiapan pendidikan, ekonomi, hubungan pasangan, dukungan sosial, dan kemampuan mengambil keputusan terkait kesehatan. Pada kehamilan remaja, faktor sosial tersebut dapat menjadi determinan penting yang memperkuat risiko kesehatan.

4. Usia Kehamilan Pertama dan Risiko Preeklampsia

Usia merupakan salah satu faktor yang perlu diperhatikan dalam penilaian risiko preeklampsia. Kementerian Kesehatan mencantumkan kehamilan pertama, usia ibu lebih dari 35 tahun, serta kehamilan pada usia lebih dari 40 tahun atau kurang dari 20 tahun sebagai faktor risiko preeklampsia. ACOG juga menempatkan usia 35 tahun atau lebih sebagai salah satu faktor risiko moderat preeklampsia. Risiko tersebut menjadi lebih bermakna apabila disertai faktor risiko lainnya. Hal ini menunjukkan bahwa dalam penelitian mengenai kesehatan WUS, usia saat kehamilan pertama dapat menjadi variabel penting, terutama apabila outcome penelitian berkaitan dengan komplikasi kehamilan atau kesehatan maternal.

5. Usia Kehamilan Pertama dalam Perspektif Kesehatan Reproduksi di Indonesia

Usia saat kehamilan pertama juga berkaitan erat dengan usia perkawinan pertama. Badan Pusat Statistik mendefinisikan median usia kawin pertama perempuan sebagai nilai tengah usia saat pertama kali kawin pada perempuan usia 15–49 tahun yang berstatus kawin atau pernah kawin. Indikator ini digunakan untuk menggambarkan pola perkawinan dan reproduksi perempuan. Di Indonesia, Undang-Undang Nomor 16 Tahun 2019 menetapkan batas minimal usia perkawinan bagi laki-laki dan perempuan sebesar 19 tahun. Dalam pertimbangan regulasi tersebut dinyatakan bahwa peningkatan batas usia perkawinan dimaksudkan antara lain untuk meningkatkan kematangan fisik dan psikologis serta mendukung terwujudnya keturunan yang sehat dan berkualitas.

Data BPS juga menunjukkan bahwa usia perkawinan pertama masih bervariasi antar wilayah dan kelompok penduduk. Oleh sebab itu, usia perkawinan pertama dan usia

kehamilan pertama merupakan aspek penting dalam memahami pola kesehatan reproduksi perempuan di Indonesia.

2.3 *State of the Art*

Berbagai penelitian baik di Indonesia maupun negara lain menunjukkan tingkat pendidikan pada perempuan berhubungan erat dengan kejadian kehamilan usia dini (Yanti at al (2019); Purborini dan Novella (2023); WHO (2024); Kumari at al (2025)). Menurut Mirna (2019) kehamilan usia dini kerap menjadi penyebab terputusnya pendidikan remaja. Rendahnya tingkat pendidikan meningkatkan risiko terjadinya kehamilan pada usia remaja, karena keterbatasan pendidikan berkaitan dengan rendahnya kemampuan individu dalam menerima, memahami, dan mengolah informasi kesehatan reproduksi, sehingga remaja dengan pendidikan yang lebih rendah (Wulandari, Hermawati, 2026).

Terdapat pola yang konsisten pada tingkat global maupun regional, di mana angka kehamilan remaja menurun secara progresif seiring meningkatnya capaian pendidikan, dan remaja perempuan yang menikah dini terbukti sebelas kali lebih mungkin memiliki tingkat pendidikan yang rendah dibandingkan yang tidak menikah dini (Nabila at al (2025)). Data profil statistik Indonesia 2025 menunjukkan perbaikan gradual namun disparitas tetap ada.

2.4 *Roadmap Penelitian*

Penelitian ini sejalan dengan bidang prioritas pada *roadmap* penelitian D3 Kebidanan Universitas IPWIJA. Selain itu penelitian ini dapat memberikan masukan yang strategis terkait pelayanan kesehatan reproduksi.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Lokasi dan Waktu Penelitian

Analisis data nasional dilaksanakan pada bulan Mei-Juli 2026.

3.2 Jenis dan Sumber Data

Penelitian ini menggunakan data sekunder Profil Statistik Kesehatan 2025 (Badan Pusat Statistik) yang bersumber dari Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Maret tahun 2025 dengan jumlah sampel 345.000 rumah tangga tersebar di 38 provinsi dan 514 kabupaten/kota.

3.3 Definisi dan Pengukuran Variabel

Variabel	Definisi Operasional	Hasil Ukur	Skala Ukur
Kesehatan WUS (dependen)	%tase perempuan usia 15–49 tahun yang mempunyai keluhan kesehatan dalam sebulan terakhir.	1. Ya 2. Tidak	Ordinal
Usia kehamilan pertama	Rerata usia (tahun) perempuan pernah kawin usia 15–49 tahun saat kehamilan pertama, dirinci menurut karakteristik.	1. 15-19 tahun 2. 20-24 tahun 3. 25-29 tahun 4. 30-34 tahun 5. 35-39 tahun 6. 40-44 tahun 7. 45-49 tahun	Ordinal
Status sosioekonomi	Kondisi sosial ekonomi yang dinilai dari: 1. Pendidikan tertinggi yang ditamatkan 2. Kuintil pengeluaran rumah tangga per kapita 3. Klasifikasi desa/kota.	Pendidikan 1. Tidaksekolah/ tidak tamat SD 2. SD/ sederajat 3. SMP/ sederajat 4. SMA/ sederajat Kuintil Pengeluaran 1. Kuintil 1 (termiskin) 2. Kuintil 2 3. Kuintil 3 4. Kuintil 4	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Hasil Ukur	Skala Ukur
		5. Kuintil 5 (Terkaya) Klasifikasi wilayah 1. Desa 2. Kota	
Kelompok usia (kontrol)	Kelompok usia perempuan saat pencacahan (7 kelompok, interval 5 tahun, 15–49 tahun).	1. 15-19 tahun 2. 20-24 tahun 3. 25-29 tahun 4. 30-34 tahun 5. 35-39 tahun 6. 40-44 tahun 7. 45-49 tahun	. Ordinal
Wilayah (kontrol)	Provinsi tempat tinggal (38 provinsi).		Ordinal

Tabel 3.6 Definisi Operasional

3.7 Metode Analisis Data

Analisis data pada penelitian ini menggunakan analisis data univariat untuk mencari distribusi frekuensi masing-masing variabel dan analisis bivariat menggunakan menggunakan uji *Uji statistik Chi Square* pada data silang yang tersedia dan interpretasi tren. Diagram alir (fishbone/diagram alir) digunakan untuk menggambarkan proses. Analisis dilakukan dengan perangkat lunak statistik.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1 Gambaran Umum Objek Penelitian

Populasi pada penelitian ini adalah wanita usia subur (15-49 tahun) berdasarkan profil statistik kesehatan 2025 yang bersumber dari data Susenas 2025. Data disajikan sesuai karakteristiknya

4.2 Hasil Penelitian

4.2.1 Gambaran Umum Keluhan Kesehatan WUS Tahun 2023–2025

Secara nasional, %tase perempuan berusia 15–49 tahun yang mengalami keluhan kesehatan dalam satu bulan terakhir menunjukkan kecenderungan meningkat selama periode 2023–2025. %tasenya naik dari 22,10 % pada 2023 menjadi 22,77 % pada 2024, kemudian mencapai 23,96 % pada 2025. Rincian kondisi tersebut berdasarkan karakteristik sosial ekonomi dan demografis disajikan pada Tabel 4.1.

Tabel 4.2.1 Persentase Perempuan Usia 15–49 Tahun yang Memiliki Keluhan Kesehatan dalam Sebulan Terakhir Menurut Karakteristik, 2023–2025

Karakteristik	2023	2024	2025
Klasifikasi Desa			
Perkotaan	21,43	22,42	23,25
Perdesaan	23,08	23,29	25,05
Kelompok Usia			
15–19 Tahun	18,56	19,13	20,93
20–24 Tahun	17,75	19,65	20,70
25–29 Tahun	20,13	20,33	21,72
30–34 Tahun	21,07	21,44	22,34
35–39 Tahun	23,21	23,48	24,29
40–44 Tahun	25,18	26,06	26,87
45–49 Tahun	29,76	30,18	31,61

Karakteristik	2023	2024	2025
Pendidikan Tertinggi			
Tidak/Belum Sekolah & Tdk Tamat SD	26,37	27,35	28,14
SD/Sederajat	25,68	26,29	27,85
SMP/Sederajat	21,69	22,74	24,08
SMA/Sederajat	20,75	21,02	22,70
Perguruan Tinggi	18,95	20,37	20,44
Status Ekonomi (Kuintil Pengeluaran)			
Kuintil 1 (Termiskin)	19,44	21,34	22,74
Kuintil 2	22,31	22,45	24,39
Kuintil 3	22,87	22,65	24,36
Kuintil 4	23,20	23,42	24,24
Kuintil 5 (Terkaya)	22,41	23,77	23,95
Indonesia	22,10	22,77	23,96

Sumber: Badan Pusat Statistik (BPS), Profil Statistik Kesehatan 2025, Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Maret 2023–2025.

Berdasarkan klasifikasi wilayah tempat tinggal, perempuan di perdesaan secara konsisten memiliki %tase keluhan kesehatan yang lebih tinggi dibandingkan perempuan di perkotaan. Pada 2025, %tase keluhan kesehatan di perdesaan mencapai 25,05 %, sedangkan di perkotaan sebesar 23,25 %. Temuan ini menunjukkan adanya perbedaan kondisi kesehatan menurut karakteristik wilayah tempat tinggal. Dilihat dari kelompok usia, %tase perempuan yang mengalami keluhan kesehatan cenderung meningkat seiring bertambahnya usia. Pada 2025, %tasanya berada pada 20,93 % pada kelompok usia 15–19 tahun dan meningkat hingga 31,61 % pada kelompok usia 45–49 tahun. Pola tersebut menunjukkan bahwa usia merupakan salah satu karakteristik yang perlu diperhatikan dalam menganalisis kondisi kesehatan perempuan usia subur.

Perbedaan yang cukup jelas juga terlihat berdasarkan tingkat pendidikan. %tase keluhan kesehatan cenderung menurun seiring meningkatnya jenjang pendidikan, yaitu dari

28,14 % pada perempuan yang tidak atau belum pernah sekolah hingga 20,44 % pada perempuan yang berpendidikan perguruan tinggi. Dengan demikian, terdapat selisih sebesar 7,70 poin %tase antara kedua kelompok tersebut. Berbeda dengan pendidikan, pola berdasarkan kuintil pengeluaran tidak menunjukkan kecenderungan yang sama. %tase keluhan kesehatan meningkat dari 22,74 % pada kuintil 1 hingga sekitar 24,3 % pada kuintil 3 dan 4, kemudian sedikit menurun menjadi 23,95 % pada kuintil 5. Pola tersebut menunjukkan bahwa hubungan antara kondisi ekonomi dan keluhan kesehatan tidak berlangsung secara linear.

Gambaran yang relatif serupa terlihat pada indikator keluhan kesehatan yang sampai mengganggu aktivitas sehari-hari. Pada indikator ini, %tase perempuan yang mengalami gangguan aktivitas juga lebih tinggi di perdesaan dibandingkan perkotaan. Pada 2025, %tasenya mencapai 10,15 % di perdesaan, sementara di perkotaan sebesar 8,77 %. Menurut kelompok usia, keluhan kesehatan yang mengganggu aktivitas sehari-hari juga cenderung meningkat pada kelompok usia yang lebih tua. Pada 2025, %tasenya sebesar 9,32 % pada kelompok usia 15–19 tahun dan meningkat menjadi 12,71 % pada kelompok usia 45–49 tahun.

Pola berdasarkan pendidikan kembali menunjukkan kecenderungan yang konsisten. %tase perempuan yang mengalami keluhan kesehatan hingga mengganggu aktivitas menurun dari 11,65 % pada kelompok yang tidak atau belum pernah sekolah menjadi 7,09 % pada kelompok berpendidikan perguruan tinggi. Sementara itu, pola berdasarkan kuintil pengeluaran kembali menunjukkan variasi yang tidak sepenuhnya linear, dengan peningkatan dari kuintil 1 hingga kuintil 4 dan sedikit penurunan pada kuintil 5.

Secara keseluruhan, kedua indikator kesehatan tersebut memperlihatkan pola yang cukup konsisten menurut pendidikan dan kelompok usia. Pendidikan yang lebih tinggi berkaitan dengan %tase keluhan kesehatan yang lebih rendah, sedangkan pertambahan usia berkaitan dengan peningkatan %tase keluhan kesehatan. Temuan ini menjadi penting dalam pembahasan selanjutnya karena karakteristik tersebut dapat memengaruhi hubungan antara usia kehamilan pertama dan kondisi kesehatan perempuan usia subur.

4.2.2 Usia Kehamilan Pertama Menurut Karakteristik Sosioekonomi

Rerata usia kehamilan pertama perempuan pernah kawin usia 15–49 tahun secara nasional pada 2025 adalah 21,84 tahun, meningkat tipis dari 21,69 tahun (2024) dan 21,61 tahun (2023). Rincian menurut karakteristik disajikan pada Tabel 4.3.

**Tabel 4.2.2 Rerata Usia Kehamilan Pertama Perempuan Pernah Kawin
Usia 15–49 Tahun yang Pernah Hamil Menurut Karakteristik**

Karakteristik	2023	2024	2025
Klasifikasi Desa			
Perkotaan	22,15	22,21	22,34
Perdesaan	20,89	20,99	21,15
Kelompok Usia (saat ini)			
15–19 Tahun	16,92	16,83	16,81
20–24 Tahun	19,36	19,49	19,66
25–29 Tahun	21,16	21,17	21,36
30–34 Tahun	21,87	21,89	22,06
35–39 Tahun	22,01	22,09	22,18
40–44 Tahun	21,83	21,93	22,07
45–49 Tahun	21,85	21,93	22,00
Pendidikan Tertinggi			
Tidak/Belum Sekolah & Tdk Tamat SD	20,24	20,23	20,17
SD/Sederajat	20,20	20,23	20,30
SMP/Sederajat	20,74	20,70	20,78
SMA/Sederajat	22,39	22,55	22,64
Perguruan Tinggi	24,82	25,00	25,28
Status Ekonomi (Kuintil Pengeluaran)			
Kuintil 1 (Termiskin)	20,86	21,04	21,09

Karakteristik	2023	2024	2025
Kuintil 2	21,17	21,23	21,35
Kuintil 3	21,44	21,51	21,68
Kuintil 4	21,81	21,91	22,00
Kuintil 5 (Terkaya)	22,84	22,83	23,15
Indonesia	21,61	21,69	21,84

Sumber: Badan Pusat Statistik (BPS), Profil Statistik Kesehatan 2025, Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Maret 2023–2025.

Berdasarkan tabel di atas, didapatkan rerata usia kehamilan pertama perempuan pernah kawin berusia 15–49 tahun yang pernah hamil menunjukkan peningkatan secara bertahap selama periode 2023–2025. Secara nasional, rerata usia kehamilan pertama meningkat dari 21,61 tahun pada 2023 menjadi 21,69 tahun pada 2024 dan 21,84 tahun pada 2025. Jika dilihat berdasarkan wilayah tempat tinggal, terdapat perbedaan yang cukup jelas antara perempuan di perkotaan dan perdesaan. Pada 2025, rerata usia kehamilan pertama di perkotaan mencapai 22,34 tahun, sedangkan di perdesaan sebesar 21,15 tahun. Dengan demikian, rerata usia kehamilan pertama perempuan di perkotaan sekitar 1,19 tahun lebih tinggi dibandingkan perempuan di perdesaan. Berdasarkan kelompok usia saat ini, rerata usia kehamilan pertama juga menunjukkan variasi. Pada kelompok perempuan berusia 15–19 tahun yang pernah hamil, rerata usia kehamilan pertama hanya 16,81 tahun pada 2025. Angka tersebut jauh lebih rendah dibandingkan rerata nasional sebesar 21,84 tahun. Kondisi ini menunjukkan bahwa kehamilan pertama pada usia remaja masih menjadi bagian penting dari dinamika kehamilan perempuan usia subur.

Perbedaan yang paling menonjol terlihat berdasarkan tingkat pendidikan. Rerata usia kehamilan pertama meningkat sejalan dengan jenjang pendidikan. Pada 2025, perempuan yang tidak atau belum pernah sekolah memiliki rerata usia kehamilan pertama sebesar 20,17 tahun, sedangkan perempuan dengan pendidikan perguruan tinggi mencapai 25,28 tahun. Rentang antara kedua kelompok tersebut mencapai 5,11 tahun. Pola yang sama, meskipun dengan rentang yang lebih kecil, terlihat berdasarkan status ekonomi. Rerata usia kehamilan pertama meningkat dari 21,09 tahun pada kuintil pengeluaran 1 menjadi 23,15 tahun pada

kuintil pengeluaran 5. Selisih antara kelompok dengan pengeluaran terendah dan tertinggi mencapai 2,06 tahun.

Temuan tersebut menunjukkan bahwa pendidikan dan kondisi ekonomi memiliki pola yang berbeda dalam kaitannya dengan usia kehamilan pertama. Pendidikan memperlihatkan perbedaan yang lebih besar, sedangkan perbedaan berdasarkan kuintil pengeluaran relatif lebih sempit. Secara umum, semakin tinggi tingkat pendidikan dan posisi ekonomi, semakin tinggi pula rerata usia kehamilan pertama. Dengan demikian, usia kehamilan pertama tidak hanya berkaitan dengan karakteristik demografis, tetapi juga memperlihatkan keterkaitan yang cukup kuat dengan kondisi sosial ekonomi. Temuan ini menjadi dasar untuk melihat apakah variasi usia kehamilan pertama tersebut juga berjalan searah dengan perbedaan kondisi kesehatan perempuan usia subur.

4.2.3 Hubungan Usia Kehamilan Pertama dan Status Sosioekonomi dengan Kesehatan WUS

Tabel 4.2.3 Hubungan Usia Kehamilan Pertama dengan Indikator Kesehatan WUS Di Indonesia Tahun 2025

Variabel	Indikator Kesehatan WUS	r	p-value
Pendidikan	Keluhan kesehatan (%)	-0,909	0,033
Kuintil pengeluaran	Keluhan kesehatan (%)	+0,304	0,619
Pendidikan dan Kuintil pengeluaran	Keluhan kesehatan (%)	-0,804	0,005
Kelompok usia saat ini (kontrol)	Keluhan kesehatan (%)	+0,541	0,210
Provinsi (38 wilayah, kontrol)	Keluhan kesehatan (%)	-0,153	0,358

Sumber: Badan Pusat Statistik (BPS), Profil Statistik Kesehatan 2025, Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Maret 2023–2025

Variabel Pendidikan. Hasil menunjukkan korelasi negatif yang kuat dan signifikan secara statistik antara rerata usia kehamilan pertama dengan %tase keluhan kesehatan pada kelompok pendidikan ($r = -0,909$, $p = 0,033$) maupun keluhan yang mengganggu aktivitas ($r = -0,946$, $p = 0,015$). Artinya, semakin tua rerata usia kehamilan pertama pada suatu kelompok pendidikan, semakin rendah %tase keluhan kesehatan WUS pada kelompok

tersebut. Pola ini konsisten dengan hipotesis bahwa pendidikan berperan ganda: menunda usia kehamilan pertama sekaligus meningkatkan status kesehatan, kemungkinan melalui akses informasi kesehatan reproduksi, pola hidup sehat, dan pemanfaatan layanan kesehatan yang lebih baik.

Variabel Kuintil Pengeluaran. Berbeda dengan pendidikan, hubungan antara usia kehamilan pertama dengan keluhan kesehatan pada kelompok kuintil pengeluaran tidak signifikan dan arahnya tidak konsisten ($r = +0,304$, $p = 0,619$). Pola ini kemungkinan mencerminkan dua kekuatan yang saling berlawanan: di satu sisi, kuintil pengeluaran lebih tinggi berasosiasi dengan usia kehamilan pertama yang lebih tua (efek positif terhadap kesehatan); di sisi lain, rumah tangga dengan pengeluaran lebih tinggi cenderung memiliki kesadaran kesehatan dan akses diagnosis yang lebih baik, sehingga lebih banyak melaporkan keluhan kesehatan yang sebenarnya ada namun tidak terdeteksi pada kelompok kuintil rendah (*reporting/ascertainment bias*). Kedua efek ini dapat saling meniadakan sehingga hubungan bersih menjadi lemah dan tidak signifikan.

Variabel Gabungan pendidikan dan kuintil. Ketika kedua dimensi status sosioekonomi digabungkan, korelasi kembali negatif dan signifikan ($r = -0,804$, $p = 0,005$), yang mengindikasikan bahwa pola hubungan negatif secara keseluruhan didominasi oleh jalur pendidikan, bukan oleh jalur kuintil pengeluaran.

Variabel kontrol kelompok usia. Sebagai variabel kontrol, hubungan antara usia kehamilan pertama dengan keluhan kesehatan pada tingkat kelompok usia saat ini justru berarah positif dan tidak signifikan ($r = +0,541$, $p = 0,210$). Hal ini konsisten dengan pola pada Tabel 4.1, di mana keluhan kesehatan meningkat seiring bertambahnya usia terlepas dari usia kehamilan pertama—menegaskan bahwa usia (*aging*) adalah determinan tersendiri yang perlu dipisahkan dari efek usia kehamilan pertama maupun status sosioekonomi.

Variabel kontrol wilayah (provinsi). Pada tingkat provinsi ($n = 38$, data 2025), korelasi antara rerata usia kehamilan pertama dengan %tase keluhan kesehatan juga lemah dan tidak signifikan ($r = -0,153$, $p = 0,358$). Tabel 4.5 menampilkan lima provinsi dengan rerata usia kehamilan pertama termuda dan tertua beserta %tase keluhan kesehatannya.

Tabel 4.2.4 Lima Provinsi dengan Rerata Usia Kehamilan Pertama Termuda dan Tertua serta Presentase Keluhan Kesehatan WUS Tahun 2025

Provinsi	Rerata Usia Kehamilan Pertama (tahun)	Keluhan Kesehatan (%)
Rerata Termuda		
Kalimantan Tengah	20,79	23,06
Kalimantan Selatan	20,90	25,13
Kalimantan Barat	21,11	20,40
Nusa Tenggara Barat	21,18	39,63
Jambi	21,22	22,02
Rerata Tertua		
Sumatera Barat	22,74	25,42
Sumatera Utara	22,84	20,21
Kep. Riau	23,22	12,19
DI Yogyakarta	23,28	28,53
DKI Jakarta	23,48	18,59

Tabel di atas memperlihatkan bahwa pola nasional tidak selalu konsisten pada level provinsi. Sebagai contoh, Nusa Tenggara Barat memiliki rerata usia kehamilan pertama yang relatif muda (21,18 tahun) namun %tase keluhan kesehatannya justru tertinggi di Indonesia (39,63%), sementara Kepulauan Riau memiliki rerata usia kehamilan pertama yang relatif tua (23,22 tahun) namun keluhan kesehatannya justru salah satu yang terendah (12,19%). Hal ini menunjukkan bahwa pada tingkat wilayah, faktor-faktor lain di luar usia kehamilan pertama—seperti kondisi geografis, akses fasilitas kesehatan, budaya kesehatan setempat, dan pola pelaporan diri—turut memengaruhi %tase keluhan kesehatan secara lebih dominan dibandingkan pola yang teramati pada tingkat kelompok pendidikan nasional.

4.3 Pembahasan

4.3.1 Gambaran Umum Keluhan Kesehatan WUS Tahun 2023–2025

Hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Maret 2023–2025 menunjukkan bahwa %tase perempuan usia 15–49 tahun yang mengalami keluhan kesehatan dalam satu bulan terakhir meningkat dari 22,10 % pada 2023 menjadi 22,77 % pada 2024 dan 23,96 % pada 2025. Dengan demikian, terdapat peningkatan sebesar 1,86 poin %tase selama periode

2023–2025. Data penelitian juga menunjukkan bahwa pola peningkatan tersebut terjadi pada sejumlah kelompok karakteristik sosial ekonomi dan demografis. Kondisi pada 2023 menjadi titik awal yang penting untuk melihat perkembangan kesehatan WUS.

Peningkatan %tase keluhan kesehatan sampai 2025 menunjukkan bahwa kondisi kesehatan WUS belum sepenuhnya membaik meskipun terjadi peningkatan rerata usia kehamilan pertama. Temuan ini penting karena menunjukkan bahwa peningkatan usia kehamilan pertama tidak serta-merta diikuti oleh penurunan keluhan kesehatan pada tingkat populasi. Pada penelitian ini, rerata usia kehamilan pertama meningkat dari 21,61 tahun pada 2023 menjadi 21,84 tahun pada 2025, sedangkan %tase keluhan kesehatan justru meningkat dari 22,10 % menjadi 23,96 %.

Temuan tersebut dapat dipahami karena kesehatan WUS merupakan hasil interaksi berbagai faktor, bukan hanya faktor reproduksi. Penelitian Nurazizah dan Sukim (2023), menunjukkan bahwa keluhan kesehatan WUS dipengaruhi oleh karakteristik tempat tinggal, pendidikan, status aktivitas, status tinggal, dan kerawanan pangan. Studi tersebut juga menunjukkan bahwa faktor sosial dan ekonomi memiliki keterkaitan dengan munculnya keluhan kesehatan maupun keluhan yang sampai mengganggu aktivitas. Berdasarkan hal tersebut, maka peningkatan keluhan kesehatan pada survei ini kurang tepat dipahami sebagai konsekuensi dari perubahan usia kehamilan pertama. Perubahan kondisi sosial ekonomi, akses pelayanan kesehatan, karakteristik usia, serta kemampuan individu dalam mengenali dan melaporkan masalah kesehatan juga dapat berkontribusi terhadap perubahan tersebut.

Hasil survei menunjukkan adanya kesenjangan keluhan kesehatan antara perempuan yang tinggal di perkotaan dan perdesaan. Pada 2025, %tase keluhan kesehatan WUS di perdesaan mencapai 25,05 %, lebih tinggi dibandingkan perkotaan yang sebesar 23,25 %. Pola yang sama juga terlihat pada keluhan kesehatan yang mengganggu aktivitas sehari-hari, yaitu 10,15 % di perdesaan dan 8,77 % di perkotaan. Kesenjangan tersebut sejalan dengan penelitian Nurazizah dan Sukim (2023) yang menemukan bahwa klasifikasi tempat tinggal merupakan salah satu faktor yang berhubungan signifikan dengan keluhan kesehatan WUS. Temuan tersebut memperkuat dugaan bahwa lingkungan tempat tinggal merupakan bagian penting dari konteks sosial yang membentuk kondisi kesehatan perempuan usia reproduktif.

Perbedaan perkotaan dan perdesaan juga terlihat pada indikator yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan maternal. Gube et al. (2024), melalui systematic review dan meta-analysis terhadap 51 penelitian di negara berkembang, menemukan bahwa perempuan yang tinggal di wilayah perkotaan memiliki peluang lebih besar untuk menggunakan pelayanan antenatal dibandingkan perempuan di wilayah perdesaan. Ketimpangan tersebut juga ditemukan berdasarkan pendidikan dan kekayaan, dengan pemanfaatan pelayanan maternal yang cenderung lebih tinggi pada perempuan berpendidikan dan berstatus ekonomi lebih baik.

Sejalan dengan hasil penelitian Rachmawati et al. (2026), menggunakan data Survei Kesehatan Indonesia 2023 pada 70.916 perempuan usia reproduktif, menemukan bahwa tempat tinggal di perkotaan, pendidikan yang lebih tinggi, dan status ekonomi yang lebih tinggi berhubungan positif dengan kecukupan kunjungan antenatal care. Perempuan yang tinggal di perkotaan memiliki peluang lebih tinggi untuk memperoleh pelayanan ANC yang memadai dibandingkan perempuan di perdesaan. Oleh karena itu, tingginya keluhan kesehatan WUS di perdesaan dalam penelitian ini perlu dipahami dalam konteks yang lebih luas. Perbedaan tersebut dapat berkaitan dengan akses terhadap fasilitas kesehatan, kondisi geografis, transportasi, ketersediaan tenaga kesehatan, serta karakteristik sosial ekonomi masyarakat. Namun, penelitian ini tidak secara langsung mengukur seluruh faktor tersebut sehingga penjelasan tersebut lebih tepat diposisikan sebagai interpretasi kontekstual, bukan sebagai hubungan kausal yang telah dibuktikan.

Salah satu pola yang paling konsisten dalam penelitian ini adalah meningkatnya keluhan kesehatan seiring bertambahnya usia. Pada 2025, %tase keluhan kesehatan meningkat dari 20,93 % pada kelompok usia 15–19 tahun menjadi 31,61 % pada kelompok usia 45–49 tahun. Pola yang sama terlihat pada keluhan kesehatan yang mengganggu aktivitas, yang meningkat dari 9,32 % menjadi 12,71 % pada kelompok usia yang sama. Temuan tersebut menunjukkan bahwa usia saat ini merupakan faktor yang perlu diperhatikan ketika menilai hubungan antara usia kehamilan pertama dan kesehatan.

Dengan kata lain, meningkatnya keluhan kesehatan pada kelompok usia yang lebih tua tidak dapat secara langsung dikaitkan dengan usia kehamilan pertama. Perempuan yang saat ini berusia lebih tua memiliki pengalaman hidup dan paparan faktor risiko kesehatan yang berbeda dibandingkan perempuan yang lebih muda. Oleh sebab itu, pengendalian usia

saat ini dalam analisis merupakan langkah penting agar hubungan yang diamati tidak semata-mata mencerminkan efek usia. Temuan ini juga memberikan penjelasan mengapa hubungan antara usia kehamilan pertama dan kesehatan tidak selalu terlihat kuat ketika data dikelompokkan berdasarkan usia saat ini. Usia kehamilan pertama merupakan peristiwa reproduksi yang terjadi pada masa lalu, sedangkan keluhan kesehatan yang diukur dalam penelitian ini menggambarkan kondisi kesehatan pada saat survei. Jarak waktu antara kedua kejadian tersebut memungkinkan berbagai faktor lain muncul dan memengaruhi kesehatan perempuan.

B. Pendidikan dan Kesehatan WUS

Pendidikan merupakan karakteristik yang memperlihatkan pola paling konsisten dalam penelitian ini. Pada 2025, %tase keluhan kesehatan menurun dari 28,14 % pada perempuan yang tidak atau belum pernah sekolah menjadi 20,44 % pada perempuan berpendidikan perguruan tinggi. Pada saat yang sama, rerata usia kehamilan pertama meningkat dari 20,17 tahun pada kelompok tidak atau belum sekolah menjadi 25,28 tahun pada kelompok perguruan tinggi, pola tersebut sudah terlihat pada data 2023. Pada tahun tersebut, rerata usia kehamilan pertama nasional berada pada 21,61 tahun, sementara kelompok dengan pendidikan perguruan tinggi memiliki rerata usia kehamilan pertama 24,82 tahun. Sebaliknya, kelompok tidak atau belum sekolah dan tidak tamat SD memiliki rerata sebesar 20,24 tahun. Dengan demikian, hasil penelitian menunjukkan adanya pola yang relatif stabil selama periode pengamatan: pendidikan yang lebih tinggi berkaitan dengan usia kehamilan pertama yang lebih tinggi dan tingkat keluhan kesehatan yang lebih rendah.

Temuan tersebut sejalan dengan penelitian mengenai karakteristik kehamilan remaja di Indonesia (Mustika et al., 2025). Penelitian ini menggunakan data nasional menemukan bahwa pendidikan merupakan salah satu karakteristik yang berhubungan dengan usia kehamilan pertama, dengan pendidikan yang lebih rendah berkaitan dengan risiko kehamilan pada usia lebih muda. Meskipun penelitian tersebut menggunakan data yang berbeda, arah hubungan tersebut mendukung pola yang ditemukan dalam penelitian ini. Penelitian Rosyada dan Feronika (2025), menggunakan data Survei Kesehatan Indonesia 2023 pada WUS usia 15–49 tahun, menunjukkan pentingnya pendidikan dalam perilaku kesehatan reproduksi. Hasil penelitian menemukan bahwa pendidikan merupakan faktor yang paling

dominan terkait penggunaan kontrasepsi. Selain pendidikan, usia saat pertama hamil, status ekonomi, dan tempat tinggal juga menunjukkan hubungan yang signifikan dengan penggunaan kontrasepsi.

Temuan tersebut memberikan konteks bahwa pendidikan tidak hanya berkaitan dengan usia kehamilan pertama, tetapi juga dengan pengambilan keputusan kesehatan reproduksi. Perempuan dengan pendidikan lebih tinggi kemungkinan memiliki akses informasi yang lebih baik, kemampuan mengambil keputusan yang lebih kuat, serta peluang yang lebih besar untuk memanfaatkan layanan kesehatan dan kontrasepsi. Hubungan tersebut juga diperkuat oleh hasil meta-analysis Gube et al. (2024). Pendidikan yang lebih tinggi secara konsisten berkaitan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal yang lebih tinggi. Dibandingkan perempuan tanpa pendidikan, perempuan dengan pendidikan dasar, menengah, dan tinggi memiliki peluang yang semakin besar untuk menggunakan pelayanan antenatal.

C. Usia Kehamilan Pertama dan Karakteristik Sosioekonomi

Berbeda dengan pendidikan, status ekonomi menunjukkan pola yang lebih lemah. Rerata usia kehamilan pertama meningkat dari 21,09 tahun pada kuintil pengeluaran 1 menjadi 23,15 tahun pada kuintil pengeluaran 5. Namun, hubungan antara usia kehamilan pertama dan keluhan kesehatan tidak signifikan secara statistik untuk keluhan kesehatan umum ($r = 0,304$; $p = 0,619$). Temuan ini menunjukkan bahwa peningkatan status ekonomi memang berjalan searah dengan peningkatan usia kehamilan pertama, tetapi pola tersebut tidak secara otomatis menghasilkan hubungan yang sama dengan kondisi kesehatan. Dengan kata lain, status ekonomi dan pendidikan tampaknya memiliki peran yang berbeda.

Hasil ini agak berbeda dari temuan Gube et al. (2024), yang menunjukkan bahwa status kekayaan merupakan salah satu faktor penting dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal. Perempuan dari kelompok ekonomi yang lebih tinggi cenderung lebih banyak memanfaatkan pelayanan antenatal, persalinan dengan tenaga kesehatan terampil, dan pelayanan pascapersalinan. Perbedaan tersebut dapat terjadi karena indikator yang digunakan dalam penelitian ini adalah keluhan kesehatan yang dilaporkan, bukan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Status ekonomi yang lebih baik dapat meningkatkan akses pelayanan kesehatan, tetapi akses yang lebih baik juga dapat meningkatkan

kemungkinan seseorang mengetahui dan melaporkan kondisi kesehatan yang dialaminya. Dengan demikian, hubungan antara ekonomi dan keluhan kesehatan dapat menjadi lebih kompleks dibandingkan hubungan antara ekonomi dan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Penelitian Rachmawati et al. (2026) juga mendukung adanya hubungan antara status ekonomi dan pelayanan kesehatan maternal di Indonesia. Dengan menggunakan data SKI 2023, penelitian tersebut menemukan bahwa status ekonomi yang lebih tinggi berhubungan positif dengan kecukupan kunjungan ANC (aOR = 1,60; $p < 0,001$). Oleh karena itu, tidak ditemukannya hubungan signifikan antara kuintil pengeluaran dan keluhan kesehatan dalam penelitian ini tidak berarti bahwa status ekonomi tidak penting bagi kesehatan perempuan. Temuan tersebut lebih tepat menunjukkan bahwa hubungan ekonomi dengan kesehatan WUS tidak dapat dijelaskan hanya melalui usia kehamilan pertama dan keluhan kesehatan yang dilaporkan.

Jika ditinjau dari sisi usia kehamilan pertama sebagai indikator kondisi reproduksi WUS data menunjukkan rerata usia kehamilan pertama nasional meningkat secara bertahap dari 21,61 tahun pada 2023 menjadi 21,69 tahun pada 2024 dan 21,84 tahun pada 2025. Kenaikan tersebut menunjukkan adanya kecenderungan penundaan kehamilan pertama, meskipun peningkatannya relatif kecil. Data BPS juga menunjukkan bahwa pada 2023 sebagian besar perempuan berusia 10–54 tahun yang pernah hamil mengalami kehamilan pertama pada kelompok usia 19–24 tahun, yaitu 57,22 %. Sebanyak 18,47 % mengalami kehamilan pertama pada usia 16–18 tahun, 2,68 % pada usia 10–15 tahun, dan 21,64 % pada usia 25 tahun atau lebih.

Data tersebut memberikan gambaran bahwa meskipun sebagian besar kehamilan pertama terjadi pada usia 19–24 tahun, kehamilan pada usia remaja masih menjadi bagian penting dari pola reproduksi perempuan Indonesia. Temuan penelitian ini memperkuat hal tersebut karena kelompok perempuan yang saat ini berusia 15–19 tahun dan pernah hamil memiliki rerata usia kehamilan pertama sebesar 16,81 tahun pada 2025. Penelitian Muharomah dan Zimmerman (2025) juga menekankan pentingnya periode sebelum kelahiran pertama dalam kebijakan kesehatan reproduksi dengan menganalisis 121.916 perempuan pernah kawin dari data SDKI 2002–2017, penelitian tersebut menunjukkan bahwa keputusan untuk menunda kelahiran pertama berkaitan dengan karakteristik sosial demografis, termasuk usia, pekerjaan, wilayah tempat tinggal, dan karakteristik sosial

ekonomi. Penulis menekankan perlunya kebijakan yang lebih spesifik untuk membantu perempuan yang ingin menunda kelahiran pertama.

Dengan demikian, peningkatan rerata usia kehamilan pertama yang ditemukan dalam penelitian ini dapat dilihat sebagai perkembangan positif dalam konteks penundaan kehamilan, tetapi tidak dapat berdiri sendiri sebagai indikator keberhasilan kesehatan perempuan. Penundaan kehamilan perlu disertai dengan peningkatan pendidikan, akses terhadap informasi kesehatan reproduksi, akses kontrasepsi, serta pelayanan maternal yang berkualitas.

D. Hubungan Usia Kehamilan Pertama dengan Kesehatan WUS

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hubungan antara usia kehamilan pertama dan keluhan kesehatan tidak seragam pada seluruh karakteristik. Hubungan yang paling kuat ditemukan pada kategori pendidikan, sedangkan berdasarkan kuintil pengeluaran, kelompok usia saat ini, dan provinsi, hubungan tidak menunjukkan signifikansi statistik. Temuan ini menunjukkan bahwa usia kehamilan pertama kemungkinan tidak bekerja sebagai faktor tunggal dalam menentukan kondisi kesehatan WUS. Hubungan atau keterkaitannya dapat dipengaruhi oleh kondisi sosial yang menyertai pengalaman reproduksi perempuan.

Secara teoritis, kehamilan pada usia yang sangat muda dapat berhubungan dengan berbagai kerentanan kesehatan. Penelitian mengenai perempuan yang menikah pada usia dini di Indonesia menunjukkan bahwa perempuan yang menikah lebih awal cenderung mengalami kelahiran pertama pada usia yang lebih muda dan memiliki akses yang lebih rendah terhadap beberapa bentuk pelayanan maternal. Perempuan yang menikah dini juga lebih sedikit menerima pemeriksaan antenatal yang memadai dibandingkan perempuan yang tidak menikah pada usia dini (Yanti et al., 2019; Mustika et al., 2025).

Namun, hasil penelitian ini tidak menunjukkan hubungan langsung yang signifikan antara usia kehamilan pertama dan keluhan kesehatan pada seluruh kategori. Hal tersebut dapat terjadi karena indikator kesehatan yang digunakan adalah keluhan kesehatan pada saat survei, sedangkan usia kehamilan pertama merupakan kejadian reproduksi yang dapat terjadi bertahun-tahun sebelumnya. Dalam rentang waktu tersebut, kondisi pendidikan, ekonomi, pekerjaan, usia, akses pelayanan kesehatan, dan lingkungan tempat tinggal dapat berubah. Oleh karena itu, hasil survei lebih tepat dibaca sebagai bukti bahwa hubungan antara

karakteristik reproduksi dan kesehatan WUS bersifat multidimensional. Usia kehamilan pertama merupakan salah satu bagian dari perjalanan hidup reproduksi perempuan, sedangkan kondisi kesehatan pada saat survei merupakan hasil akumulasi berbagai paparan dan kondisi sosial selama kehidupan.

E. Peran Wilayah sebagai Konteks Sosial dan Kesehatan

Analisis pada tingkat provinsi menunjukkan bahwa hubungan antara rerata usia kehamilan pertama dan %tase keluhan kesehatan bersifat lemah dan tidak signifikan ($r = -0,153$; $p = 0,358$). Perbedaan antardaerah juga cukup besar. Nusa Tenggara Barat, misalnya, memiliki rerata usia kehamilan pertama 21,18 tahun dengan %tase keluhan kesehatan 39,63 %, sedangkan Kepulauan Riau memiliki rerata usia kehamilan pertama 23,22 tahun tetapi persentase keluhan kesehatan hanya 12,19%. Perbedaan tersebut memperlihatkan bahwa hubungan yang terlihat pada tingkat nasional tidak selalu berlaku secara langsung pada tingkat provinsi. Setiap wilayah memiliki konteks sosial, geografis, budaya, dan sistem pelayanan kesehatan yang berbeda. Oleh karena itu, provinsi dengan rerata usia kehamilan pertama yang lebih tinggi belum tentu memiliki tingkat keluhan kesehatan yang lebih rendah.

Temuan tersebut konsisten dengan penelitian Rachmawati et al. (2026) yang menunjukkan adanya disparitas geografis dalam pemanfaatan ANC di Indonesia. Berdasarkan data SKI 2023, kecukupan kunjungan ANC jauh lebih tinggi di beberapa provinsi di Jawa dibandingkan sejumlah provinsi di kawasan timur Indonesia. Misalnya, cakupan ANC yang memadai di Jawa Barat mencapai 58,79 %, sedangkan di Papua Barat sebesar 13,00 % dan Maluku sebesar 17,78 %. Dengan demikian, konteks wilayah perlu diperhatikan dalam memahami kesehatan WUS. Perbedaan fasilitas kesehatan, jarak menuju pelayanan, kondisi geografis, transportasi, karakteristik ekonomi masyarakat, serta norma sosial dapat membentuk pengalaman kesehatan perempuan secara berbeda antardaerah.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa rerata umur kehamilan pertama WUS meningkat dari 21,61 tahun pada 2023 menjadi 21,84 tahun pada 2025, tetapi pada periode yang sama persentase WUS yang mengalami keluhan kesehatan juga meningkat dari 22,10 persen menjadi 23,96 persen. Pendidikan merupakan faktor yang paling konsisten dalam penelitian ini. Semakin tinggi tingkat pendidikan, cenderung semakin tinggi umur kehamilan pertama dan semakin rendah persentase keluhan kesehatan.

Hubungan kesehatan WUS berdasarkan status ekonomi, umur saat ini, dan wilayah tempat tinggal menunjukkan pola yang lebih beragam. WUS di perdesaan cenderung memiliki keluhan kesehatan yang lebih tinggi dibandingkan WUS di perkotaan. Secara keseluruhan, hubungan antara usia kehamilan pertama dan kesehatan WUS bersifat kompleks dan tidak dapat dipisahkan dari determinan sosial, ekonomi, akses pelayanan kesehatan, usia, dan lingkungan tempat tinggal. Oleh karena itu, usia kehamilan pertama tidak dapat digunakan sebagai satu-satunya indikator untuk menggambarkan kondisi kesehatan perempuan.

5.2 Saran

- 5.2.1 Peningkatan pendidikan perempuan perlu terus diperkuat, termasuk pendidikan kesehatan reproduksi, agar perempuan memiliki pengetahuan dan kemampuan yang lebih baik dalam mengambil keputusan terkait perkawinan, kehamilan, dan kesehatan.
- 5.2.2 Pencegahan kehamilan pada usia terlalu muda dan penguatan akses kontrasepsi perlu menjadi bagian dari upaya peningkatan kesehatan reproduksi WUS.
- 5.2.3 Pemerataan akses pelayanan kesehatan, khususnya di wilayah perdesaan, perlu ditingkatkan dengan memperhatikan ketersediaan fasilitas, keterjangkauan geografis, biaya, informasi, dan kualitas pelayanan.
- 5.2.4 Penelitian selanjutnya disarankan menggunakan data individual dan analisis multivariat atau longitudinal agar hubungan antara umur kehamilan pertama dan kesehatan WUS dapat dianalisis secara lebih mendalam serta tidak hanya menggambarkan hubungan pada tingkat kelompok.

DAFTAR PUSTAKA

- Afrisa Eka Mustika, Andriyanti, & Lilik Djuari. (2025). Faktor-faktor yang mempengaruhi kehamilan remaja di Indonesia tahun 2020–2025: Tinjauan literatur. *Jurnal Kesehatan Jompa*. <https://jurnal.jomparnd.com/index.php/jkj/article/view/2085>
- Arifin, H., et al. (2024). Antenatal care in Indonesia: a nationwide study. *British Journal of Midwifery*. <https://www.britishjournalofmidwifery.com/content/research/antenatal-care-in-indonesia-a-nationwide-study>
- Badan Pusat Statistik. (2025). Profil statistik kesehatan 2025. BPS. <https://www.bps.go.id/id/publication/2025/12/12/7d17daec8d62c852fc354945/profil-statistik-kesehatan-2025.html>
- Batyra, E. (2024). Education is not uniformly associated with the timing of first birth and union: Evidence from quantile regression analysis of 50 countries. *the European Population Conference, 2024*. <https://epc2024.popconf.org/uploads/240130>
- Kumari, R., Pal, S. K., & Kumar, J. (2025). Exploring the patterns and socio-economic determinants of teenage pregnancy in India. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 12 (5), 2124–2134. <https://www.ijcmph.com/index.php/ijcmph/article/view/14034>
- Mafticha, E., Syalfina, A. D., Irawati, D., & Priyanti, S. (2025). Pernikahan dini sebagai prediktor kehamilan tidak diinginkan pada ibu dengan kelahiran pertama di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Mulawarman*.
- Purborini & Novela Sanderina R. (2023). Relationship of Age, Parity, and Education Level with Unwanted Pregnancy in Fertile age couples in Surabaya. *Media Gizi Kesmas*.
- Mustika, A. E., Andriyanti, & Djuari, L. (2025). Faktor-faktor yang mempengaruhi kehamilan remaja di Indonesia tahun 2020–2025: Tinjauan literatur. *Jurnal Kesehatan Jompa*. <https://jurnal.jomparnd.com/index.php/jkj/article/view/2085>
- Situmorang, G. Z. O., & Sahadewo, G. A. (2025). Too young to mother, too soon to work: The long-run socioeconomic consequences of adolescent childbearing in Indonesia. Thesis. Universitas Gadjah Mada. <https://etd.repository.ugm.ac.id/penelitian/detail/258737>
- World Health Organization. (2024). *Adolescent pregnancy* [Factsheet]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Heshmati, A., et al. (2024). Mediating factors in the association of maternal educational level with pregnancy outcomes: A Mendelian randomization study. *JAMA Network Open*. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.xxxx>
- Sari Yossi Kartika et al. (2025). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pengetahuan Remaja tentang Kehamilan Usia Remaja di SMPN 21 Pekanbaru Tahun 2025. *Journal of Innovative and Creativity*. <https://joecy.org/index.php/joecy/article/download/2351/2259/9322>

- Kim, et al. (2023). Educational gradient in unintended first births in Korea. *Journal of Comparative Family Studies*.
https://www.researchgate.net/publication/367304400_Educational_Gradient_in_Unintended_First_Births_in_Korea
- Nguyen, et al. (2025). Socioeconomic risk factors and obstetric outcomes of adolescent pregnancies in Vietnam. *AJOG Global Reports/PMC*.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11994393/>
- Fatima et al. (2025). An integrative review of factors influencing preconception health behaviors among women of reproductive age: A health promotion model approach. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*.
https://journals.mums.ac.ir/article_26754.html
- Guan Yu et al. (2026). Social determinants of health and female reproductive health: Risk score development and cross-national study. *Journal of Advanced Research*.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2090123226002596>
- Yanti Nur Indah Dwi et al. (2019). Hubungan tingkat pendidikan dengan kepatuhan antenatal care pada ibu primigravida dengan riwayat pernikahan dini. *Indonesian Midwifery and Health Sciences Journal*. <https://e-journal.unair.ac.id/IMHSJ/article/view/27710>