

## ANALISIS PENGARUH SOSIAL EKONOMI DEMOGRAFI RUMAH TANGGA TERHADAP KESEHATAN REPRODUKSI DI PROVINSI JAMBI (ANALYSIS DATA SDKI TAHUN 2007)

Suandi

*Jurusan Agribisnis, Fakultas Pertanian, Universitas Jambi  
Kampus Pinang Masak, Mendalo Darat, Jambi 36361*

### Abstrak

Tujuan penelitian adalah mengkaji keterkaitan status sosial ekonomi demografi dengan kesehatan reproduksi, dengan rincian: (1) Mempelajari dan mendeskripsikan status sosial ekonomi demografi rumahtangga, dan kesehatan reproduksi di Provinsi Jambi, dan (2) Mengkaji dan menganalisis pengaruh status sosial ekonomi, dan kondisi demografi rumahtangga baik secara langsung maupun tidak langsung terhadap kesehatan reproduksi. Desain penelitian adalah dokumentasi (Data SDKI tahun 2007). Pelaksanaan penelitian difokuskan pada Provinsi Jambi. Variabel Penelitian dikelompokkan kedalam empat bagian, yakni aspek demografi (umur responden, dan jumlah anak masih hidup), status sosial ekonomi rumahtangga (jenjang pendidikan, indeks kekayaan, status pekerjaan ibu, dan pengambilan keputusan), pelayanan KB (akses informasi KB, dan biaya KB), dan aspek Kesehatan Reproduksi (pemeriksaan kehamilan, umur kawin pertama, umur melahirkan pertama, dan penggunaan kontrasepsi). Pelaksanaan penelitian ini membutuhkan waktu selama 3 (tiga) bulan kalender. Untuk mengetahui pengaruh status sosial ekonomi, dan demografi baik secara langsung maupun tidak langsung terhadap kesehatan reproduksi di analisis melalui model *Structural Equation Model* (SEM) dengan program *Linear Structural Releationship* (LISREL) versi 8.8. Hasil penelitian menunjukkan bahwa status sosial ekonomi dan demografi wanita kawin di Provinsi Jambi kaitannya dengan pelayanan KB dan Kesehatan reproduksi tergolong relatif rendah namun memiliki sumberdaya potensial atau produktif dan didukung pola pengambilan keputusan terhadap kesehatan reproduksi yang baik dan demokratis. Wanita kawin di Provinsi Jambi sebagian besar sedang menggunakan metode/cara KB modern (68,6 %), dan alat/cara KB yang dominan adalah terfokus pada alat/cara KB jangka pendek dengan akses informasi dan biaya cukup mudah dan murah. Hasil penelitian lainnya ditemukan bahwa rata-rata usia kawin pertama responden di bawah umur 25 tahun, dan selama kehamilan diperiksa sesuai dengan standar Depkes yaitu diatas enam kali. Hasil analisis menunjukkan bahwa variabel demografi, dan status sosial ekonomi rumahtangga baik secara langsung maupun tidak langsung berpengaruh positif sangat nyata dan signifikan terhadap pelayanan KB dan Kesehatan Reproduksi (*Reproductive Health*).

**Key words:** *status sosial ekonomi ; demografi ; pelayanan KB ; dan kesehatan reproduksi.*

### PENDAHULUAN

Pola pembangunan Indonesia dalam Pasal 33 UUD 1945 yang memberi arah bahwa pembangunan ekonomi untuk menuju kesejahteraan sosial. Kata kunci pembangunan di Indonesia adalah kualitas Sumberdaya Manusia (SDM). Namun kenyataannya, kualitas SDM Indonesia jauh lebih rendah dibandingkan dengan kualitas SDM negara-negara tetangga, nilai HDI Indonesia mencapai 109 pada tahun 2000,

pada tahun 2004 meningkat menjadi 108, dan pada tahun 2009 terjadi peningkatan cukup tajam yaitu mencapai pada ranking 111, jauh lebih tinggi bila dibandingkan dengan HDI negara-negara ASEAN (Tabel 1). Data terakhir menunjukkan bahwa indikator HDI, yakni: usia harapan hidup Indonesia baru mencapai 67,2 tahun, tingkat melek huruf sebesar 90,4 persen, rata-rata lama sekolah hanya 7,1 tahun, dan indikator pendapatan per kapita baru mencapai Rp.591.200.- per tahun (Badan Pusat Statistik, 2009).

Tabel 1 Perkembangan kualitas manusia Indonesia dan ASEAN diukur dari nilai HDI (1996-2009)

No	Negara	Tahun			
		1996	2000	2004	2009
01	Singapore	3	22	25	23
02	Brunei Darussalam	36	25	34	30
03	Malaysia	53	56	61	66
04	Thailand	52	67	74	87
05	Filipina	95	77	84	105
06	Indonesia	102	109	108	111

Sumber: *Human Development Report* (2009)

Menurut hasil penelitian, rendahnya kualitas sumberdaya manusia Indonesia termasuk sumberdaya manusia Provinsi Jambi akibat dari rendahnya penanganan masalah kesehatan maternal (kesehatan ibu melahirkan) terutama tenaga penolong persalinan (Suandi, dan Yusnaini, 2000). Data menunjukkan bahwa tenaga penolong persalinan sebagian besar masih didominasi oleh dukun bayi (53 %) terutama di daerah perdesaan (Suandi, dkk., 2009). Dampak dari proses persalinan melalui tenaga dukun bayi sehingga Angka Kematian bayi (AKB) di Provinsi Jambi tergolong tinggi yaitu mencapai 40 kematian bayi dalam 1000 kelahiran, dan angka ini jauh lebih tinggi dibandingkan dengan AKB tingkat Nasional (34). Padahal AKB tingkat nasional jauh lebih tinggi dibandingkan dengan AKB negara-negara ASEAN.

Untuk mengatasi masalah pembangunan sumberdaya manusia, pemerintah Indonesia mengikuti *Millenium Summit* di Kairo pada bulan September tahun 2000 dengan program "*Millenium Development Goals*" (MDGs). Kegiatan ini diikuti oleh 189 negara dengan menghasilkan beberapa komitmen resmi, antara lain: mengurangi deprivasi global yang meliputi kemiskinan, kelaparan, kesehatan, dan Hak Asasi Manusia (HAM) yang terjadi pada masyarakat di seluruh dunia, khususnya negara-negara berkembang.

Sesuai dengan permasalahan yang dihadapi dalam pembangunan sumberdaya manusia telah disepakati delapan tujuan pembangunan dengan 12 target dan 48 indikator

pembangunan yang harus dicapai pada tahun 2015. Salah satu tujuan pembangunan yang disepakati adalah "*improve maternal health*", dengan target: (a) reduce by three quarters the maternal mortality ratio (maternal mortality ratio/MMR, proportion of birth attended by skilled personal), and (b) universal access to reproductive health (contraceptive prevalence rate/CPR, adolescent birth rate, antenatal care coverage, and unmet need for family planning).

Dari kedua tujuan tersebut, hal terpenting untuk dikaji adalah masalah kesehatan reproduksi, mengingat masalah ini lebih luas dan sangat krusial bila dibandingkan dengan tujuan pertama, karena berkaitan dengan masalah kehamilan, persalinan, dan program keluarga berencana. Studi kesehatan produksi menaruh perhatian pada upaya membebaskan individu dari segala kemungkinan gangguan kesehatan karena proses reproduksi, misalnya gangguan kesehatan karena menggunakan cara-cara pencegahan kehamilan (kontrasepsi), gangguan kesehatan karena kehamilan, dan gangguan kesehatan karena aborsi yang tidak aman.

## METODE PENELITIAN

Desain penelitian adalah *dokumentasi*. Pelaksanaan penelitian difokuskan pada Provinsi Jambi. Variabel Penelitian dikelompokkan kedalam empat bagian, yakni aspek demografi (umur responden, dan jumlah anak masih hidup), status sosial ekonomi rumah tangga (jenjang pendidikan, indeks kekayaan, status pekerjaan ibu, dan pengambilan keputusan), pelayanan KB (akses informasi KB, dan biaya KB), dan aspek Kesehatan Reproduksi (pemeriksaan kehamilan, umur kawin pertama, umur melahirkan pertama, dan penggunaan kontrasepsi). Pelaksanaan penelitian ini membutuhkan waktu selama 3 (tiga) bulan kalender. Data penelitian ini bersumber dari data sekunder yang diambil dari data hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) Nasional tahun 2007. Penelitian ini difokuskan pada Provinsi Jambi, sedangkan data yang terdapat di SDKI tahun 2007 adalah

data nasional sehingga sebelum dilakukan pengolahan data, maka data SDKI tahun 2007 ini dilakukan berbagai perapian sesuai kebutuhan data. Untuk mengetahui pengaruh status sosial ekonomi, kondisi demografi rumahtangga, dan pelayanan keluarga berencana baik secara langsung maupun tidak langsung terhadap kesehatan reproduksi di Provinsi Jambi di analisis melalui model *Structural Equation Model* (SEM) dengan program *Linear Structural Releationship* (LISREL) versi 8.8 (Bollen, 1989).

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### **Deskripsi Kependudukan dan Kesertaan KB**

Provinsi Jambi dihuni oleh 2.657.536 jiwa, atau sekitar 1,19 persen dari seluruh penduduk Indonesia (BPS Provinsi Jambi, 2006). Apabila dibandingkan dengan luas wilayah, memiliki kepadatan penduduk sebesar 50 orang/km<sup>2</sup>. Berdasarkan jenis kelamin, penduduk laki-laki sebanyak 1.336.924 jiwa, dan penduduk perempuan sebanyak 1.320.612 jiwa dengan rasio jenis kelamin (*sex ratio*) sebesar 101. Artinya terdapat 101 penduduk laki-laki setiap 100 penduduk perempuan. Apabila dikelompokkan, penduduk berumur 0-14 tahun sebesar 31 persen, 15-64 tahun sebesar 66 persen, sedangkan yang berumur 65 tahun ke atas sebesar tiga persen dengan beban ketergantungan (*dependency ratio*) sebesar 52. Artinya, dalam 100 orang penduduk produktif menanggung beban bagi penduduk belum dan tidak produktif untuk kebutuhan konsumtif sebanyak 52 orang.

Selama dua dasawarsa terakhir penduduk Provinsi Jambi telah bertambah 962.690 orang. Pertumbuhan penduduk rata-rata per tahun selama periode 1980-1990 sebesar 3,40 persen, sedangkan periode 1990-2005 turun menjadi 1,98 persen per tahun. Dengan tingkat pertumbuhan tersebut, penduduk Provinsi Jambi diperkirakan akan meningkat menjadi dua kali lipat pada tahun 2038. Apabila dibandingkan dengan laju pertumbuhan penduduk Sumatera dan Indonesia, laju pertumbuhan penduduk Provinsi Jambi tergolong tinggi karena dipengaruhi oleh arus transmigrasi baik

reguler yang diatur oleh pemerintah maupun migrasi spontan. Selama periode 1990-2005, hanya Kabupaten Tanjung Jabung Timur dan Kerinci yang mempunyai laju pertumbuhan penduduk relatif rendah, yaitu masing-masing 1,22 persen dan 1,52 persen, sedangkan laju pertumbuhan kabupaten/kota lainnya mencapai lebih dari 2 persen per tahun, bahkan Kabupaten Merangin mencapai 6 persen per tahun.

Pola persebaran penduduk di Provinsi Jambi di masing-masing kabupaten/kota tidak menunjukkan perubahan yang berarti. Kota Jambi merupakan daerah terpadat yaitu mencapai 2.246 orang per km<sup>2</sup>, dan daerah terpadat kedua Kabupaten Kerinci 73 orang per km<sup>2</sup>, sedangkan daerah paling jarang penduduknya Kabupaten Sarolangun 31 orang/km<sup>2</sup>. Terkonsentrasinya penduduk di Kota Jambi karena daerah ini merupakan ibukota Provinsi dengan berbagai fasilitas yang dimiliki sehingga mempunyai daya tarik tersendiri bagi penduduk di daerah sekitarnya untuk bermigrasi. Apabila dibandingkan dengan Provinsi Sumatera Utara, Sumatera Barat, dan Lampung yang kepadatan penduduknya di atas 100 orang per km<sup>2</sup> serta Provinsi di Pulau Jawa yang mempunyai kepadatan lebih dari 700 orang per km<sup>2</sup>, kepadatan penduduk Provinsi Jambi masih tergolong jarang. Melihat kondisi seperti ini, penduduk Provinsi Jambi masih bisa ditambah dengan cara mengatur arus migrasi, tingkat kelahiran dan kematian. Hal terpenting penambahan penduduk bisa menyebar ke seluruh kabupaten yang ada dan dikelola dengan baik. Tingkat prevalensi ber-KB atau keikutsertaan ber-KB bagi Pasangan Usia Subur (PUS) di Provinsi Jambi mencapai 61,41 persen. Dengan kata lain, masih terdapat sebanyak 38,59 persen PUS yang tidak ikut serta ber-KB.

### **Karakteristik Rumahtangga PUS**

Karakteristik rumahtangga PUS pertama yakni karakteristik umur. Hasil analisis dari 366 PUS yang diwawancarai, terdapat sebanyak 232 orang (63,39 %) tergolong tua, sedangkan selebihnya atau sebanyak 134 orang (36,61 %) tergolong muda. Dari

kelompok umur tua, masih terdapat sebanyak 88 orang (37,93 %) tidak ikutserta dalam ber-KB, dan begitu juga sebaliknya bahwa pada kelompok umur muda tingkat keikutsertaan ber-KB cukup tinggi bahkan sebagian besar (60,45 %) ikutserta ber-KB. Artinya, secara kuantitatif terdapat perbedaan kesertaan KB antara kelompok umur muda dengan kelompok umur tua. Karakteristik rumahtangga PUS kedua yakni karakteristik pendidikan. Hasil laporan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) Tahun 2007, rata-rata pendidikan PUS tamat Sekolah Dasar (SD) (54,91 %) dari jumlah 346 PUS yang diwawancarai. Lebih memprihatinkan lagi masih terdapat sebanyak 88 orang atau 86,27 persen tidak tamat Sekolah Dasar (SD) (Suandi, dkk., 2009). Hal ini mengindikasikan bahwa rata-rata tingkat pendidikan PUS di Provinsi Jambi tergolong sangat rendah, dan bahkan lebih rendah dibandingkan rata-rata pendidikan PUS secara Nasional. Artinya, PUS Provinsi Jambi belum mencapai tingkat pendidikan dasar yang digariskan oleh pemerintah yaitu pendidikan 9 tahun. Padahal tingkat pendidikan cukup berperan dalam kelancaran penerimaan dan menjalan teknologi baru termasuk akses terhadap kesertaan KB terutama di daerah perdesaan.

Karakteristik rumahtangga PUS lainnya adalah karakteristik berdasarkan daerah tempat tinggal. Status tempat tinggal yang dikaji yaitu tempat tinggal yang dikelompokkan desa-kota atau daerah tertinggal dan maju. Menurut Siswanto (1995), perubahan perilaku reproduksi bersamaan dengan terjadinya perubahan pola hidup masyarakat tradisional menjadi masyarakat industri. Data menunjukkan bahwa distribusi PUS di Provinsi Jambi ternyata sebagian besar berada pada daerah tempat tinggal di perdesaan yaitu mencapai 76,63 persen dari 368 PUS. Besarnya proporsi peserta yang berada pada daerah tempat tinggal di perdesaan erat kaitannya dengan distribusi penduduk Provinsi Jambi secara keseluruhan yang sebagian besar berada di perdesaan.

Karakteristik rumahtangga PUS berikutnya adalah karakteristik indeks kesejahteraan. Secara mikro terdapat beberapa istilah yang

digunakan untuk menganalisis tingkat kesejahteraan keluarga, antara lain: kesejahteraan, kesejahteraan finansial, status ekonomi, situasi ekonomi, interaksi sosial, dan lain-lain. Dari beberapa konsep tersebut dapat dijabarkan lebih operasional, terutama dalam konteks kesejahteraan yang bersifat nyata (ekonomi dan finansial). Seperti yang dikemukakan oleh Ferguson, Horwood dan Beutrais (Sumarwan dan Hira, 1993) bahwa kesejahteraan keluarga dapat dibedakan kedalam kesejahteraan ekonomi (*family economic well-being*) dan kesejahteraan material (*family material well-being*). Kesejahteraan ekonomi keluarga (*family economic well-being*) misalnya, diukur dalam pemenuhan akan input keluarga (pendapatan, upah, aset dan pengeluaran), sedangkan kesejahteraan material keluarga (*family material well-being*) diukur dari berbagai bentuk barang dan jasa yang diakses oleh keluarga. Data menunjukkan bahwa distribusi PUS di Provinsi Jambi berdasarkan indeks kesejahteraan masyarakat tampaknya tidak jauh berbeda satu sama lainnya yaitu 48,64 persen PUS pada penduduk miskin dan 51,36 persen PUS pada penduduk kaya dari 368 PUS.

Karakteristik rumahtangga PUS terakhir yang sangat erat kaitannya dengan kesertaan KB adalah karakteristik Anak Masih Hidup (AMH). Data menunjukkan bahwa distribusi PUS di Provinsi Jambi berdasarkan karakteristik Anak Masih Hidup (AMH), tampaknya PUS dengan jumlah AMH (0-2) lebih besar dibandingkan dengan PUS pada AMH (3+) dengan nilai masing-masing 62,77 dan 37,23 persen dari 368 PUS. Namun, setelah dilakukan pembilahan PUS berdasarkan pemakaian alat/cara KB, ternyata PUS dengan jumlah AMH (3+) ternyata lebih besar persentasenya (67,88 %) dibandingkan dengan PUS pada AMH (0-2) yaitu 57,58 persen. Hal ini menunjukkan bahwa secara kuantitatif, PUS yang memiliki AMH lebih besar ternyata tingkat partisipasi kesertaan KB lebih tinggi.

#### **Hubungan Struktural antara Kesehatan Reproduksi dengan Faktor Demografi, dan Sosial Ekonomi**

Keterkaitan faktor demografi dan status sosial ekonomi terhadap pelayanan keluarga

berencana dan kesehatan reproduksi (*Reproductive Health*) dianalisis dengan menggunakan model SEM. Melalui model ini dapat diketahui pengaruh atau hubungan antar konstruk secara kausalitas. Sesuai dengan hipotesis, sehingga variabel konstruk terdiri dari empat bagian variabel laten, yakni: (1) Demografi (Demog) dengan loading variabel: (X1) umur responden, dan (X2) jumlah anak masih hidup, (2) status sosial ekonomi rumahtangga (Sosek) dengan loading variabel: (X3) jenjang pendidikan, (X4) indeks kekayaan, (X5) Status pekerjaan, dan (6) pengambilan keputusan; (3) Pelayanan KB (PelKB) dengan loading variabel: (Y1) akses alat/cara KB, dan (Y2) biaya pemasangan alat/cara KB, dan variabel laten (4) Kesehatan Reproduksi (Kespro) dengan loading variabel: (Y3) pemeriksaan kehamilan, (Y4) umur kawin pertama, Y5) penggunaan kontrasepsi, dan (6) umur melahirkan pertama.

Berdasarkan analisis melalui model SEM dengan program LISREL diperoleh hasil bahwa tingkat validitas konstruk penelitian pengaruh faktor demografi dan status sosial ekonomi terhadap pelayanan KB dan Kesehatan Reproduksi di wilayah penelitian cukup valid. Artinya, model-model yang disusun dalam rancangan penelitian cocok atau fit dengan data yang dikumpulkan. Kecocokan atau kehandalan rancangan penelitian dan data yang dijarang ditandai oleh nilai-nilai alat uji yang digunakan. Nilai hasil pengujian model mendekati dan melebihi dari *cut-off value* yang dikehendaki pada masing-masing alat uji (Tabel 2). Menurut Joreskog dan Sorbom (Freund, dan Carneli, 2004) bahwa ada 31 alat uji yang digunakan dalam menguji model. Namun, uji yang sering digunakan dan relevan yaitu mengukur nilai

Chi-Square ( $X^2$ ), *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), *Goodness of Fit Index* (GFI) dan nilai *Comparative Fit Index* (CFI) (Baker, dkk., 2005). Melalui hasil pengujian model ternyata *item loadings* untuk variabel-variabel laten dalam model juga menunjukkan konsistensi internal (reliabilitas) cukup signifikan.

Hasil pengujian menunjukkan bahwa variabel laten (1) demografi berpengaruh positif sangat nyata terhadap kesehatan reproduksi dengan nilai gamma 2,07, namun tidak berpengaruh terhadap pelayanan KB di Provinsi Jambi. Besarnya pengaruh variabel demografi terhadap kesehatan reproduksi pada wanita kawin di Provinsi Jambi ditentukan oleh besarnya kontribusi variabel pengamatan yakni struktur umur responden, dan jumlah anak masih hidup, masing-masing loading variabel tersebut memberikan kontribusi sebesar 85 dan 80 persen. Artinya, semakin tua umur responden (batas umur 49 tahun), dengan jumlah anak sesuai anjuran maka tingkat kenyamanan dan keamanan kesehatan reproduksi wanita kawin semakin baik. Hasil penelitian ini sejalan dengan temuan Angeles, et.al (Suandi, 2010), melalui penelitian tentang fertilitas dan preferensi secara *Meta-Analysis* di 14 negara Asia dan Afrika termasuk Indonesia dengan model *Multivariat* menunjukkan bahwa faktor struktur umur terutama umur wanita (kontrol kontrasepsi) berpengaruh negatif terhadap *fertilitas*. Artinya, semakin tua umur maka tingkat produktivitas dan fertilitas individu semakin rendah atau menurun.

Hal yang sama juga ditunjukkan oleh laten variabel (2) sosial ekonomi rumahtangga memberikan pengaruh positif dan signifikan terhadap pelayanan Keluarga Berencana, dan

Tabel 2 *Goodness of Fit Index* pengaruh faktor demografi, status sosial ekonomi terhadap pelayanan KB dan kesehatan reproduksi, 2011

No	<i>Goodness of Fit Index</i>	<i>Cut-off value</i>	Hasil Penelitian
1	$X^2$ (Chi – Square) = <i>no sign</i> atau lebih kecil	0,00	0,00
2	RMSEA ( <i>Root Mean Square Error of Approximation</i> )	$\leq 0,08$	0,00
3	GFI ( <i>Goodness of Fit Index</i> )	$\geq 0,90$	0,87
4	CFI ( <i>Comparative Fit Index</i> )	$\geq 0,94$	0,90

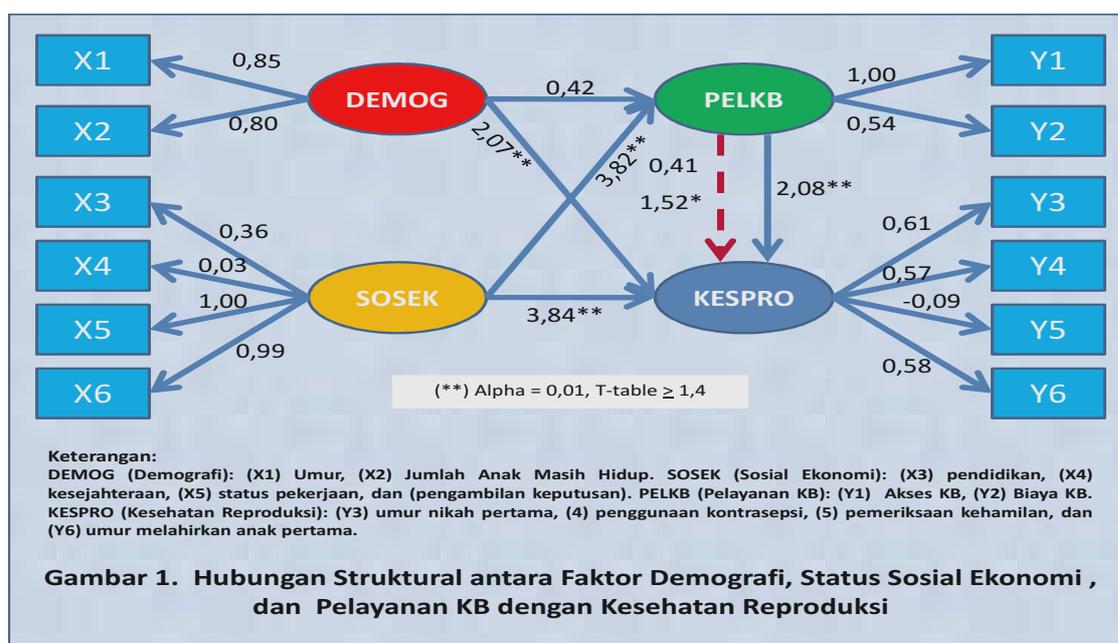
Sumber: Joreskog & Sorbom (Freund, dan Carneli, 2004)

Kesehatan Reproduksi pada wanita kawin di Provinsi Jambi. Kemudian, hasil pengujian melalui model SEM mampu mengungkapkan pengaruh tidak langsung dari variabel laten sosial ekonomi rumahtangga terhadap kesehatan reproduksi wanita kawin di Provinsi Jambi (Gambar 1, dan Tabel 3). Besarnya pengaruh sosial ekonomi rumahtangga terhadap pelayanan KB, dan kesehatan reproduksi wanita kawin di Provinsi Jambi diantaranya ditentukan oleh variabel pengamatan status pekerjaan responden, dan pengambilan keputusan rumahtangga masing-masing memberikan kontribusi sebesar 100 dan 99 persen.

Sebagai contoh, wanita kawin yang memiliki pekerjaan tetap dengan upah standar minimum mereka dapat membantu kebutuhan rumahtangga sehingga ia dapat lebih leluasa memilih alat/cara KB dan pelayanan kesehatan reproduksi terutama pemeriksaan kehamilan dan melahirkan. Kemudian, rumahtangga yang memiliki tingkat pengambilan keputusan yang demokratis mereka mampu memperoleh dan atau mendapatkan pelayanan KB dan rujukan melahirkan anak lebih cepat dan tepat sehingga resiko yang tidak diinginkan dapat

segera diatasi.

Hal ini membuktikan hipotesis yang dibangun sebelumnya bahwa faktor demografi, dan sosial ekonomi rumahtangga secara kausalitas dapat mempengaruhi pelayanan KB dan Kesehatan Reproduksi. Artinya, semakin baik kondisi demografi, dan sosial ekonomi responden maka semakin baik pula tingkat pelayanan KB dan Kesehatan Reproduksi. Hasil ini dibuktikan dengan besarnya peran dari masing-masing loading variabel. Seperti, responden memiliki jumlah anak masih hidup satu orang, dengan usia yang produktif dan didukung lagi dengan tingkat penghasilan rumahtangga yang tergolong hampir berkecukupan walaupun tidak tergolong kaya. Data lain yang cukup mendukung tingginya tingkat pelayanan KB dan Kesehatan Reproduksi di daerah penelitian karena status pekerjaan (tingkat upah yang diterima) memberikan kontribusi positif terhadap kebutuhan kesehatan reproduksi, disamping itu pengambilan keputusan melahirkan anak juga memberikan andil besar. Data hubungan struktural antara kesehatan reproduksi dengan faktor demografi, status sosial ekonomi, dan pelayanan KB dapat dilihat pada Tabel 3.



Tabel 3. Nilai gamma ( $\phi$ ) dan betha ( $\beta$ ) antar Variabel Laten Hubungan struktural antara Kesehatan Reproduksi dengan faktor Demografi, Status Sosial Ekonomi, dan Pelayanan KB, Tahun 2011

No	Laten Variabel	Pelayanan KB		Kesehatan Reproduksi	
		Langsung	Tidak Langsung	Langsung	Tidak langsung
01	Demografi	0,42	-	2,07**	0,41
02	Sosial Ekonomi	3,82**	-	3,84**	1,52*
03	Pelayanan KB	-	-	2,08**	-

Keterangan: (\*\*) menunjukkan tanda pengaruh sangat nyata. T-table= 1,24.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

1. Deskripsi sosio-demografi responden kaitannya dengan pelayanan KB dan Kesehatan reproduksi terlihat dari lima aspek:
  - a. Struktur umur wanita kawin di Provinsi Jambi tergolong pada kelompok umur muda. Hal ini mengindikasikan bahwa distribusi umur responden tergolong pada kelompok umur produktif sehingga pada gilirannya dapat berdampak terhadap tingkat fertilitas (tingkat kelahiran, namun memiliki AMH masih tergolong pada kelompok anggota keluarga kecil (1-2 orang).
  - b. Mayoritas tingkat pendidikan wanita kawin di Provinsi Jambi berada pada kelompok Sekolah Dasar ke bawah yaitu mencapai 54 persen lebih dengan tingkat kesejahteraan tergolong miskin. Distribusi pengeluaran pada kelompok miskin ke bawah hampir mencapai 50 persen, dan sebagian mereka tinggal di daerah perdesaan.
2. Wanita pasangan usia subur di Provinsi Jambi sebagian besar sedang menggunakan metode/cara KB modern dan terdapat sebanyak 45 persen lebih responden menggunakan alat/cara KB jangka pendek. Penggunaan alat/cara KB responden pada saat sekarang ini memperoleh informasi dari Petugas Lapangan KB (PLKB) disamping informasi melalui media Televisi. Cara memperolehnya cukup mudah dan murah.

3. Sebagian besar responden usia kawin pertama di bawah umur 25 tahun, dengan frekuensi pemeriksaan kehamilan memenuhi standar Depkes yaitu diatas enam kali.
4. Hasil pengujian menunjukkan bahwa variabel laten (1) Demografi (Demog) yang terdiri dua loading variabel: (X1) umur responden, dan (X2) jumlah anak masih hidup, memiliki nilai loading yang cukup signifikan. Melalui model diketahui *item loadings* (X1) umur responden ( $\lambda = 0,85$ ), dan (X2) jumlah anak masih hidup ( $\lambda = 0,80$ ). Hal yang sama juga ditunjukkan oleh variabel laten (2) status sosial ekonomi rumahtangga (Sosek) yang terdiri dari empat loading variabel: (X3) jenjang pendidikan, (X4) indeks kekayaan, (X5) status pekerjaan wanita kawin, dan (6) pengambilan keputusan dalam keikutsertaan KB dan kelahiran anak memiliki nilai loading yang cukup signifikan. Hasil analisis menunjukkan bahwa variabel demografi, status sosial ekonomi rumahtangga baik secara langsung maupun tidak langsung berpengaruh positif sangat nyata dan signifikan terhadap pelayanan KB dan Kesehatan Reproduksi (*Reproductive Health*).

### Rekomendasi

- Diharapkan kedepan pemerintah Provinsi Jambi, guna mengatasi masalah pembangunan sumberdaya manusia khususnya Program Keluarga dan Kesehatan Reproduksi, dengan program secara spesifik yaitu melalui:
1. Peningkatan pendidikan dan kesejahteraan keluarga melalui program pemberdayaan

- wanita status kawin berbasis keluarga dengan memanfaatkan sumberdaya lokal,
2. Meningkatkan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) secara intensif kepada setiap keluarga terutama ibu hamil dan suaminya tentang resiko/bahaya melahirkan bayi bukan melalui tenaga kesehatan.
  3. Peningkatan pengetahuan dan pendidikan bagi peserta KB terhadap manfaat dan konsekuensi pemakaian alat/cara KB dan kesehatan reproduksi.
  4. Peningkatan penyuluhan kepada wanita pernah kawin tentang manfaat dan fungsi pemeriksaan kehamilan dan resiko komplikasi selama kehamilan dan melahirkan, terutama umur muda
  5. Peningkatan kinerja tenaga medis dan petugas lapang KB dalam penerangan pemakaian alat/cara KB, dan kesehatan reproduksi,
  6. Pemberdayaan terhadap akseptor KB, baik peserta KB wanita maupun akseptor KB pria untuk peningkatan prevalensi pemakaian alat/cara KB terutama yang efektif atau alat/cara KB jangka panjang.
- Bollen, K.A. 1989. *Structural Equation with Latent Variable*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Freund, A. dan A. Carneli, 2004. *The Relationship between Work Commitment and Organizational Citizenship Behavior among Lawyers in the Private Sector*. *The Journal of Behavioral and Applied Management*. Vol. 5, No.2, p:93-113, winter 2004.
- Siswanto, A. W. 1995. *Transisi Demografi dan Pembangunan Berkelanjutan*. Dalam *POPULASI*, Vol. 6 No.1 tahun 1995. Penelitian Kebijakan Kependudukan, UGM (Hal.19-37). Yogyakarta.
- Suandi, dan Yusnaini, 2000. "Derajat Kesehatan Ibu Hamil dan Faktor-faktor Non-Medis yang Mempengaruhinya di Kabupaten Sarolangun Bangko". Hasil Penelitian Kerjasama PSW- UNJA dengan Bappeda Kabupaten Sarolangun Bangko, tahun 2000.
- Suandi, S. Y. Utomo dan N. Alfiah. 2009. *Survei Demografi dan Kesehatan Provinsi Jambi, Tahun 2007*. Jambi: Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) Provinsi Jambi.
- Suandi, 2010. *Status Sosial Ekonomi dan Fertilitas: A Latent Variable Approach*. *PIRAMIDA: Jurnal Kependudukan dan Pengembangan Sumberdaya Manusia*. Bali: Pusat Penelitian Kependudukan dan PSDM Universitas Udayana, Bali. Vol. VI, No.1, page: 1-8.
- Sumarwan, U. dan H. Tahira. 1993. "The Effects of Percieved Locus of Control and Percieved Incomes Adequacy on Satisfaction with Financial Status of Rural Households". In *Journal of Family Economic Issues*. Vol. 14(4), Winter 1993. pp:343-64.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik, 2006. *Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) Provinsi Jambi*. Jambi: Badan Pusat Statistik Provinsi Jambi
- Human Development Report 2009. *Beyond scarcity: power, poverty, and the global water crisis*. New York: United Nations Development Programme (UNDP).
- Baker, K. R., O. M. Beth, Z. Zachary, Tang Zhe, dan C. Yi-Li. 2005. *Reciprocal Effects of Health and Economic Well-being among Older Adults in Taiwan and Beijing*. New York: Working Paper No. 197. ISSN: 1554-8538. Policy Research Division. Population Council. Inc.