



Katalog BPS :

Bunga Rampai Analisis Determinan Hasil SP2010

BADAN PUSAT STATISTIK
UNITED NATION POPULATION FUND

JAKARTA 2015



BADAN PUSAT STATISTIK



Bunga Rampai Analisis Determinan Hasil SP2010

**BADAN PUSAT STATISTIK
UNITED NATION POPULATION FUND**

JAKARTA 2015



KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan karuniaNya, sehingga Buku **Bunga Rampai Analisis Determinan Hasil Sensus Penduduk 2010** ini dapat diselesaikan. Buku ini merupakan kumpulan tulisan analisis determinan hasil Sensus Penduduk 2010 yang telah disusun oleh para penulis dan editor yang melibatkan para peneliti maupun akademisi di luar BPS RI.

Kegiatan penulisan analisis determinan hasil SP2010 dirancang dengan tujuan untuk memberikan gambaran keadaan penduduk beserta faktor-faktor yang mempengaruhi keadaan sosial ekonomi penduduk berdasarkan data hasil SP2010. Hasil analisis ini diharapkan dapat digunakan sebagai informasi bagi pemerintah maupun para pengambil kebijakan sehingga pelaksanaan pembangunan dapat lebih baik dan tepat sasaran di masa yang akan datang. Analisis Determinan yang dilakukan meliputi 3 aspek/bidang yaitu Fertlitas, Mortalitas dan Migrasi. Penyusunan buku ini merupakan kegiatan lanjutan dari penulisan analisis determinan hasil Sensus Penduduk 2010.

Penyusunan buku ini merupakan kerjasama antara BPS dan UNFPA. Dalam kesempatan ini, Kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan Buku ini. Kritik dan saran untuk penyempurnaan buku ini sangat diharapkan dan semoga bermanfaat bagi kita semua khususnya bagi pihak-pihak yang berminat pada masalah-masalah social dan kependudukan.

Jakarta, Juli 2015

Kepala Badan Pusat Statistik,

Dr. Suryamin, M.Sc

<http://www.bps.go.id>

Daftar Isi

Kata Pengantar	i
Daftar Isi	iii
Analisis Determinan Fertilitas	1
Abstraksi	3
Determinan Fertilitas, SP2010.....	5
1. Pendahuluan.....	5
2. Studi Literatur dan Kerangka Konsep	9
3. Metode Penelitian	15
4. Analisis dan Hasil Penelitian	18
5. Penutup	40
Daftar Pustaka	43
Analisis Determinan Migrasi.....	45
Abstraksi	47
Determinan Migrasi, Analisis Data SP2010	49
1. Pendahuluan.....	49
2. Kajian Pustaka	50
3. Metode Penelitian	52
4. Analisis dan Hasil	54
5. Kesimpulan	80
Daftar Pustaka	82
Analisis Determinan Mortalitas.....	85
Abstraksi	87
Determinan Sosial Kematian Anak Indonesia	89
1. Pendahuluan.....	89
2. Kerangka Konsep dan Literatur <i>Review</i>	90
3. Metodologi	94
4. Hasil dan Pembahasan	96
5. Kesimpulan dan Rekomendasi	120
Daftar Pustaka	122

ANALISIS DETERMINAN FERTILITAS

<http://www.bps.go.id>

Determinan Fertilitas, SP2010

Penulis: Ir. Zainul Hidayat, M.Si

Editor: Dr. Dwini Handayani

Diringkas oleh: Krismawati, MA; Idha Sahara, SST, M.Si; dan Diah Ikawati, MAPS

Abstraksi

Sejak tahun 1970, Indonesia telah berupaya menurunkan tingkat fertilitas melalui program Keluarga Berencana (KB) yang bertujuan untuk mengendalikan jumlah penduduk. Hal ini juga tercermin dalam penurunan laju pertumbuhan penduduk. Namun demikian, sejak tahun 2002 angka fertilitas total/*total fertility rate* (TFR) di Indonesia stagnan.

Penelitian ini mengkaji faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat fertilitas dengan menggunakan faktor-faktor yang bersifat makro, yaitu Produk Domestik Regional Bruto (PDRB), fasilitas kesehatan serta karakteristik daerah seperti median umur dan persentase penduduk perkotaan.

Sumber data yang digunakan adalah Sensus Penduduk (SP) 2010, yang memiliki keterbatasan, sehingga beberapa variabel ditambahkan dari Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) 2010 dan Potensi Desa (Podes) 2011. Unit analisis yang digunakan adalah TFR di tingkat kabupaten/kota di Indonesia. Metode analisis yang digunakan adalah analisis deskriptif dan analisis regresi linier berganda.

Persentase WUS pernah kawin yang tertinggi berada pada kelompok umur 25-34 tahun, jumlahnya mencapai lebih dari sepertiga dari total WUS pernah kawin di Indonesia. Kelompok umur ini memiliki paritas tertinggi. Sementara jika dilihat menurut tingkat pendidikan, semakin tinggi tingkat pendidikan WUS maka jumlah anak lahir hidup (ALH) dan anak masih hidup (AMH) akan menurun.

Variabel-variabel bebas yang mempengaruhi TFR kabupaten/kota memiliki arah yang berbeda-beda. *Contraceptive Prevalence Rate* (CPR), Umur Kawin Pertama (UKP) yang diinteraksi dengan status perkawinan, median umur wanita usia subur (WUS), penduduk perkotaan serta PDRB berpengaruh terhadap TFR dengan arah negatif, yaitu ketika variabel-variabel ini naik maka TFR kabupaten/kota akan menurun sebesar koefisien masing-masing variabel. Sedangkan variabel yang mempengaruhi TFR dengan arah positif pada model ini adalah UKP, migrasi masuk WUS, tingkat kemiskinan, dan WUS bekerja, dimana ketika variabel-variabel tersebut meningkat maka TFR kabupaten/kota akan meningkat sebesar koefisien variabel tersebut. Hasil lain adalah UKP tidak mempengaruhi TFR dengan model linier, melainkan dengan model interaksi.

<http://www.bps.go.id>

Determinan Fertilitas, SP2010

Penulis: Ir. Zainul Hidayat, M.Si

Editor: Dr. Dwini Handayani

Diringkas oleh: Krismawati, MA; Idha Sahara, SST, M.Si; dan Diah Ikawati, MAPS

1. Pendahuluan

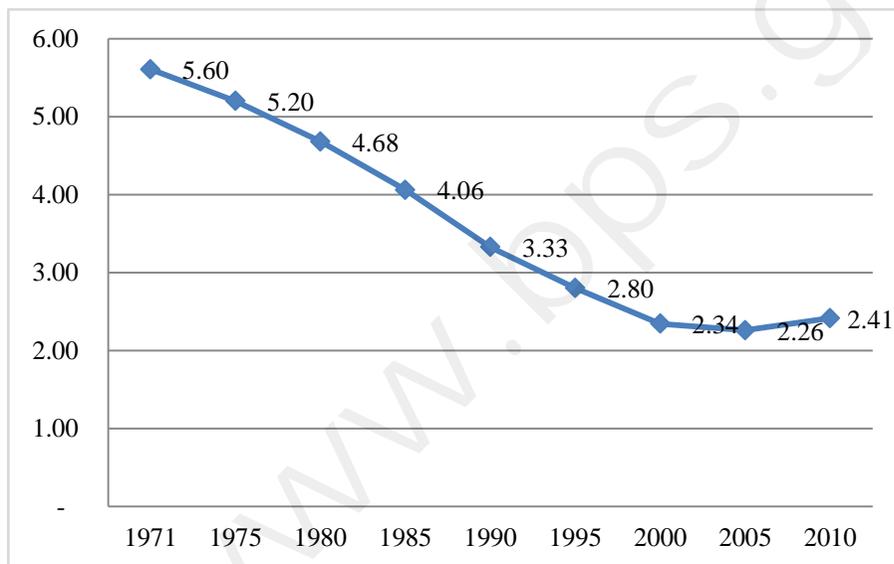
1.1. Latar Belakang

Penduduk merupakan aspek penting dalam pembangunan, karena penduduk merupakan subjek dan sekaligus sebagai objek dalam pembangunan. Dalam hal ini pembangunan dilakukan oleh penduduk dan bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan penduduk itu sendiri. Pembangunan berwawasan kependudukan merupakan hal mutlak yang harus diperhatikan, dengan menitikberatkan pada potensi, kondisi, dan pengembangan kualitas sumber daya manusia. Pertumbuhan penduduk menjadi faktor penting yang harus diperhatikan dari waktu ke waktu. Ada dua faktor penting dalam dinamika pertumbuhan penduduk, yaitu pertumbuhan alamiah dan pertumbuhan non alamiah. Pertumbuhan penduduk alamiah merupakan faktor utama dalam pertumbuhan penduduk di Indonesia. Pertumbuhan alamiah bergantung pada dinamika kelahiran dan kematian. Indikator penting dalam dinamika kelahiran alamiah adalah angka fertilitas total atau *Total Fertility Rate* (TFR). Secara konseptual, angka kelahiran total mencerminkan rata-rata banyaknya anak yang dilahirkan seorang wanita hingga akhir masa reproduksinya. Dengan demikian pola fertilitas seorang wanita diharapkan terus menurun hingga mencapai titik tertentu yang mengarah pada pertumbuhan penduduk stabil (*stable population*).

Sejak tahun 1970, Indonesia telah berupaya untuk menurunkan tingkat fertilitas melalui program Keluarga Berencana (KB) yang bertujuan untuk mengendalikan jumlah penduduk. Keberhasilan program KB telah mampu menurunkan angka fertilitas total dari 5,61 anak per wanita usia subur pada tahun 1971 (Sensus Penduduk, 1971) menjadi 3,33 anak per wanita usia subur pada tahun 1990 (Sensus Penduduk, 1990) dan 2,27 anak per wanita usia subur pada tahun 2000 (Sensus Penduduk, 2000). Keberhasilan program KB bahkan telah mendapatkan pengakuan dari dunia internasional ketika Indonesia menerima penghargaan kependudukan dari Persatuan Bangsa-Bangsa (PBB) pada tahun 1989. Namun demikian, di tahun 2010 angka fertilitas total sedikit mengalami kenaikan menjadi 2,41 per wanita usia subur. Keberhasilan pengendalian kelahiran selama ini juga tercermin dalam penurunan laju pertumbuhan penduduk. Pertumbuhan penduduk pada tahun

1971 – 1980 mencapai 2,31 persen per tahun dan menurun hingga 1,49 persen pada tahun 2000 - 2010.

Tren TFR Indonesia tahun 1971-2010 disajikan dalam Gambar 1.1, dimana gambar tersebut menunjukkan penurunan TFR yang sangat nyata dari 5,60 pada tahun 1971 menjadi 2,26 pada tahun 2005. Namun demikian pada tahun 2010 TFR naik menjadi 2,41. Secara khusus, Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2002-2003, 2007, dan 2012, menunjukkan TFR konstan pada tingkat 2,6 anak per wanita usia subur. Angka ini relatif masih jauh dari target laju pertumbuhan di bawah 1 persen dan TFR 2,1 anak per wanita usia subur di tahun 2015.



Gambar 1.1 Tren TFR

Sumber: BPS

Fenomena TFR yang tidak berubah ini sebenarnya juga dialami oleh negara-negara lain yang sedang mengalami transisi fertilitas. Penelitian Bongaarts (2005) terhadap tujuh negara yang mengalami stagnansi TFR yaitu Bangladesh, Kolombia, Republik Dominika, Ghana, Kenya, Peru, dan Turki menunjukkan bahwa selama dua kali Survei Demografi dan Kesehatan, TFR negara-negara tersebut tidak mengalami penurunan, sementara negara-negara itu masih dalam proses transisi menuju tingkat *replacement level* (TFR=2,1). TFR di negara-negara tersebut stagnan pada tingkat antara 2,1 hingga 5 per wanita. Menurut Bongaarts, faktor yang menyebabkan TFR stagnan adalah penurunan yang tajam dalam permintaan dan pemakaian kontrasepsi serta perubahan dalam preferensi fertilitas yang diukur dari jumlah anak yang diinginkan. Dari faktor sosial ekonomi, tidak ada satupun dari tujuh negara itu memiliki

kesamaan. Artinya, setiap negara memiliki penyebab stagnansi TFR yang berbeda-beda. Bongaarts menambahkan, TFR yang stagnan tidak disebabkan oleh menurunnya akses terhadap kontrasepsi karena negara-negara tersebut masih mendukung pelaksanaan program KB.

Fenomena TFR yang konstan di banyak negara, termasuk Indonesia patut menjadi perhatian, sehingga diperlukan analisa yang mendalam terhadap faktor-faktor yang berpengaruh terhadap TFR. Dari berbagai studi, analisis faktor-faktor penentu TFR banyak mengadopsi kerangka pikir yang dikembangkan oleh Davis dan Blake (1956), Freedman dan Bongaarts (1978), dan Becker (1992). Menurut Davis dan Blake, fertilitas dipengaruhi secara tidak langsung oleh faktor-faktor sosial, ekonomi, dan budaya. Faktor-faktor tersebut mempengaruhi fertilitas melalui faktor-faktor langsung yang terkait dengan ketiga tahap reproduksi (tahap hubungan seksual, tahap konsepsi, dan tahap kehamilan), yang juga kerap kali disebut sebagai variabel antara. Pemikiran tersebut diperkuat oleh pemikiran Freedman dan Bongaarts (1978) yang mengembangkan model determinan proksi. Sementara Becker (1992) memperkenalkan analisis fertilitas dengan menggunakan pendekatan ekonomi, dimana tingkat pendapatan orang tua dan biaya membesarkan anak berpengaruh terhadap tingkat kelahiran. Dalam pemikirannya, anak dipandang sebagai "barang konsumsi" yang memberikan utilitas sekaligus memerlukan biaya.

Selain itu, dalam penelitian-penelitian terdahulu mengenai fertilitas umumnya menggunakan atau memasukkan faktor-faktor yang sifatnya mikro, seperti karakteristik rumah tangga terhadap fertilitas. Namun dalam penelitian ini hanya akan dilihat mengenai determinan fertilitas yang bersifat makro saja, seperti PDRB, persentase penduduk perkotaan, migrasi, dan sebagainya. Penggunaan determinan yang sifatnya makro tersebut dimaksudkan untuk melihat determinan fertilitas yang dapat digunakan secara berkesinambungan untuk melihat dinamika fertilitas Indonesia, khususnya di tingkat kabupaten/kota.

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan menggunakan data Sensus Penduduk 2010 (SP2010), Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) 2010, Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) 2010, dan Potensi Desa (Podes) 2011. Pembahasan dari penelitian ini akan dilengkapi dengan informasi dari aspek sosial-ekonomi, faktor konsepsi, kesehatan atau fasilitas kesehatan, serta karakteristik dari lingkungan tersebut. Informasi-informasi pendukung tersebut diperoleh melalui studi pustaka dan akan dijelaskan lebih lanjut pada bab berikutnya.

1.2. Perumusan Masalah

TFR di Indonesia menurut SDKI memperlihatkan tren menurun dari tahun 1991-2002. Kemudian mengalami sedikit kenaikan dari tahun 2002 ke 2007 yaitu dari 2,56 menjadi 2,59. Dari tren tersebut, dapat terlihat bahwa fertilitas di Indonesia yang diukur dari TFR memiliki kecenderungan semakin meningkat setelah berhasil diturunkan secara drastis. Kecenderungan peningkatan fertilitas tersebut dapat berdampak berat terhadap pembangunan di Indonesia. Oleh karena itu, penelitian berkesinambungan mengenai determinan fertilitas di Indonesia perlu dilakukan untuk melihat dinamika fertilitas penduduk Indonesia.

Tingkat fertilitas di wilayah Indonesia berbeda-beda antara satu daerah dengan daerah lainnya. Ada beberapa provinsi yang memiliki fertilitas yang tinggi dan ada juga provinsi yang memiliki tingkat fertilitas yang rendah, Kota-kota dalam satu provinsi pun dapat memiliki tingkat fertilitas yang berbeda-beda. Perbedaan tingkat fertilitas di kota-kota tersebut kemungkinan disebabkan karena perbedaan keadaan atau kondisi daerah tersebut.

Penelitian ini ingin mengkaji faktor-faktor yang mungkin mempengaruhi tingkat fertilitas suatu daerah dengan menggunakan faktor-faktor yang bersifat makro saja, yaitu PDRB, fasilitas kesehatan serta karakteristik daerah seperti median umur dan persentase penduduk perkotaan.

1.3. Tujuan Penelitian

Tujuan umum dari penelitian ini adalah mengkaji faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat fertilitas kabupaten/kota berdasarkan hasil SP2010, Susenas 2010 dan Podes 2011. Sedangkan tujuan khususnya adalah mempelajari atau melihat ada tidaknya pengaruh atau hubungan antara:

1. Faktor sosial-ekonomi dengan fertilitas
2. Faktor konsepsi dengan fertilitas
3. Karakteristik daerah dengan fertilitas

1.4. Manfaat Penelitian

Hasil dari penelitian ini diharapkan mampu menyediakan informasi mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat fertilitas di kabupaten/kota yang kemudian dapat digunakan pada tahun-tahun berikutnya untuk melihat dinamika fertilitas di kabupaten/kota di Indonesia. Hal tersebut kemudian diharapkan dapat menjadi masukan bagi penentu kebijakan untuk mengendalikan tingkat fertilitas.

2. Studi Literatur dan Kerangka Konsep

2.1. Tinjauan Pustaka (Determinan Fertilitas)

Berbicara tentang fertilitas tidak lepas dari proses reproduksi. Dalam artikelnya, Davis and Blake (1956) memaparkan bahwa reproduksi terdiri dari tiga tahapan penting, yaitu hubungan seksual (*intercourse*), konsepsi (*conception*), serta kehamilan dan kelahiran (*gestation and parturition*).

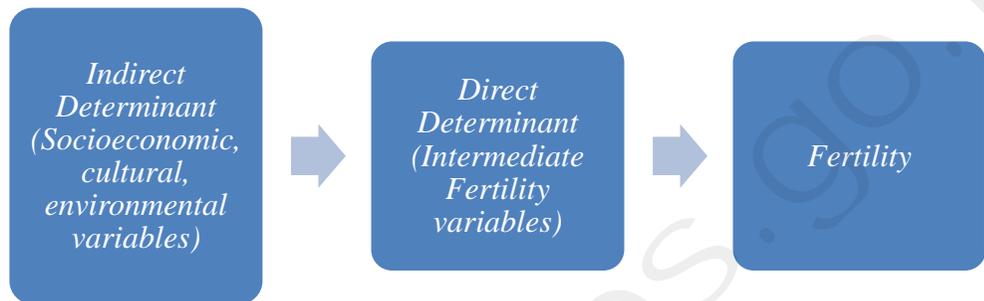
Dalam teori determinan fertilitas yang dipaparkan oleh Davis and Blake (1956) terdapat sebelas variabel antara yang mempengaruhi fertilitas dan dikelompokkan dalam tiga tahap proses reproduksi, yaitu sebagai berikut:

1. Faktor-faktor yang mempengaruhi hubungan seksual (*Intercourse variables*)
 - A. Faktor-faktor yang mengatur tidak terjadinya hubungan kelamin:
 - 1) Umur mulai hubungan kelamin
 - 2) Selibat permanen: proporsi wanita yang tidak pernah mengadakan hubungan kelamin
 - 3) Lamanya masa reproduksi sesudah atau diantara masa hubungan kelamin:
 - a. Bila kehidupan suami istri cerai atau pisah
 - b. Bila kehidupan suami istri berakhir karena suami meninggal dunia
 - B. Faktor-faktor yang mengatur terjadinya hubungan kelamin
 - 1) Abstinensi sukarela
 - 2) Berpantang karena terpaksa (impotensi, sakit, atau pisah sementara)
 - 3) Frekuensi hubungan seksual
2. Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya konsepsi (*Conception variables*)
 - 1) Kesuburan atau kemandulan yang dipengaruhi oleh faktor-faktor yang tidak disengaja
 - 2) Menggunakan atau tidak menggunakan metode kontrasepsi:
 - a. Menggunakan cara-cara mekanik dan bahan-bahan kimia
 - b. Menggunakan cara-cara lain
 - 3) Kesuburan atau kemandulan yang dipengaruhi oleh faktor-faktor yang disengaja (sterilisasi, subinsisi, obat-obatan dan sebagainya)
3. Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya kehamilan dan kelahiran (*gestation and parturition variables*)
 - 1) Mortalitas janin yang disebabkan oleh faktor-faktor yang tidak disengaja
 - 2) Mortalitas janin yang disebabkan oleh faktor-faktor yang disengaja

Dari beberapa variabel antara yang dijelaskan oleh Davis dan Blake, penelitian ini akan mengambil beberapa variabel, seperti median umur, kontrasepsi, proporsi

wanita usia subur (WUS) yang bekerja dan sebagainya yang akan dijelaskan lebih lanjut di subbab dan bab selanjutnya.

Selain penelitian dari Davis dan Blake, salah satu penelitian yang juga mempelajari mengenai determinan dari fertilitas adalah penelitian dari John Bongaarts (1978) yang memaparkan bahwa faktor-faktor sosial-ekonomi secara tidak langsung berpengaruh terhadap fertilitas.



Gambar 2.1 Pengaruh terhadap Fertilitas oleh Davis dan Blake

Sumber: Blake, 1956

Meskipun pengaruh atau hubungan tersebut telah diperkenalkan sebelumnya oleh Davis dan Blake namun pembuktian kuantitatif yang menghubungkan variabel-variabel antara tersebut dengan tingkat fertilitas belum dilakukan. Pembuktian hubungan tersebut secara kuantitatif dilakukan oleh Bongaarts pada tahun 1978.

Dalam penelitian kuantitatifnya tersebut, Bongaarts (1978) menyederhanakan 11 variabel antara yang diperkenalkan oleh Davis and Blake menjadi 8 faktor yang dikelompokkan menjadi tiga kategori umum, yaitu sebagai berikut:

- A. *Exposure factors:*
 1. Proporsi penduduk yang menikah (*Proportion of married*)
- B. *Deliberate marital fertility control factors:*
 2. Kontrasepsi
 3. *Induced Abortion*
- C. *Natural marital fertility factors*
 4. *Lactational infecundability*
 5. Frekuensi hubungan seksual
 6. *Sterility*
 7. *Spontaneous intrauterine mortality*
 8. *Duration of fertile period*

Dari beberapa variabel di atas, Bongaarts (1978) menemukan variasi dalam empat faktor, yaitu perkawinan, kontrasepsi, pemberian ASI, dan aborsi. Empat faktor

tersebutlah yang kemudian menjadi penyebab perbedaan fertilitas dalam suatu populasi. Model yang digunakan dalam penelitian ini yang menghubungkan antara variabel antara dengan tingkat fertilitas sifatnya sangat agregat sehingga dapat diaplikasikan secara luas. Hal tersebut yang mendasari penelitian ini untuk melihat determinan fertilitas populasi.

Teori lain yang juga membahas mengenai variabel antara yang diperkenalkan oleh Davis dan Blake adalah teori fertilitas dari Freedman mengenai variabel antara dan norma sosial. Menurut Freedman, variabel antara yang dijelaskan Davis dan Blake yang berpengaruh terhadap fertilitas pada dasarnya juga dipengaruhi oleh norma-norma yang berlaku di suatu masyarakat. Pada akhirnya, perilaku fertilitas seseorang dipengaruhi oleh norma-norma yang ada yaitu norma tentang besarnya keluarga dan norma mengenai variabel antara itu sendiri. Norma tentang besarnya keluarga serta norma mengenai variabel antara tersebut dipengaruhi juga oleh tingkat mortalitas dan struktur sosial ekonomi yang ada di masyarakat.

Dalam teori yang dikemukakan oleh Freedman, variabel antara yang diperkenalkan oleh Davis dan Blake akan menjadi variabel utama yang merupakan penghubung antara “norma-norma fertilitas” yang sudah diterima oleh masyarakat, dengan jumlah anak yang dimiliki (*outcome*). Oleh karena itu, penelitian ini juga memasukkan beberapa variabel yang dapat dikategorikan ke dalam norma, yaitu status kawin dan preferensi jenis kelamin anak.

2.2. Tinjauan Literatur

a. Pendidikan

Pendidikan umumnya dijadikan faktor sosio-demografi yang mempengaruhi tingkat fertilitas. Tingkat pendidikan yang tinggi umumnya membuat usia kawin pertama meningkat sehingga usia seorang wanita maupun usia pasangannya ketika memiliki anak pertama juga akan meningkat. Penelitian dari Matthew dan Ikpotokin (2012) di Nigeria menemukan bahwa wanita yang tidak menempuh pendidikan dan wanita yang menempuh pendidikan hanya sampai sekolah menengah pertama cenderung memiliki lebih banyak anak dibandingkan wanita yang menempuh pendidikan lebih tinggi.

b. Tingkat Kemiskinan

Tingkat kemiskinan berkaitan dengan sumber daya yang dimiliki oleh seseorang, rumah tangga, maupun suatu daerah. Ketersediaan sumber daya mempengaruhi permintaan terhadap suatu barang atau jasa, sama halnya permintaan terhadap anak. Oleh karena itu, penelitian ini bermaksud melihat hubungan antara tingkat kemiskinan suatu daerah dengan tingkat fertilitasnya.

- c. PDRB
Hampir sama dengan tingkat kemiskinan, PDRB menggambarkan keadaan ekonomi suatu daerah tetapi dengan arah yang berlawanan dengan pengaruh tingkat kemiskinan. Daerah dengan PDRB yang tinggi umumnya memiliki penyedia pelayanan kesehatan termasuk KB yang lebih baik daripada daerah dengan PDRB yang rendah. Penelitian ini ingin melihat apakah kondisi ekonomi suatu daerah, yaitu PDRB yang berpengaruh terhadap pelayanan kesehatan dan KB juga turut mempengaruhi tingkat fertilitas suatu kabupaten/kota.
- d. Wanita Usia Subur (WUS) yang berstatus bekerja
Keputusan seseorang untuk bekerja atau tidak bekerja dapat mempengaruhi tingkat fertilitasnya. Karena ketika seseorang memutuskan untuk bekerja, kemungkinan orang tersebut belum merencanakan untuk menikah dan memiliki anak sehingga tingkat fertilitasnya pun rendah. Namun ternyata, menurut tulisan yang diterbitkan oleh *Directorate for Employment, Labor, and Social Affairs* (DELSA, 2005) mengenai tren dan determinan fertilitas mengungkapkan bahwa hubungan antara partisipasi kerja wanita dengan tingkat fertilitas sangat kompleks.
- e. Usia Kawin Pertama (UKP)
Usia Kawin Pertama berpengaruh terhadap tingkat fertilitas seseorang. Hal tersebut dikarenakan UKP berpengaruh terhadap usia memiliki anak serta jumlah anak yang akan dilahirkan oleh seorang wanita. Saat UKP meningkat, maka pada umumnya fertilitas akan turun, karena rentang waktu memiliki anak menjadi semakin pendek sehingga jumlah anak yang dilahirkan oleh seorang wanita juga akan menurun. Oleh karena itu, penelitian ini akan memasukkan variabel UKP sebagai salah satu determinan dari fertilitas suatu daerah.
- f. *Contraceptive Prevalence Rate* (CPR)
Penggunaan kontrasepsi telah dibahas sebelumnya pada teori Davis dan Blake (1956). Penggunaan kontrasepsi berpengaruh langsung terhadap tingkat fertilitas seseorang karena mempengaruhi terjadinya konsepsi. Oleh karena itu, penelitian ini juga memasukkan CPR sebagai salah satu faktor yang mempengaruhi fertilitas, di mana CPR dalam penelitian ini dibagi menjadi dua yaitu CPR WUS usia 15-24 tahun dan CPR WUS usia 25-34 tahun.
- g. Penggunaan Bahasa Indonesia Sehari-hari
Penggunaan bahasa Indonesia merupakan bagian penting dalam komunikasi masyarakat. Sehingga penggunaan bahasa ini merupakan faktor yang bisa dipandang sebagai bagian dari pemahaman masyarakat terhadap media

advokasi program pemerintah, terutama advokasi yang berkaitan dengan program KB, yang akhirnya akan berdampak terhadap fertilitas.

h. Status Kawin

Status kawin berkaitan dengan norma sosial, seperti yang telah dijelaskan oleh Freedman (1962) sebagai salah satu determinan fertilitas. Status kawin dikatakan berpengaruh terhadap fertilitas karena umumnya wanita melahirkan didalam status perkawinan. Oleh karena itu, tingkat fertilitas dari WUS dengan status kawin umumnya akan lebih besar dari tingkat fertilitas WUS dengan status lainnya.

i. Penolong Persalinan Medis

Penolong persalinan medis dapat menggambarkan fasilitas atau akses kesehatan pada kabupaten/kota tersebut. Umumnya, fertilitas akan lebih rendah pada daerah dengan persentase penolong persalinan medis yang besar. Oleh karena itu, penelitian ini memasukkan penolong persalinan medis sebagai salah satu determinan tingkat fertilitas kabupaten/kota.

j. Jumlah Tenaga Medis

Rasio jumlah tenaga medis terhadap jumlah WUS merupakan indikator penting dalam menurunkan tingkat fertilitas di suatu wilayah. Pelayanan alat kontrasepsi dan pelayanan pasca melahirkan merupakan faktor yang terkait dengan jumlah tenaga medis. Selain itu juga, penyuluhan tentang keluarga berencana semestinya juga dikaitkan dengan peran dan tanggungjawab petugas medis di suatu wilayah.

k. Jumlah Fasilitas Kesehatan

Fasilitas kesehatan merupakan sarana pendukung dalam memberikan layanan kepada WUS, baik dalam hal pelayanan kontrasepsi maupun layanan kesehatan secara umum, termasuk juga pelayanan pasca kehamilan. Akses WUS terhadap pelayanan medis diharapkan akan mampu mengontrol kelahiran dengan membangun kesadaran terhadap jarak kelahiran, jumlah kelahiran dan penanaman keluarga kecil bahagia dan sejahtera.

l. Umur (median)

Median umur umumnya mempengaruhi tingkat fertilitas suatu wilayah kabupaten/kota. Hal tersebut dikarenakan tingkat fertilitas berbeda-beda di setiap kelompok umur. Oleh karena itu, penelitian ini juga akan menggunakan median umur WUS di kabupaten/kota untuk melihat apakah faktor tersebut mempengaruhi tingkat fertilitas kabupaten/kota.

m. Persentase Penduduk Perkotaan

Daerah dengan persentase penduduk perkotaan yang besar dapat dikatakan lebih maju dibandingkan daerah dengan persentase penduduk perdesaan yang besar, karena daerah perkotaan biasanya mempunyai fasilitas-fasilitas penunjang kehidupan termasuk fasilitas kesehatan yang lengkap daripada daerah perdesaan. Ketersediaan fasilitas kesehatan berpengaruh terhadap tingkat fertilitas karena mempengaruhi penggunaan kontrasepsi. Oleh karena itu, penelitian ini memasukkan persentase penduduk perkotaan sebagai salah satu faktor yang mempengaruhi tingkat fertilitas kabupaten/kota.

n. Migrasi Risen Masuk

Menurut penelitian Genereux (2007), migrasi juga dapat dihubungkan dengan tingkat fertilitas. Apabila migrasi risen masuk dilakukan oleh WUS, maka hal tersebut dapat berpengaruh terhadap tingkat fertilitas suatu daerah karena migrasi tersebut menambah jumlah WUS di daerah tersebut. Penambahan WUS tersebut akan mempengaruhi median umur WUS di daerah tersebut yang kemungkinan berpengaruh terhadap tingkat fertilitas suatu daerah. Oleh karena itu, penelitian ini akan menggunakan migrasi risen masuk sebagai salah satu faktor yang mempengaruhi fertilitas kabupaten/kota.

2.3. Kerangka Analisis

Setelah melakukan tinjauan pustaka serta tinjauan literatur mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat fertilitas, Tabel 2.1 menjelaskan definisi faktor-faktor yang teridentifikasi pada literatur dan faktor-faktor yang benar-benar akan digunakan dalam penelitian ini.

Tabel 2.1 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Fertilitas

Faktor	Pada Literatur	Pada Penelitian Ini
Sosial-Ekonomi	Pendidikan	Rata-rata lama sekolah
	Tingkat kemiskinan	Persentase penduduk dibawah garis kemiskinan
	PDRB	Produk Domestik Regional Bruto (milliar)
	WUS pernah kawin yang bekerja	Persentase WUS berstatus pernah kawin yang bekerja
Konsepsi	UKP	Umur kawin pertama
	CPR	<i>Contraceptive Prevalency Rate</i> adalah persentase WUS yang menggunakan kontrasepsi, dihitung dari data Susenas 2010

	Mengerti Bahasa Indonesia	Persentase WUS berstatus pernah kawin yang mengerti Bahasa Indonesia
	Status kawin	Persentase WUS yang berstatus pernah kawin
Fasilitas Kesehatan	Penolong persalinan medis	Persentase persalinan balita terakhir dalam lima tahun terakhir yang ditolong oleh tenaga medis, berdasarkan data Susenas 2010
	Rasio Tenaga Kesehatan	Rasio tenaga kesehatan per 1000 WUS. Data jumlah kesehatan bersumber dari PODES 2011
	Rasio Fasilitas Kesehatan	Rasio fasilitas kesehatan per 1000 penduduk. Data Jumlah fasilitas kesehatan bersumber dari Data Podes 2011
Karakteristik	Umur	Median umur WUS pernah kawin
	Penduduk perkotaan	Persentase penduduk yang tinggal di perkotaan
	Migrasi risen masuk	Persentase WUS pernah kawin yang melakukan migrasi risen masuk

3. Metode Penelitian

3.1. Sumber Data

Penelitian ini menggunakan data sekunder yang diambil dari hasil SP2010 yang dilaksanakan oleh Badan Pusat Statistik (BPS). Sensus ini dilaksanakan di seluruh provinsi di Indonesia, sehingga keterbatasannya adalah data yang tersedia hanya berupa data yang sifatnya umum atau tidak terlalu khusus. Selain data dari SP2010, penelitian ini juga menggunakan data Susenas tahun 2010 dan data Podes 2011.

3.2. Unit Analisis

Unit analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah TFR di tingkat kabupaten/kota di Indonesia. Penelitian ini merupakan penelitian kebijakan (*policy research*) yang menganalisis variabel-variabel agregat atau makro di tingkat kabupaten/kota. Penggunaan variabel agregat atau makro ini dilakukan agar memberikan manfaat secara langsung kepada para pengambil kebijakan di tingkat kabupaten/kota sebagai ujung tombak pelaksana pembangunan di Indonesia.

3.3. Definisi Variabel

Variabel terikat yang digunakan adalah TFR, yaitu rata-rata jumlah anak yang dilahirkan hidup oleh seorang perempuan selama masa reproduksinya. Sedangkan variabel bebas yang digunakan dalam penelitian terdiri dari faktor sosial ekonomi, faktor konsepsi, fasilitas kesehatan, serta karakteristik daerah. Faktor sosial ekonomi terdiri dari rata-rata lama sekolah, persentase WUS yang bekerja, persentase penduduk miskin, serta PDRB. Faktor konsepsi terdiri dari UKP, CPR yang dibagi menjadi dua yaitu CPR WUS 15-24 tahun dan CPR WUS 25-34 tahun, serta status kawin. Fasilitas kesehatan dilihat dari persentase persalinan yang ditolong tenaga penolong medis. Sedangkan karakteristik daerah terdiri dari median umur WUS, persentase penduduk perkotaan, serta migrasi risen masuk.

3.4. Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan dua metode analisis, yaitu analisis deskriptif dan analisis inferensial. Dua metode tersebut digunakan agar dapat saling melengkapi dan diharapkan dapat memberikan hasil sesuai dengan tujuan dan manfaat penelitian yang sudah dijelaskan pada bab-bab sebelumnya.

Analisis deskriptif dalam penelitian ini digunakan untuk menyajikan rangkuman statistik dalam bentuk tabulasi dan atau grafik sehingga didapat gambaran masing-masing variabel serta hubungan antar variabel secara bebas.

Analisis inferensial digunakan untuk melakukan pengujian hipotesis yang dibuat berdasarkan data atau sampel yang diambil. Dalam melakukan analisis inferensial, penelitian ini menggunakan salah satu perangkat lunak statistik, yaitu SPSS. Penelitian ini melakukan analisis inferensial menggunakan metode analisis regresi biasa atau OLS.

Model

Model yang digunakan untuk mengestimasi parameter variabel tersebut adalah sebagai berikut:

$$TFR = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_5 + \beta_6 X_6 + \beta_7 X_7 + \beta_8 X_8 + \beta_9 X_9 + \beta_{10} X_{10} + \beta_{11} X_{11} + \beta_{12} X_{12} + \beta_{13} X_{13} + \beta_{14} X_{14} + \beta_{15} X_{15} + \beta_{16} X_{16}$$

TFR : Tingkat fertilitas (TFR)

X_1 : CPR total

X_2 : UKP

X_3 : UKP yang diinteraksikan dengan status kawin

- X_4 : Median usia WUS
- X_5 : Penduduk perkotaan (dalam ln)
- X_6 : Migrasi risen masuk WUS
- X_7 : Lama sekolah
- X_8 : Lama sekolah kuadrat
- X_9 : Tingkat kemiskinan
- X_{10} : Persalinan yang ditolong oleh tenaga medis
- X_{11} : PDRB (dalam ln)
- X_{12} : Petugas kesehatan
- X_{13} : Jumlah fasilitas kesehatan yang diinteraksikan dengan jumlah penduduk
- X_{14} : Jumlah fasilitas kesehatan kuadrat
- X_{15} : Pekerjaan WUS
- X_{16} : WUS yang menggunakan bahasa Indonesia sehari-hari

3.5. Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Kabupaten/Kota dengan rata-rata lama sekolah penduduk yang lebih tinggi akan memiliki tingkat fertilitas yang rendah.
- b. Kabupaten/Kota dengan persentase penduduk miskin yang lebih tinggi akan memiliki tingkat fertilitas yang tinggi.
- c. Kabupaten/Kota dengan PDRB yang lebih tinggi akan memiliki tingkat fertilitas yang rendah.
- d. Kabupaten/Kota dengan persentase WUS berstatus pernah kawin yang bekerja yang lebih tinggi akan memiliki tingkat fertilitas yang rendah.
- e. Kabupaten/Kota dengan UKP yang lebih tinggi akan memiliki tingkat fertilitas yang rendah.
- f. Kabupaten/Kota dengan CPR yang lebih tinggi akan memiliki tingkat fertilitas yang rendah.
- g. Kabupaten/Kota dengan persentase WUS yang menggunakan bahasa Indonesia sehari-hari yang lebih tinggi akan memiliki tingkat fertilitas yang rendah.

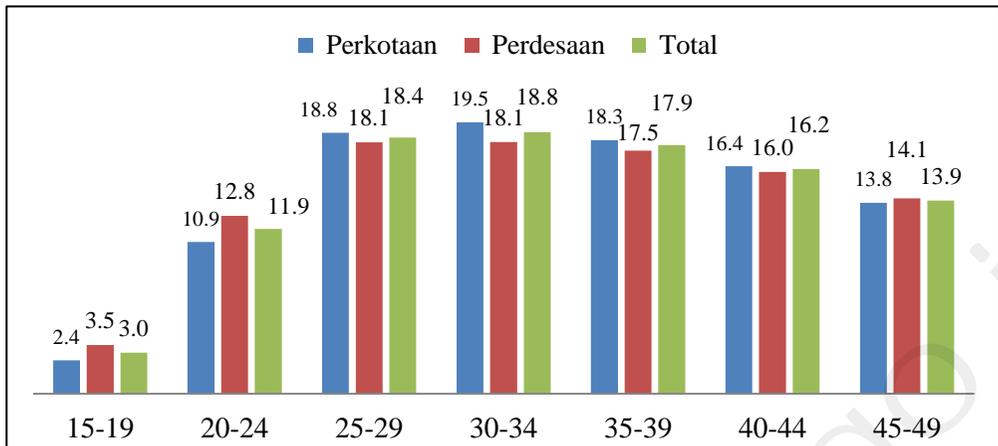
- h. Kabupaten/Kota dengan persentase WUS berstatus pernah kawin yang lebih tinggi akan memiliki tingkat fertilitas yang rendah.
- i. Kabupaten/Kota dengan persentase persalinan yang ditolong oleh tenaga media yang lebih tinggi akan memiliki tingkat fertilitas yang rendah.
- j. Kabupaten/Kota dengan rasio fasilitas kesehatan yang lebih banyak maka tingkat fertilitas di kabupaten/kota tersebut akan semakin rendah.
- k. Kabupaten/Kota dengan rasio petugas kesehatan yang lebih banyak maka tingkat fertilitas di kabupaten/kota tersebut akan semakin rendah.
- l. Kabupaten/Kota dengan median umur yang lebih tinggi akan memiliki tingkat fertilitas yang rendah.
- m. Kabupaten/Kota dengan persentase penduduk perkotaan yang lebih tinggi akan memiliki tingkat fertilitas yang rendah.
- n. Kabupaten/Kota dengan persentase migrasi risen WUS yang lebih tinggi akan memiliki tingkat fertilitas yang tinggi.

4. Analisis dan Hasil Penelitian

4.1. Analisis Deskriptif

4.1.1. WUS Pernah Kawin Menurut Umur dan Daerah Tempat Tinggal

Gambar 4.1 menyajikan distribusi persentase WUS pernah kawin berdasarkan kelompok umur dan daerah tempat tinggal. Persentase WUS pernah kawin yang tertinggi berada pada kelompok umur 30-34 tahun sebesar 18,82 persen dan pada kelompok umur 25-29 tahun sebesar 18,43 persen. Jadi, WUS pernah kawin yang berusia 25-34 tahun jumlahnya mencapai lebih dari sepertiga dari total WUS pernah kawin di Indonesia. WUS pernah kawin pada kelompok 25-34 tahun ini merupakan kelompok yang memiliki risiko tinggi untuk memiliki anak.

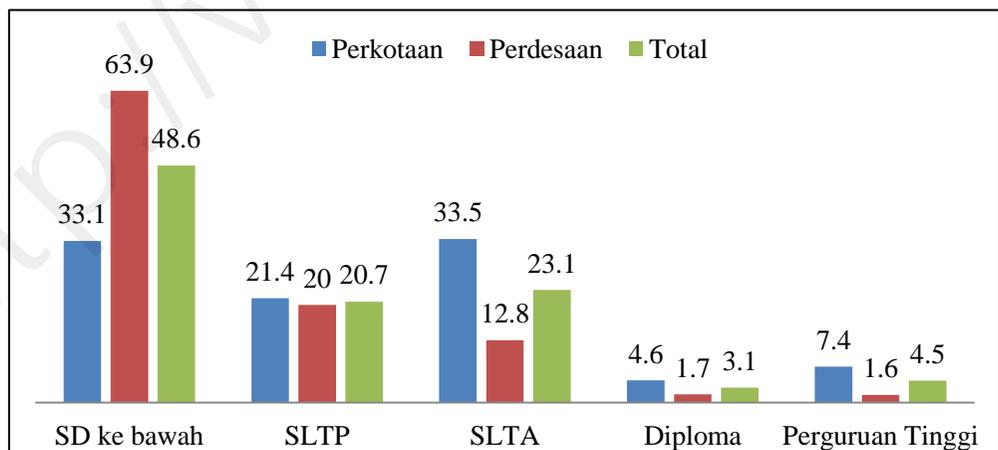


Gambar 4.1 Persentase WUS menurut Kelompok Umur dan Daerah Tempat Tinggal

Sumber: Sensus Penduduk 2010, BPS

4.1.2 WUS Pernah Kawin Menurut Pendidikan dan Daerah Tempat Tinggal

Sebagaimana terlihat pada Gambar 4.2, persentase tertinggi WUS terdapat pada kelompok pendidikan SD/MI/ sederajat (48,6 persen). Jika dilihat menurut daerah tempat tinggalnya, persentase WUS di perdesaan yang tingkat pendidikannya masih SD ke bawah jauh lebih tinggi dibandingkan dengan perkotaan. Sementara untuk WUS dengan tingkat pendidikan lanjutan (Diploma dan Perguruan Tinggi), persentase di perkotaan lebih tinggi daripada di perdesaan. WUS dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi cenderung lebih mudah dan peka terhadap menerima suatu informasi, termasuk informasi tentang fertilitas. Oleh karena itu, kegiatan penyuluhan dan sosialisasi mengenai program KB sebaiknya lebih ditingkatkan untuk daerah perdesaan agar WUS di perdesaan lebih terbuka akan informasi seputar reproduksi.



Gambar 4.2 Persentase WUS menurut Pendidikan dan Daerah Tempat Tinggal

Sumber: Sensus Penduduk 2010, BPS

4.1.3. Rata-Rata ALH dan AMH Menurut Karakteristik WUS Pernah Kawin

Anak Lahir Hidup (ALH) adalah banyaknya kelahiran hidup dari WUS berstatus pernah kawin. Sedangkan, Anak Masih Hidup (AMH) adalah jumlah anak yang masih hidup dari WUS berstatus pernah kawin. Tabel 4.1 menyajikan distribusi rata-rata angka ALH dan AMH wanita berdasarkan tempat tinggal, kelompok umur dan pendidikan. ALH dan AMH di perkotaan lebih tinggi daripada di perdesaan, dengan selisih sebesar 0,24 untuk ALH dan 0,18 untuk AMH. Hal ini dapat disebabkan karena adanya pelayanan fasilitas kesehatan di perkotaan yang lebih memadai daripada di daerah perdesaan.

Berdasarkan kelompok umur, terlihat bahwa tren ALH meningkat sejalan dengan bertambahnya umur. Kelompok umur 25-34 tahun memiliki paritas tertinggi, dengan ALH berkisar antara 1-2, dimana hal ini berarti bahwa rata-rata WUS yang pernah kawin pada kelompok umur tersebut memiliki 1 sampai 2 anak. Tren serupa juga terlihat pada AMH.

Sementara jika dilihat menurut tingkat pendidikan, semakin tinggi tingkat pendidikan wanita usia subur maka angka ALH dan AMH akan menurun.

Tabel 4.1 Rata-Rata ALH dan AMH Menurut Beberapa Karakteristik WUS

		ALH	AMH
Tempat Tinggal	Perkotaan	2,25	2,13
	Perdesaan	2,01	1,95
Kelompok Umur	15-19	0,47	0,45
	20-24	0,92	0,89
	25-29	1,41	1,36
	30-34	2,05	1,96
	35-39	2,59	2,45
	40-44	3,04	2,82
	45-49	3,49	3,15
Pendidikan	SD ke bawah	2,89	2,63
	SD	2,39	2,27
	SLTP	1,86	1,8
	SLTA	1,76	1,72
	SLTA ke atas	1,69	1,66
Total		2,13	2,04

Sumber: Sensus Penduduk 2010, BPS

4.1.4. WUS Pernah Kawin yang Bekerja Menurut Lapangan Usaha dan Tempat Tinggal

Gambar 4.3 menyajikan distribusi WUS pernah kawin yang bekerja menurut lapangan usaha dan tempat tinggal. Dari gambar tersebut tampak bahwa di daerah perkotaan, tenaga kerja wanita lebih banyak yang bekerja di lapangan usaha perdagangan dan jasa. Sementara di daerah perdesaan, lapangan usaha pertanian memiliki persentase terbesar.



Gambar 4.3 Persentase WUS yang Bekerja Menurut Lapangan Usaha dan Tempat Tinggal

Sumber: Sensus Penduduk 2010, BPS

4.2. Analisis Inferensial

4.2.1. Deskripsi Statistik

Tabel 4.2 menyajikan nilai statistik deskripsi semua variabel yang digunakan dalam melakukan analisis inferensial. Statistik deskripsi yang disajikan mencakup nilai maksimum, minimum, rata-rata dan standar deviasi.

Tabel 4.2 Statistik Deskripsi

Variabel	Min	Maks	Rata-rata	Standar Deviasi
CPR Total	0,00	81,06	55,97	15,56
Umur Kawin Pertama	16,37	23,64	20,18	1,23
Umur (Median)	26,00	35,00	30,36	1,57
Penduduk Perkotaan (ln)	0,00	100,00	37,23	31,54
Migrasi Masuk WUS (risen)	3,13	285,62	56,74	40,37
Lama Sekolah (th)	0,30	12,71	8,62	1,73
Tingkat Kemiskinan	1,67	49,58	15,43	9,35
Penolong Persalinan Medis	2,13	90,34	62,37	18,34
PDRB	41,00	227.468,00	9.255,53	22.133,01
Rasio Petugas Kesehatan (per 1000 WUS)	0,35	10,57	4,90	1,64
Fasilitas Kesehatan (per 1000 Penduduk)	0,21	12,41	1,98	1,25
WUS Bekerja	43,97	99,98	77,42	9,94
Mengerti Bahasa Indonesia	10,76	100,00	95,10	10,27

Data-data variabel bebas yang digunakan dalam analisis inferensial berasal dari berbagai sumber, yaitu SP2010, Susenas 2010 dan Podes 2011. Variabel yang bersumber dari SP2010 adalah median umur, persentase penduduk perkotaan, lama sekolah, migrasi risen masuk WUS pernah kawin, WUS pernah kawin yang bekerja dan penggunaan bahasa Indonesia. Selain data SP2010, analisis ini juga menggunakan data Susenas 2010 diantaranya CPR total, umur kawin pertama, tingkat kemiskinan, penolong persalinan, sedangkan data yang bersumber dari Podes 2011 adalah jumlah petugas kesehatan dan jumlah fasilitas kesehatan.

4.2.2. Analisis Inferensial Model

Dalam menganalisis perkembangan fertilitas, penelitian ini menggunakan TFR pada tingkat kabupaten/kota sebagai variabel terikatnya. Pembuatan model estimasi TFR di tingkat Kabupaten/kota ini sangat penting untuk dilakukan agar memudahkan pada pengambil kebijakan untuk mencermati permasalahan fertilitas dan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Pemerintah kabupaten/kota, dalam era otonomi daerah, merupakan ujung tombak pelaksana pembangunan nasional. Oleh karena itu, dalam analisis inferensial ini akan dibahas mengenai hubungan antara variabel-variabel bebas

terhadap TFR dengan menggunakan model yang telah disebutkan pada bab sebelumnya.

4.2.2.1. Analisis Inferensial Model Keseluruhan

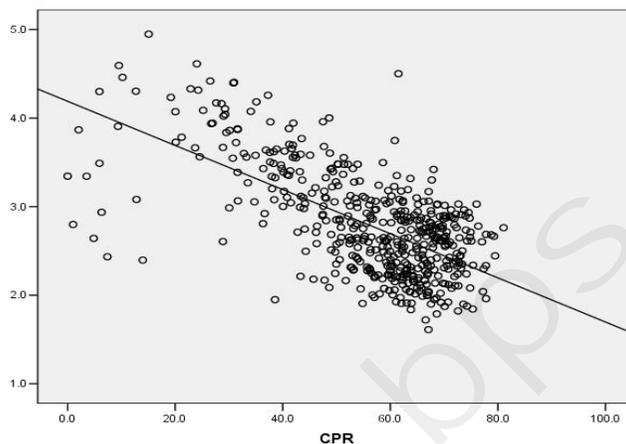
Tabel 4.3 menyajikan Anova hasil regresi model TFR. Berdasarkan hasil Anova menunjukkan bahwa analisis regresi dapat digunakan untuk melakukan estimasi TFR. Model keseluruhan ini memiliki tingkat signifikansi ($\alpha < 1\%$). Model estimasi TFR ini menggunakan seluruh variabel bebas yang disebutkan sebelumnya, yaitu CPR Total, UKP, UKP yang telah diinteraksikan dengan status perkawinan, status perkawinan, median umur WUS, persentase penduduk yang tinggal di perkotaan, WUS yang melakukan migrasi masuk risen, lama sekolah, tingkat kemiskinan, persentase persalinan yang ditolong tenaga medis, PDRB, petugas kesehatan per seribu WUS, fasilitas kesehatan, fasilitas kesehatan kuadrat, persentase WUS yang bekerja, dan variabel penggunaan bahasa Indonesia. Dengan seluruh variabel bebas tersebut model TFR dapat diestimasi dengan tingkat kepercayaan diatas 99 persen.

Tabel 4.3 Analisis Regresi Model TFR

	Jumlah Kuadrat	db	Kuadrat Tengah	F	Sig.
Regresi	177.41	17	11.44	73.55	.000(a)
Residual	67.82	478	0.14		
Total	245.23	495			

Dalam model keseluruhan ini, terdapat beberapa asumsi mengenai variabel-variabel bebas yang digunakan, diantaranya adalah logaritma natural, interaksi serta kuadratik. Logaritma natural digunakan pada variabel bebas PDRB dan persentase penduduk perkotaan. Penggunaan logaritma natural pada PDRB untuk memudahkan analisis hasil mengenai hubungan PDRB dengan variabel terikat, dalam hal ini adalah TFR. Sedangkan penggunaan logaritma natural pada persentase penduduk perkotaan didasarkan pada asumsi bahwa pertumbuhan populasi perkotaan tidak akan turun dan akan terus meningkat mendekati seratus persen. Selain logaritma natural, model keseluruhan ini juga menggunakan model interaksi yaitu interaksi UKP dengan status perkawinan. Penggunaan model interaksi pada variabel UKP dengan status perkawinan disebabkan karena adanya korelasi yang kuat antara UKP dengan status perkawinan sehingga jika hanya menggunakan model biasa saja yaitu tanpa interaksi, dapat menyebabkan kesalahan analisis.

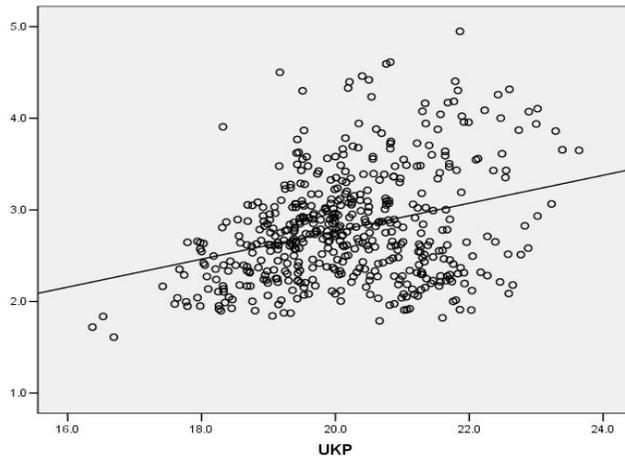
Penelitian ini adalah juga menggunakan variabel kuadratik yaitu pada variabel pendidikan dan fasilitas kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa variabel pendidikan dan fasilitas kesehatan mempengaruhi TFR dalam fungsi kuadratik yaitu menurunkan atau menaikkan TFR terlebih dahulu kemudian mencapai titik maksimum atau minimum dan kemudian justru berpengaruh dengan arah berkebalikan dari pengaruh awal. Dalam menentukan pola hubungan antara TFR dengan variabel bebasnya dapat dilakukan dengan melihat diagram pencar (*scatter plot*).



Gambar 4.4 Plot Persebaran CPR dan Estimasi TFR

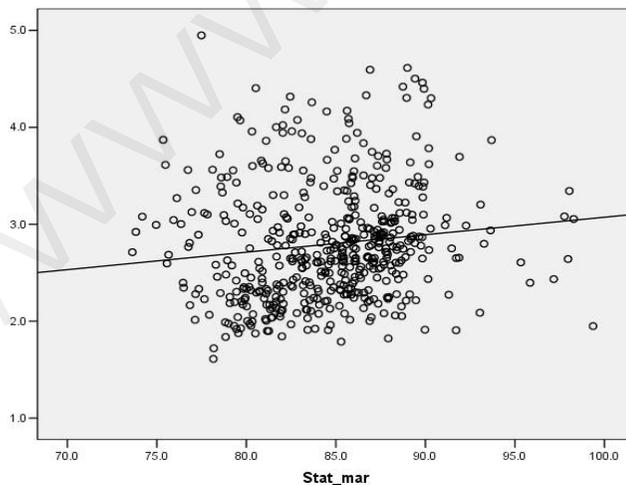
Pola hubungan TFR dan pemakaian kontrasepsi (CPR) ditunjukkan oleh gambar 4.4. Pola hubungan CPR dan TFR ini menunjukkan hubungan yang berbanding terbalik secara linier. Artinya semakin tinggi CPR maka akan menghasilkan TFR yang rendah. Demikian juga sebaliknya, jika CPR rendah maka TFR akan cenderung tinggi.

Sedangkan pola hubungan TFR dan umur kawin pertama menunjukkan pola positif atau searah (Gambar 4.5). Pola hubungan UKP dan TFR seakan bertentangan dengan teori yang mengatakan bahwa UKP WUS yang tinggi akan mengurangi tingkat fertilitas dari WUS tersebut. Semakin tinggi UKP maka akan mengurangi jumlah anak yang akan dilahirkan dalam masa reproduksinya. Pola hubungan seperti itu memang terjadi pada tingkat analisis mikro. Namun pada tingkat makro, pola hubungan tersebut menunjukkan hubungan yang positif. Di suatu wilayah kabupaten/kota yang memiliki UKP tinggi maka akan melakukan tindakan mempercepat memiliki anak. Bahkan, rentang jarak antar kelahiran dapat lebih di diperpendek lagi. Secara teknis, konsep perhitungan TFR dihitung dari kelahiran yang terjadi dalam lima tahun terakhir. Konsep perhitungan tersebut akan berdampak pada proses perhitungan TFR, sehingga TFR berpotensi untuk mengalami peningkatan.



Gambar 4.5 Plot Persebaran UKP dan Estimasi TFR

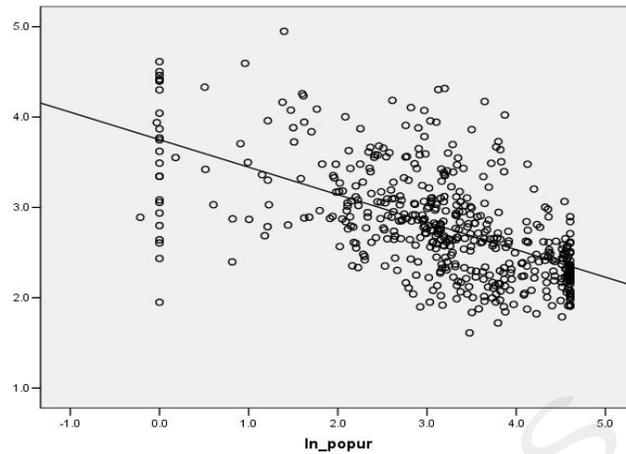
Berdasarkan teori Davis dan Blake, fertilitas juga berkaitan dengan status kawin wanita. Pada Gambar 4.6 menunjukkan bahwa pola hubungan TFR dan status kawin WUS menunjukkan hubungan yang positif, namun gradiennya tidak menampakkan peningkatan yang signifikan. Pola hubungan yang ditunjukkan dalam gambar ini lebih cenderung menyebar, sehingga agak sulit menentukan pola hubungannya.



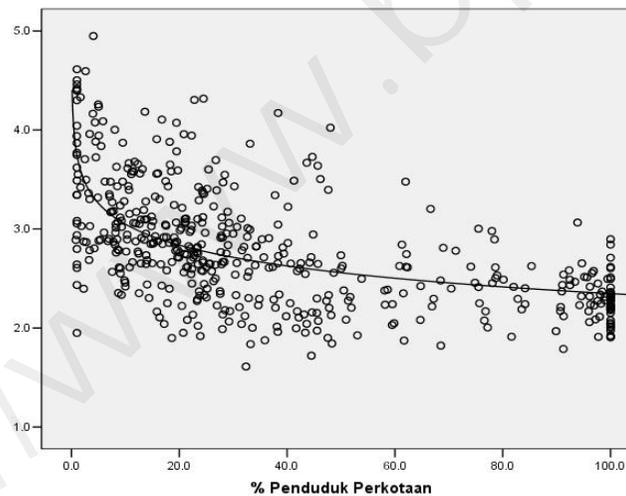
Gambar 4.6 Plot Persebaran Status Perkawinan dan Estimasi TFR

Pola hubungan TFR dan penduduk perkotaan disajikan pada Gambar 4.7 dan Gambar 4.8, dalam bentuk persentase dan dalam bentuk transformasi logaritma. Pada Gambar 4.7 pola hubungan linier ini mengindikasikan bahwa penurunan TFR akan konstan setiap kenaikan persentase penduduk perkotaan. Namun, pada Gambar 4.8 menunjukkan pola penurunan TFR tidak konstan pada setiap kenaikan persentase

penduduk perkotaan. Semakin tinggi persentase penduduk perkotaan, maka TFR akan semakin kecil. Hal ini berlaku baik di daerah perkotaan maupun di daerah perdesaan.

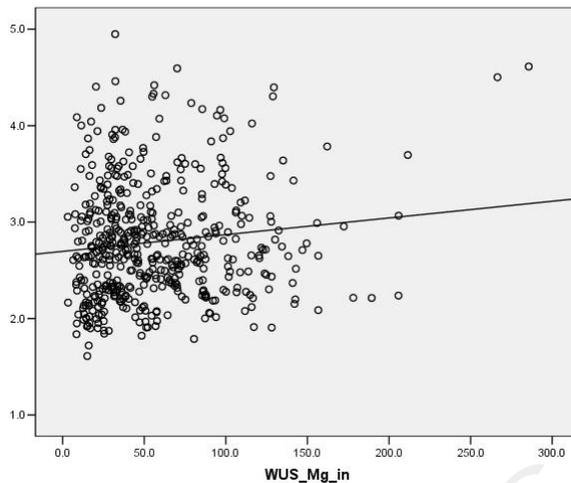


Gambar 4.7 Plot Persebaran Penduduk Perkotaan dan Estimasi TFR

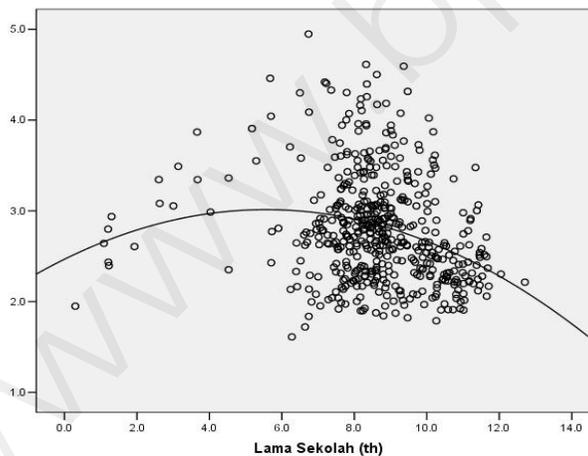


Gambar 4.8 Plot Persebaran Penduduk Perkotaan (logaritma) dan Estimasi TFR

Pola hubungan TFR dan migrasi risen masuk WUS disajikan pada Gambar 4.9. Pola hubungan migrasi risen masuk WUS dan TFR ini menunjukkan hubungan yang positif secara linier. Artinya semakin tinggi migrasi masuk WUS maka akan memberikan dampak terhadap peningkatan TFR.



Gambar 4.9 Plot Persebaran Migrasi Masuk WUS dan Estimasi TFR

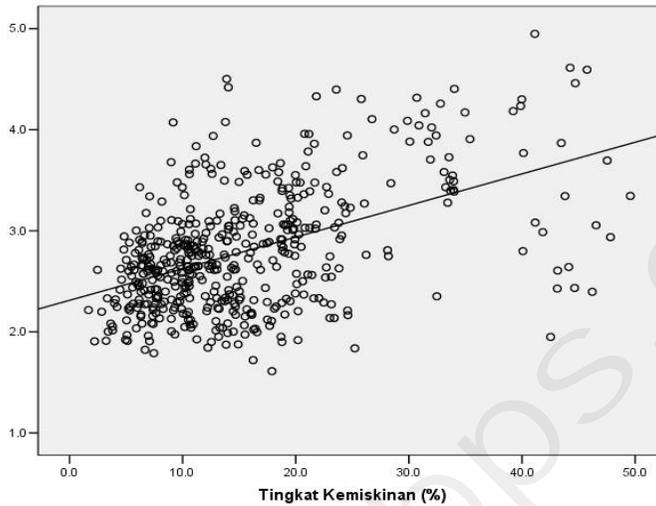


Gambar 4.10 Plot Persebaran Lama Sekolah dan Estimasi TFR

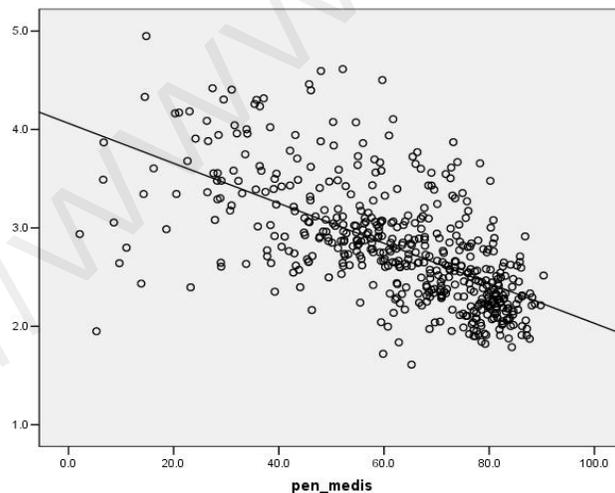
Pola hubungan TFR dan pendidikan yang diukur dengan rata-rata lama sekolah disajikan pada Gambar 4.10. Pola hubungan pendidikan dan TFR ini memiliki hubungan kuadratik. Artinya pada awalnya peningkatan pendidikan akan memberikan dampak peningkatan TFR, tetapi pada titik tertentu akan berbalik menurunkan TFR. Hubungan seperti ini perlu mendapat perhatian para implementer pembangunan, bahwa pendidikan WUS harus terus ditingkatkan sehingga akan mampu berdampak pada penurunan TFR.

Pola hubungan TFR dan tingkat kemiskinan disajikan pada Gambar 4.11. Hubungan tingkat kemiskinan dan TFR ini menunjukkan hubungan yang positif. Artinya

semakin tinggi tingkat kemiskinan maka TFR cenderung meningkat. Pola ini akan memberikan indikasi bagi para implementer akan pentingnya menurunkan tingkat kemiskinan, yang berdampak pada penurunan TFR juga.



Gambar 4.11 Plot Persebaran Tingkat Kemiskinan dan Estimasi TFR

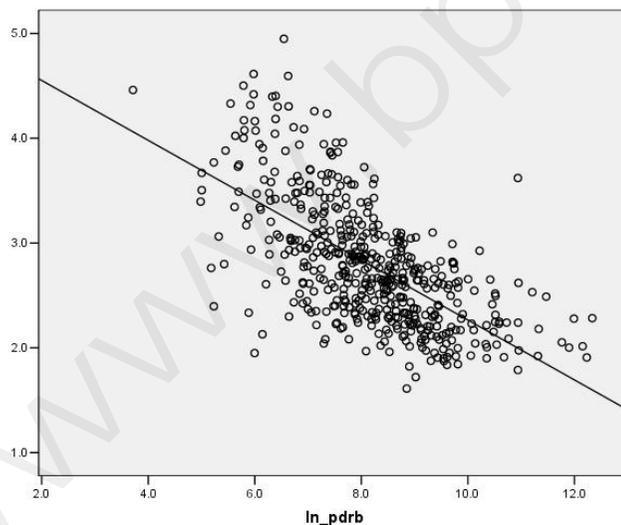


Gambar 4.12 Plot Persalinan yang Ditolong Tenaga Medis dan Estimasi TFR

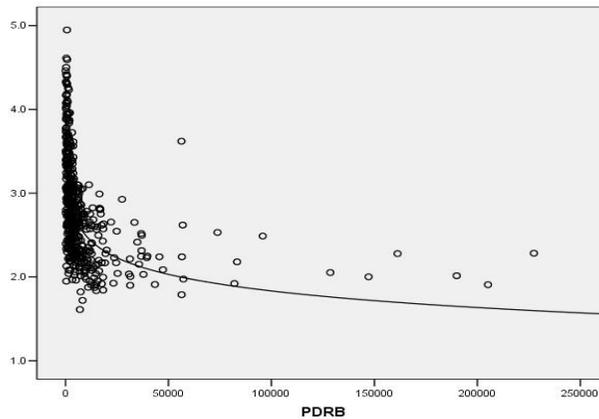
Pola hubungan TFR dan penolong persalinan ditunjukkan oleh gambar 4.12. Pola hubungan TFR dan persentase persalinan yang ditolong medis menunjukkan hubungan negatif atau berlawanan arah. Artinya semakin tinggi persentase persalinan yang ditolong medis maka akan memberikan dampak pada penurunan TFR. Hubungan

ini memang bukan hubungan kausalitas secara langsung, akan tetapi mungkin disebabkan karena kesadaran akan pentingnya kesehatan dan keselamatan selama menjalani kehamilan hingga persalinan. Bagi WUS yang memiliki kesadaran akan pentingnya kesehatan tentu juga memiliki kesadaran akan pengaturan kelahiran dan menjarangkan jarak antar kehamilan.

Hubungan antara TFR dan PDRB disajikan pada gambar 4.13 dan 4.14. Pola hubungan TFR dan PDRB menunjukkan arah berlawanan, sehingga pada wilayah yang memiliki PDRB yang tinggi akan cenderung memiliki TFR yang rendah. Gambar 4.13 merupakan hubungan TFR dengan PDRB yang sudah ditransformasi dalam bentuk logaritma natural. Hubungan kedua variabel ini tampak memiliki pola linier. Sedangkan pada gambar 4.14 merupakan plot antara TFR dan PDRB dengan menggunakan pola eksponensial. Secara deskriptif mungkin lebih mudah memahami pola hubungan linier antara TFR dan \ln_PDRB .

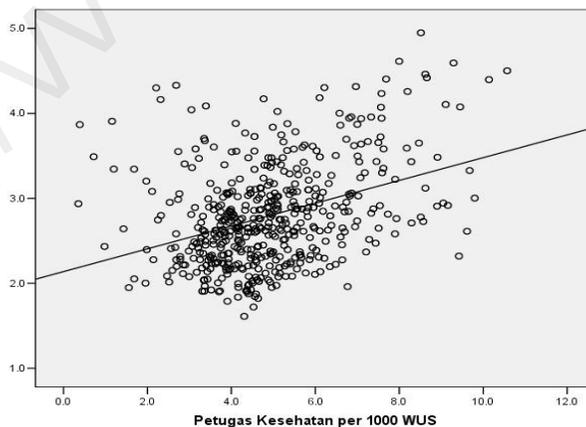


Gambar 4.13 Plot Persebaran PDRB (dalam logaritma natural) dan Estimasi TFR



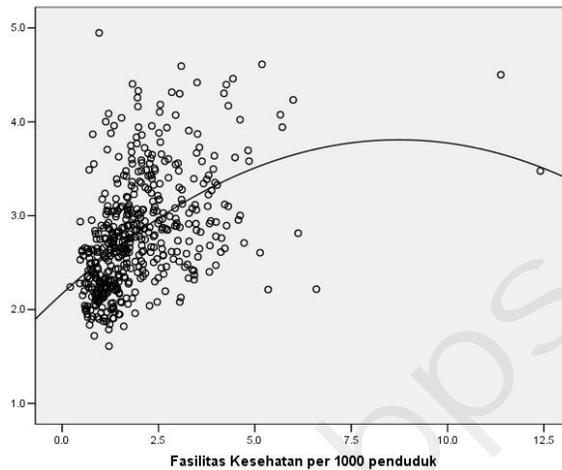
Gambar 4.14 Plot Persebaran PDRB dan Estimasi TFR

Program KB mungkin akan terkait dengan ketersediaan petugas kesehatan dan kecukupan fasilitas kesehatan. Pada gambar 4.15 dan 4.16 menyajikan pola hubungan TFR dengan jumlah petugas dan fasilitas kesehatan yang ada di wilayah kabupaten/kota. Pola hubungan TFR dan ketersediaan petugas kesehatan menunjukkan hubungan positif, sehingga TFR akan cenderung meningkat pada wilayah-wilayah yang memiliki jumlah petugas kesehatan yang banyak. Rasio jumlah petugas kesehatan terhadap WUS yang besar mungkin terjadi di wilayah-wilayah yang sudah maju, sehingga pelayanan kesehatan bisa diperoleh WUS dengan lebih mudah. Mudahnya dalam memperoleh pelayanan kesehatan, membuat nyaman para WUS, yang pada akhirnya mempengaruhi TFR suatu wilayah.

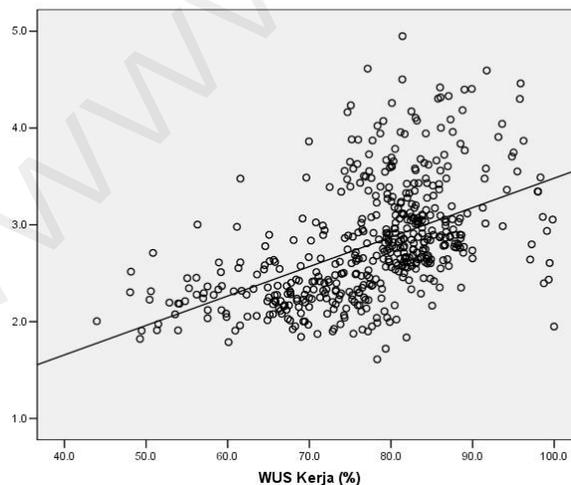


Gambar 4.15 Plot Persebaran Petugas Kesehatan per 1000 WUS dan Estimasi TFR

Pola hubungan TFR dan fasilitas kesehatan menunjukkan pola hubungan kuadrat. Artinya semakin banyak fasilitas kesehatan yang disediakan pemerintah maka cenderung akan memiliki TFR yang tinggi namun pada titik tertentu justru akan menurunkan TFR. Jika rasio fasilitas kesehatan per 1000 penduduk mencapai titik 10, maka akan cenderung memberikan dampak terhadap penurunan TFR.



Gambar 4.16 Plot Persebaran Fasilitas Kesehatan per 1000 penduduk dan TFR



Gambar 4.17 Plot Persebaran WUS Bekerja dan Estimasi TFR

Pola hubungan TFR dan WUS bekerja disajikan pada gambar 4.17. Pola hubungan TFR dengan WUS bekerja menunjukkan hubungan yang positif, artinya semakin tinggi persentase WUS bekerja maka cenderung menghasilkan TFR yang tinggi juga.

Penggunaan bahasa Indonesia bisa dipandang sebagai bagian yang terintegrasi dari advokasi dan komunikasi. Karena itu, TFR mungkin memiliki hubungan dengan penggunaan bahasa Indonesia, mengingat advokasi dan materi sosialisasi sering menggunakan bahasa Indonesia. Pola hubungan TFR dan penggunaan bahasa Indonesia di tunjukkan Gambar 4.18. Berdasarkan gambar tersebut sulit untuk diambil kesimpulannya. Penyebaran yang sangat terpecar yang menunjukkan hubungan yang sangat bervariasi.



Gambar 4.18 Plot Persebaran Penggunaan Bahasa Indonesia dan Estimasi TFR

Selanjutnya akan dibahas mengenai hasil estimasi parameter model. Tabel 4.4 menjelaskan hubungan antara masing-masing variabel independen dan variabel dependen. Dari tabel tersebut dapat dilihat bahwa pengaruh variabel bebas terhadap TFR umumnya signifikan dengan α dibawah 10 %, kecuali migran risen masuk WUS yang memiliki $\alpha = 13,74$ persen serta persentase WUS yang bisa berbahasa Indonesia dengan $\alpha = 27,94$ persen. Dari signifikansi tersebut, dapat dikatakan bahwa model keseluruhan ini cukup baik untuk dapat menjelaskan variabel-variabel yang mempengaruhi TFR kabupaten/kota.

Tabel 4.4 mengindikasikan bahwa migran WUS masuk memiliki pengaruh positif terhadap TFR. Artinya, kabupaten/kota yang memiliki migran risen masuk WUS yang makin besar akan cenderung memiliki TFR yang semakin tinggi. Selain persentase migran WUS masuk, variabel lain yang juga memiliki signifikansi di atas 10% adalah kemampuan berbahasa Indonesia, yaitu dengan signifikansi 27,94 persen. Dari tingkat signifikansi tersebut dapat dikatakan bahwa variabel penggunaan bahasa Indonesia sehari-hari tidak mempengaruhi TFR kabupaten/ kota.

Tabel 4.4 Hasil Estimasi Parameter Model Regresi TFR

	B	Std. Error	t	Sig.
(Constant)	-23.670	6.39	-3.71	0.0002
CPR_tot	-0.015	0.00	-7.33	0.0000
UKP	1.387	0.31	4.50	0.0000
ukp_mar	-1.538	0.37	-4.16	0.0000
Stat_mar	0.304	0.07	4.05	0.0001
Age_med	-0.068	0.01	-5.08	0.0000
ln_popur	-0.096	0.03	-3.63	0.0003
WUS_Mg_in	0.001	0.00	1.49	0.1374
lama_skl	0.678	0.06	11.89	0.0000
yos2	-0.040	0.00	-10.99	0.0000
Pov_rate	0.005	0.00	1.91	0.0569
pen_medis	-0.009	0.00	-5.86	0.0000
ln_pdrb	-0.085	0.02	-4.48	0.0000
ptg_kes_w	0.034	0.01	2.38	0.0177
faskes_pop	-0.072	0.04	-1.85	0.0652
faskes2	0.011	0.00	2.77	0.0058
Wuskerja	0.006	0.00	2.17	0.0306
bhs_indo	0.001	0.00	1.08	0.2794

Variabel-variabel yang memiliki signifikansi sedikit di atas 5 persen adalah tingkat kemiskinan yaitu dengan $\alpha = 5,69$ persen dan fasilitas kesehatan per 1000 WUS yang memiliki $\alpha = 6,52$ persen. Variabel tingkat kemiskinan memiliki pengaruh positif terhadap TFR kabupaten/kota. Hal tersebut artinya semakin tinggi tingkat kemiskinan di suatu kabupaten/kota, maka semakin tinggi TFR kabupaten/kota tersebut. Misalnya, tingkat kemiskinan kabupaten/kota tersebut naik 1 persen maka TFR kabupaten/kota tersebut naik 0,005 atau 0,5 persen. Sedangkan fasilitas kesehatan per seribu WUS memiliki hubungan negatif dengan TFR kabupaten/kota dengan koefisien 0,072. Hal

tersebut artinya kenaikan 1 persen fasilitas kesehatan per 1000 WUS akan menurunkan 7,2 persen TFR kabupaten/kota tersebut.

Dari Tabel 4.4 dapat dilihat bahwa terdapat variabel-variabel yang berpengaruh terhadap TFR dengan signifikansi di bawah 5 persen, salah satunya adalah variabel persentase WUS yang bekerja. Variabel persentase WUS yang bekerja memiliki pengaruh positif terhadap TFR kabupaten/kota, hal tersebut berbeda dengan hipotesis awal bahwa semakin tinggi persentase WUS yang bekerja maka TFR akan menurun. Salah satu alasan mengapa persentase WUS yang bekerja justru meningkatkan TFR mungkin terkait dengan kemampuan dan sumber daya, dimana sumber daya dan kemampuan tersebut berpengaruh terhadap permintaan anak. Sehingga, ketika persentase WUS yang bekerja meningkat hal tersebut menunjukkan bahwa masyarakat kabupaten/kota tersebut memiliki kemampuan/sumber daya yang lebih tinggi sehingga meningkatkan permintaan masyarakat terhadap anak. Dalam Tabel 4.4, ketika persentase WUS yang bekerja meningkat 1 persen maka TFR akan meningkat sebesar 0,006.

Tingkat kemajuan perekonomian suatu pemerintah kabupaten/kota juga memiliki pengaruh terhadap TFR. Tingkat kemajuan perekonomian ini diukur berdasarkan PDRB yang dimiliki pemerintah kabupaten/kota. Semakin tinggi PDRB suatu kabupaten/kota maka TFR akan semakin rendah. Pengaruh PDRB yang dihasilkan dalam model ini sangat signifikan dengan signifikansi hingga 1 persen. Selain itu, persentase penduduk perkotaan yang ada di pemerintah kabupaten/kota memiliki pengaruh terhadap penurunan TFR. Jadi semakin cepat proses urbanisasi yang terjadi di suatu pemerintah kabupaten/kota maka TFR di kabupaten/kota tersebut akan semakin menurun. Perilaku melahirkan bagi WUS yang berada di suatu wilayah kabupaten/kota tentunya akan terkait dengan perilaku dan kondisi sosial masyarakat disekitarnya. Masyarakat perkotaan yang memiliki banyak keterbatasan, seperti pemukiman, sekolah, akses terhadap pelayanan kesehatan tentunya akan mempengaruhi perilaku orang dalam menentukan jumlah anak yang diinginkan. Karena itulah, persentase penduduk yang tinggal di perkotaan ini akan cenderung memiliki pola hubungan yang negatif dengan TFR.

Selain tingkat kemajuan ekonomi, tingkat kesadaran kesehatan juga berpengaruh terhadap TFR kabupaten/kota. Jika dilihat dari variabel persalinan yang ditolong tenaga medis, semakin tinggi persentase persalinan yang ditolong tenaga medis maka TFR di kabupaten/kota tersebut akan menurun. Ketika persalinan yang ditolong tenaga medis meningkat 1 persen maka TFR kabupaten/kota tersebut menurun sebesar 0,009. Hal tersebut kemungkinan dikarenakan masyarakat yang persalinannya ditolong oleh tenaga medis akan dianjurkan untuk langsung atau segera

menggunakan kontrasepsi. Oleh karena itu, persalinan yang ditolong tenaga medis berpengaruh negatif dengan TFR kabupaten/kota.

Selain persalinan yang dibantu oleh tenaga medis, variabel yang terkait dengan tingkat kesehatan adalah ketersediaan fasilitas kesehatan kabupaten/kota tersebut. Dari model kuadrat yang dilihat dari variabel fasilitas kesehatan kuadrat, didapat bahwa fasilitas kesehatan memiliki pola "U" pada TFR kabupaten/kota. Yaitu pada mulanya peningkatan fasilitas kesehatan akan menurunkan TFR namun kemudian mencapai titik minimum dan akan meningkatkan TFR. Fasilitas kesehatan akan menurunkan TFR ketika penambahannya masih di bawah 3,27 fasilitas per seribu WUS, sedangkan di atas 3,27 fasilitas kesehatan akan meningkatkan TFR kabupaten/kota. Variabel jumlah tenaga medis per 1000 WUS menunjukkan arah hubungan yang positif dengan TFR. Hal tersebut berarti semakin banyak jumlah petugas kesehatan di kabupaten/kota maka TFR kabupaten/kota tersebut semakin meningkat. Hal tersebut tidak sejalan dengan hipotesis sebelumnya, alasan munculnya hasil tersebut kemungkinan karena dalam model keseluruhan ini sudah mencakup variabel-variabel kesehatan yang pengaruhnya besar terhadap TFR, yaitu persalinan yang dibantu tenaga medis dan fasilitas kesehatan. Sehingga, hasil untuk variabel jumlah tenaga medis tidak terlalu tepat jika dianalisis menggunakan model keseluruhan ini.

Selain tingkat kemajuan perekonomian dan kesehatan, variabel pendidikan juga berpengaruh terhadap TFR kabupaten/kota. Dari tabel di atas, pola hubungan antara pendidikan dan TFR berbentuk kuadrat atau "U" terbalik. Pada awalnya peningkatan pendidikan justru akan menaikkan TFR, tetapi pada titik tertentu akan menurunkan TFR. Titik balik penurunan TFR akan terjadi setelah melewati 8,475 tahun.

Variabel-variabel lain yang juga mempengaruhi TFR adalah median umur WUS, CPR, UKP, dan status perkawinan. Median umur WUS berpengaruh negatif terhadap TFR kabupaten/kota, yaitu ketika median umur WUS meningkat satu tahun, maka TFR kabupaten/kota tersebut akan menurun 0,068. Artinya, jika kohor usia perempuan yang akan memasuki masa subur semakin kecil maka akan berdampak pada semakin menurunnya tingkat fertilitas di wilayah tersebut. Kohor perempuan yang akan memasuki usia subur pada dasarnya merupakan efek dari keberhasilan program keluarga berencana yang dilakukan dalam jangka panjang. Selain median umur WUS, CPR juga memiliki pengaruh negatif terhadap TFR kabupaten/kota, yaitu ketika tingkat penggunaan kontrasepsi meningkat sebesar 1 persen maka TFR akan turun sebesar 0,015. Hal tersebut sejalan dengan teori yang telah dibahas sebelumnya.

UKP memiliki pengaruh terhadap TFR kabupaten/kota. Dari model di Tabel 4.4 diketahui bahwa pengaruh UKP terhadap TFR adalah positif yaitu ketika UKP kabupaten/kota meningkat, maka TFR kabupaten/kota tersebut juga meningkat. Hal

tersebut tidak sesuai dengan teori bahwa semakin tinggi UKP maka TFR akan menurun. Oleh karena itu, model ini menggunakan model interaksi di mana UKP diinteraksikan dengan status perkawinan. Hasilnya menunjukkan bahwa UKP yang diinteraksikan dengan status perkawinan memiliki pengaruh negatif terhadap TFR, yaitu ketika UKP naik maka TFR kabupaten/kota tersebut akan menurun. Hasil regresi yang ditunjukkan pada Tabel 4.4 mengenai pengaruh status perkawinan terhadap TFR menemukan bahwa status perkawinan berpengaruh positif terhadap tingkat TFR kabupaten/kota. Hal tersebut artinya semakin tinggi UKP WUS berstatus pernah kawin di suatu kabupaten/kota maka TFR-nya akan semakin rendah. Faktor status kawin ini sesuai dengan teori Davis dan Blake tentang determinan fertilitas seperti yang telah dijelaskan sebelumnya.

4.2.2.2. Analisis Inferensial Model *Backward*

Analisis inferensial model *backward* dilakukan dengan cara memasukkan seluruh variabel yang ada kedalam model dan pendekatan statistik yang akan menseleksi variabel-variabel yang akan berpengaruh terhadap fertilitas. Dalam model *backward* ini terdapat 4 model yang disajikan sebagai proses menseleksi variabel-variabel yang dianggap terbaik dalam membuat model estimasi fertilitas.

Model keempat merupakan hasil seleksi terakhir yang diperoleh dari metode *backward*, yaitu setelah mengeluarkan variabel penggunaan bahasa Indonesia sehari-hari, WUS migran masuk dan tingkat kemiskinan. Secara statistik, variabel yang dikeluarkan dari model terbaik disebabkan ada korelasi antar variabel bebas yang digunakan dalam model, atau secara umum ada indikasi *multicollinearity*. Tabel 4.8, menyajikan penyebab dikeluarkannya ketiga variabel bebas yang digunakan dalam model lengkap.

Tabel 4.5 Metode *Backward* Model Regresi TFR

	B	Std. Error	t	Sig.
1 (Constant)	-23.6697	6.3852	-3.7070	0.0002
CPR_tot	-0.0145	0.0020	-7.3257	0.0000
UKP	1.3866	0.3080	4.5023	0.0000
ukp_mar	-1.5383	0.3702	-4.1558	0.0000
Stat_mar	0.3038	0.0750	4.0505	0.0001
Age_med	-0.0680	0.0134	-5.0756	0.0000
ln_popur	-0.0959	0.0264	-3.6320	0.0003
lama_skl	0.6778	0.0570	11.8886	0.0000
yos2	-0.0398	0.0036	-10.9864	0.0000
Pov_rate	0.0054	0.0028	1.9087	0.0569
pen_medis	-0.0095	0.0016	-5.8614	0.0000
ln_pdrb	-0.0846	0.0189	-4.4818	0.0000
ptg_kes_w	0.0343	0.0144	2.3799	0.0177
faskes_pop	-0.0720	0.0390	-1.8482	0.0652
faskes2	0.0108	0.0039	2.7737	0.0058
Wuskerja	0.0065	0.0030	2.1681	0.0306
WUS_Mg_in	0.0009	0.0006	1.4881	0.1374
bhs_indo	0.0010	0.0009	1.0830	0.2794
2 (Constant)	-23.0664	6.3620	-3.6257	0.0003
CPR_tot	-0.0151	0.0019	-7.8699	0.0000
UKP	1.3446	0.3056	4.4002	0.0000
ukp_mar	-1.4865	0.3671	-4.0490	0.0001
Stat_mar	0.2959	0.0747	3.9639	0.0001
Age_med	-0.0700	0.0133	-5.2728	0.0000
ln_popur	-0.0909	0.0260	-3.4966	0.0005
lama_skl	0.6858	0.0565	12.1299	0.0000
yos2	-0.0400	0.0036	-11.0655	0.0000
Pov_rate	0.0055	0.0028	1.9608	0.0505
pen_medis	-0.0093	0.0016	-5.7879	0.0000
ln_pdrb	-0.0821	0.0187	-4.3803	0.0000
ptg_kes_w	0.0363	0.0143	2.5350	0.0116
faskes_pop	-0.0761	0.0388	-1.9621	0.0503
faskes2	0.0112	0.0039	2.8951	0.0040
Wuskerja	0.0068	0.0030	2.2870	0.0226
WUS_Mg_in	0.0010	0.0006	1.5678	0.1176

		B	Std. Error	t	Sig.
3	(Constant)	-23.5456	6.3643	-3.6996	0.0002
	CPR_tot	-0.0159	0.0018	-8.6436	0.0000
	UKP	1.3524	0.3060	4.4196	0.0000
	ukp_mar	-1.5004	0.3676	-4.0821	0.0001
	Stat_mar	0.3034	0.0746	4.0664	0.0001
	Age_med	-0.0715	0.0133	-5.3933	0.0000
	ln_popur	-0.0886	0.0260	-3.4082	0.0007
	lama_skl	0.6958	0.0563	12.3674	0.0000
	yos2	-0.0400	0.0036	-11.0506	0.0000
	Pov_rate	0.0045	0.0028	1.6471	0.1002
	pen_medis	-0.0091	0.0016	-5.6685	0.0000
	ln_pdrb	-0.0842	0.0187	-4.5000	0.0000
	ptg_kes_w	0.0399	0.0141	2.8245	0.0049
	faskes_pop	-0.0788	0.0388	-2.0313	0.0428
	faskes2	0.0121	0.0038	3.1798	0.0016
	Wuskerja	0.0066	0.0030	2.2119	0.0274
4	(Constant)	-22.1419	6.3182	-3.5045	0.0005
	CPR_tot	-0.0172	0.0017	-10.1767	0.0000
	UKP	1.2912	0.3043	4.2437	0.0000
	ukp_mar	-1.4316	0.3658	-3.9133	0.0001
	Stat_mar	0.2903	0.0743	3.9055	0.0001
	Age_med	-0.0700	0.0132	-5.2827	0.0000
	ln_popur	-0.0948	0.0258	-3.6795	0.0003
	lama_skl	0.6842	0.0559	12.2358	0.0000
	yos2	-0.0396	0.0036	-10.9431	0.0000
	pen_medis	-0.0091	0.0016	-5.6262	0.0000
	ln_pdrb	-0.0903	0.0184	-4.9075	0.0000
	ptg_kes_w	0.0405	0.0142	2.8588	0.0044
	faskes_pop	-0.0800	0.0389	-2.0579	0.0401
	faskes2	0.0123	0.0038	3.2140	0.0014
	Wuskerja	0.0065	0.0030	2.1880	0.0291

Tabel 4.6 Variabel bebas yang dikeluarkan dari Model

Model	Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics Tolerance
2 bhs_indo	0.0361	1.0830	0.2794	0.0495	0.5217
3 bhs_indo	0.0395	1.1890	0.2350	0.0542	0.5243
WUS_Mg_in	0.0548	1.5678	0.1176	0.0715	0.4729
4 bhs_indo	0.0412	1.2379	0.2164	0.0564	0.5248
WUS_Mg_in	0.0394	1.1518	0.2500	0.0525	0.4982
Pov_rate	0.0604	1.6471	0.1002	0.0750	0.4322

Tabel 4.7 dan Tabel 4.8 masing-masing menyajikan hasil analisis varian dan koefisien determinan dari model *backward*. Nampak bahwa analisis varian dari 4 model yang diperoleh memiliki model yang signifikan. Dan koefisien determinan yang diperoleh dari model terakhir atau model terbaik tidak menunjukkan adanya penurunan koefisien determinan yang signifikan. Sehingga model keempat dapat dinyatakan sebagai model terbaik dalam melakukan estimasi fertilitas.

Tabel 4.7 ANOVA Model *Backward*

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 Regression	177.410	17	10.436	73.554	0.000
Residual	67.819	478	0.142		
Total	245.229	495			
2 Regression	177.244	16	11.078	78.050	0.000
Residual	67.985	479	0.142		
Total	245.229	495			
3 Regression	176.895	15	11.793	82.838	0.000
Residual	68.334	480	0.142		
Total	245.229	495			
4 Regression	176.509	14	12.608	88.247	0.000
Residual	68.720	481	0.143		
Total	245.229	495			

Tabel 4.8 Koefisien Determinan Model *Backward*

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	0.8506	0.7234	0.7136	0.3767
2	0.8502	0.7228	0.7135	0.3767
3	0.8493	0.7213	0.7126	0.3773
4	0.8484	0.7198	0.7116	0.3780

5. Penutup

5.1. Kesimpulan

Dari hasil analisis deskriptif maupun analisis inferensial yang telah dibahas sebelumnya, dapat ditarik beberapa kesimpulan dari penelitian ini. Pada model, didapat hasil bahwa variabel-variabel yang ada memiliki pengaruh terhadap TFR kabupaten/kota. Variabel-variabel bebas pada model tersebut adalah CPR, UKP, UKP yang telah diinteraksi dengan status perkawinan, status perkawinan, median umur WUS, penduduk perkotaan dalam transformasi logaritma natural, lama sekolah, lama sekolah kuadrat, migrasi WUS masuk, PDRB dalam ln, persalinan ditolong tenaga medis, tingkat kemiskinan, petugas kesehatan, fasilitas kesehatan yang telah diinteraksi dengan jumlah penduduk, fasilitas kesehatan kuadrat, WUS yang bekerja dan penggunaan bahasa Indonesia sehari-hari. Hal yang harus menjadi salah satu sorotan dalam hasil penelitian ini adalah bahwa pendidikan, fasilitas kesehatan serta tenaga medis mempengaruhi TFR yaitu bahwa peningkatan lama tahun sekolah di bawah 8,475 tahun tetap menaikkan TFR, namun peningkatan lama tahun sekolah di atas 8,475 tahun akan menurunkan TFR. Sama halnya dengan fasilitas kesehatan, dimana pada mulanya peningkatan fasilitas kesehatan akan menurunkan TFR namun kemudian mencapai titik minimum dan akan meningkatkan TFR. Ketika penambahan fasilitas kesehatan masih di bawah 3,27 fasilitas per 1000 WUS maka TFR akan turun, namun ketika fasilitas kesehatan di atas 3,27 akan meningkatkan TFR kabupaten/kota.

Selain itu, yang juga dapat menjadi sorotan dalam model ini adalah variabel persalinan yang ditolong tenaga medis. Pada model ini didapat hasil bahwa peningkatan persalinan yang ditolong tenaga medis sebesar 1 persen akan menurunkan TFR kabupaten/kota sebesar 0,009. Hal tersebut kemungkinan dikarenakan anjuran pemakaian kontrasepsi pada masyarakat yang melakukan persalinan pada tenaga medis.

Kemudian, variabel-variabel bebas lainnya pada model juga mempengaruhi TFR kabupaten/kota dengan arah yang berbeda-beda. CPR, UKP yang telah diinteraksi

dengan status perkawinan, median umur WUS, penduduk perkotaan dalam In serta PDRB dalam In berpengaruh terhadap TFR dengan arah negatif, yaitu ketika variabel-variabel ini naik maka TFR kabupaten/kota akan menurun sebesar koefisien masing-masing variabel. Sedangkan variabel yang mempengaruhi TFR dengan arah positif pada model ini adalah UKP, migran WUS masuk, tingkat kemiskinan, dan WUS bekerja, di mana ketika variabel-variabel tersebut meningkat maka TFR kabupaten/kota akan meningkat sebesar koefisien variabel tersebut.

Kemudian, kesimpulan lain yang juga dapat ditarik adalah bahwa UKP tidak mempengaruhi TFR dengan model linear melainkan dengan model interaksi. Setelah UKP diinteraksikan dengan status perkawinan, arah pengaruhnya adalah negatif, yaitu ketika UKP naik 1 tahun maka TFR akan turun sebesar 1,538.

5.2. Rekomendasi Kebijakan

Dari hasil analisis deskriptif maupun inferensial serta kesimpulan yang telah dibahas diatas, terdapat beberapa hal yang dapat dipertimbangkan sebagai rekomendasi kebijakan. Untuk menurunkan atau menjaga TFR agar sesuai dengan target yang diinginkan, maka peningkatan persentase penggunaan kontrasepsi (CPR) tetap perlu menjadi salah satu kebijakan.

Persentase persalinan yang ditolong tenaga medis dalam model inferensial menunjukkan berpengaruh menurunkan TFR. Advokasi dan promosi untuk meningkatkan persalinan di tenaga medis yang diikuti dengan advokasi yang dilakukan tenaga medis untuk mendorong pengaturan kelahiran akan menurunkan TFR seperti yang diinginkan. Peningkatan persalinan di tenaga medis selain akan berdampak pada makin terpaparnya WUS pada pentingnya pengaturan kelahiran juga untuk kesejahteraan keluarga.

Sejalan dengan teori tentang fertilitas, model inferensial menunjukkan bahwa faktor yang berpengaruh terhadap fertilitas adalah pendidikan. Model inferensial menunjukkan bahwa titik balik pendidikan adalah 8,475 tahun. Kebijakan yang dapat diimplementasikan adalah menjaga agar setiap anak usia SD dan SMP tetap sukses menyelesaikan studinya sampai selesai (lulus SMP). Dan jika dimungkinkan didorong untuk melanjutkan ke pendidikan yang lebih tinggi. Apabila putus sekolah sebelum lulus SMP maka ada kecenderungan fertilitas akan tetap tinggi.

Selain pendidikan, UKP juga dapat dikatakan menjadi salah satu variabel utama yang berpengaruh terhadap TFR kabupaten/kota. Kebijakan penundaan usia kawin dapat dicapai melalui peningkatan pendidikan maupun advokasi. Kesiapan dan kematangan menuju pembentukan keluarga diperlukan untuk mewujudkan keluarga kecil yang terencana dan sejahtera.

Tingkat kemiskinan dan rendahnya PDRB merupakan indikator ketidakmampuan masyarakat untuk mendapatkan sarana dan fasilitas yang diperlukan maupun rendahnya kemampuan pemerintah daerah untuk memberikan pelayanan. Model inferensial menghitung bahwa tingkat kemiskinan dan PDRB berpengaruh terhadap fertilitas. Pertumbuhan ekonomi yang diikuti dengan upaya penurunan ketimpangan serta penyediaan pelayanan dan sarana bagi masyarakat miskin akan meningkatkan kesejahteraan masyarakat serta akan menurunkan fertilitas.

5.3. Keterbatasan Penelitian

Penelitian tentang determinan fertilitas akan memberikan hasil yang sempurna jika dan hanya jika memiliki desain atau rancangan penelitian yang baik. Penelitian yang dilakukan dengan menggunakan data SP2010 memiliki banyak keterbatasan dalam variabel-variabel yang berpengaruh terhadap fertilitas. Meskipun demikian beberapa variabel ditambahkan dari berbagai sumber seperti Susenas 2010, PDRB 2010, dan Podes 2011. Dengan segala keterbatasan yang ada, akhirnya penelitian ini diarahkan pada *policy research* atau penelitian kebijakan yang berkaitan dengan fertilitas.

Dalam penelitian ini ukuran fertilitas digunakan indikator TFR di tingkat kabupaten/kota, sehingga para pengambil kebijakan akan dapat secara langsung mengetahui faktor yang mempengaruhi fertilitas. Namun demikian, hubungan kausalitas dari faktor bebas dengan faktor utamanya memang menjadi kurang jelas. Hubungan kausalitas ini sangat mungkin untuk diperdebatkan, karena itulah dibutuhkan pandangan dari para pakar dan implementer sangat diharapkan demi perbaikan analisis determinan fertilitas dimasa mendatang.

DAFTAR PUSTAKA

- Bongaarts, John. 1978. *A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility*. Working Papers – Center for Policy Studies, Population Council, New York
- Carr, David dan Pan, William. 2002. *Fertility Determinants on the Frontier: Longitudinal Evidence from the Ecuadorian Amazon*. Association of American Geographers Annual Meeting Los Angeles
- Casterline, John. 2010. *Determinants and Consequences of High Fertility: A Synopsis of the Evidence*. <http://www.worldbank.org/hnppublications> 29 Oktober 2014 (16:42)
- Chung, Sung-Ho. 1990. *Determinants of Fertility Control in Korea*. Korea Journal of Population and Development, Vol. 19, No. 1
- Letamo, Gobopamang dan Letamo, Halima. 2001. *The Role of Proximate Determinants in Fertility Transition: A Comparative Study of Botswana, Zambia and Zimbabwe*. SA Journal of Demography, 8(1), 2001-2002
- Matthew, Onoja. 2012. *Modeling the Determinants of Fertility among Women of Childbearing Age in Nigeria: Analysis Using Generalized Linear Modeling Approach*. International Journal of Humanities and Social Science Vol. 2 No. 18
- Mosley, Henry. 2006. *Fertility and Reproduction: Data Sources and Crude Indicators of Fertility*. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Materials.
- D'Addio, Anna dan D'Ercole, Marco. 2005. *Trends and Determinants of Fertility Rates in OECD Countries: The Role of Policies*. OECD Social, Employment and Migration Working Papers DELSA/ELSA/WD/SEM(2005)6
- Genereux, Anne. 2007. *A Review of Migration and Fertility Theory through the Lens of African Immigrant Fertility in France*. MPIDR WORKING PAPER WP 2007-008
- Guengant, Jean-Pierre. 1995. *The Proximate Determinants during the Fertility Transition*.
- Tripathy, P.K dan Sarangi, P.K. 2004. *Proximate Determinants of Fertility in India*. The Journal of Family Welfare, Vol. 50, No. 2

<http://www.bps.go.id>

ANALISIS DETERMINAN MIGRASI

<http://www.bps.go.id>

Determinan Migrasi, Analisis Data SP2010

Penulis: Dr Chotib, M.Si

Editor: Dr. Sonny Harry Budiutomo Harmadi

Diringkas oleh: Rini Savitridina, MA; Tri Windiarso, M.Si, Widaryatmo, M.Si; dan Trophy Endah Rahayu, M.Si

Abstraksi

Informasi mengenai mobilitas penduduk semakin penting dalam perencanaan pembangunan yang bersifat desentralisasi. Sebagai salah satu komponen dalam dinamika kependudukan, mobilitas penduduk mempengaruhi perhitungan pertumbuhan penduduk di suatu daerah, yang dapat menambah atau mengurangi jumlah penduduk. Kurangnya mobilitas penduduk Indonesia terlihat dari rendahnya persentase migran risen antar waktu, serta kecenderungannya yang menurun, yaitudari 3,2 persen pada tahun 1990, menjadi 3,1 persen pada tahun 2000, dan 2,4 persen pada tahun 2010. Menurunnya persentase migrasi risen ini bisa jadi tergantung oleh semakin meningkatnya pola mobilitas yang lebih bersifat non permanen.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pola dan karakteristik migran risen dan migran kembali,serta untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi besaran arus migrasi antar provinsi di Indonesia. Sumber data utama yang digunakan adalah Sensus Penduduk (SP) 2010 dan data pelengkap lainnya yaitu SP1980, SP1990, dan SP2000.

Penelitian ini menggunakan dua metode yaitu analisis deskriptif dan analisis inferensial. Metode analisis inferensial yang digunakan adalah model regresi logistik biner (*binary logistic regression*). Pemodelan dimaksudkan untuk memperoleh variabel-variabel yang mempengaruhi seseorang menjadi migran atau bukan migran. Variabel bebas yang digunakan adalah umur, jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan, sektor pekerjaan, dan kekayaan (indeks komposit dari kepemilikan aset dan fasilitas rumah tangga).

Pola arus migrasi risen antarpulau dari tahun ke tahun cenderung lebih didominasi oleh arus Jawa-Sumatera dan sebaliknya. Demikian juga dengan besaran migrasi risen neto, Jawa lebih cenderung negatif sedangkan Sumatera cenderung positif. Selain itu arus migrasi ke Kalimantan mengalami peningkatan sejak tahun 2000. Tingkat kesejahteraan dan karakteristik yang positif cenderung dimiliki oleh para migran. Hal ini terlihat baik secara nasional maupun pola antar provinsi. Beberapa provinsi memiliki angka migrasi kembali yang tinggi, yaitu Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur. Estimasi parameter hasil analisis regresi logistik memperlihatkan bahwa semua variabel yang diajukan dalam model memiliki dampak yang signifikan secara statistik terhadap probabilitas seseorang untuk menjadi migran.

<http://www.bps.go.id>

Determinan Migrasi, Analisis Data SP2010

Penulis: Dr Chotib, M.Si

Editor: Dr. Sonny Harry Budiutomo Harmadi

Diringkas oleh: Rini Savitridina, MA; Tri Windiarto, M.Si, Widaryatmo, M.Si; dan Trophy Endah Rahayu, M.Si

1. Pendahuluan

1.1. Latar Belakang

Kurang *mobile*-nya penduduk Indonesia terlihat dari rendahnya persentase migran risen antarwaktu, serta kecenderungannya yang menurun, yaitu dari 3,2 persen pada tahun 1990, menjadi 3,1 persen pada tahun 2000, dan 2,4 persen pada tahun 2010. Menurunnya persentase migrasi risen ini bisa jadi tergantikan oleh semakin meningkatnya pola mobilitas yang lebih bersifat nonpermanen. Kecenderungan semacam ini pernah dikemukakan secara hipotetis, baik oleh Zelinsky (1971) maupun Skeldon (1990), yang menyatakan adanya kesejajaran antara transisi vital atau transisi demografi, transisi mobilitas dan transformasi ekonomi. Dalam kesejajarannya itu, mobilitas mengalami perubahan pola yang semula bersifat nonpermanen, berubah menjadi permanen, dan kembali ke nonpermanen sebagai akibat dari semakin majunya alat-alat komunikasi, transportasi dan informasi.

Sebagai salah satu komponen dalam dinamika kependudukan, variabel ini mempengaruhi perhitungan pertumbuhan penduduk di suatu daerah. Migrasi dapat meningkatkan jumlah penduduk ataupun dapat mengurangi jumlah penduduk.

Dua dimensi penting dalam kajian migrasi adalah dimensi waktu dan tempat. Terkait dimensi waktu, Badan Pusat Statistik (BPS) memakai referensi waktu enam bulan untuk menetapkan seseorang pindah atau tidak dari tempat tinggal sebelumnya. Terkait dimensi tempat, menurut Munir (2010), migrasi adalah perpindahan penduduk dengan tujuan untuk menetap dari suatu tempat ke tempat lain melampaui batas politik/negara ataupun batas administratif dalam suatu negara. Migrasi juga sering diartikan sebagai perpindahan yang permanen dari suatu daerah ke daerah lain.

Dalam perencanaan pembangunan, informasi mengenai mobilitas penduduk juga semakin penting apalagi bila terkait perencanaan pembangunan yang bersifat *decentralized*.

1.2. Tujuan

Tujuan dari penulisan Determinan Migrasi di Indonesia adalah sebagai berikut:

1. Menyajikan besaran dan rate migrasi hasil SP 2010 dan SP sebelumnya.
2. Mengetahui pola arus migrasi risen di Indonesia
3. Mengetahui pola arus migrasi kembali di Indonesia
4. Mengetahui karakteristik penduduk berstatus migran di Indonesia
5. Mengetahui karakteristik perumahan rumah tangga migran
6. Mengetahui peranan faktor-faktor yang mempengaruhi besaran arus migrasi antarprovinsi di Indonesia berdasarkan data SP 2010.

2. Kajian Pustaka

Perserikatan Bangsa Bangsa (1958) memberikan pengertian bahwa migrasi merupakan bentuk dari mobilitas geografi atau mobilitas keruangan dari satu unit geografi ke unit geografi lainnya yang menyangkut perubahan tempat tinggal yang bersifat permanen dari tempat asal ke tempat tujuan. Migrasi juga tidak hanya menyangkut perpindahan internal dalam suatu negara tetapi juga antar negara, antar region dan bahkan antar benua. Kemajuan yang pesat dalam teknologi informasi dan transportasi telah menyebabkan kedekatan antar wilayah dan membuka peluang bagi penduduk untuk mengenal berbagai daerah dan membaca peluang daerah tersebut, baik peluang ekonomi, sosial, budaya dan politik.

Lee (1987) mengatakan bahwa terdapat 4 faktor yang mendasari seseorang memutuskan untuk bermigrasi yaitu faktor ditempat asal; faktor di tempat tujuan; rintangan antara; dan faktor individu. Faktor-faktor tersebut dapat berupa faktor sosial, ekonomi, budaya, lingkungan maupun politik. Faktor-faktor di daerah asal maupun daerah tujuan tersebut bekerjasama untuk menahan atau justru mendorong seseorang untuk melakukan migrasi. Diantara faktor-faktor tersebut, faktor individu yang sangat menentukan seseorang untuk mengambil keputusan pindah atau tinggal ditempat.

Hugo (1978) juga mengatakan bahwa migrasi merupakan suatu reaksi atas adanya stress yang dialami seseorang yang ditimbulkan oleh keadaan sosial, ekonomi, budaya serta fisik lingkungan. Sebagai tanggapan atas stres yang timbul seseorang memutuskan untuk bermigrasi ketempat lainnya. Mirip dengan Hugo, Mantra (1981) mengatakan bahwa migrasi merupakan suatu tanggapan seseorang atas stres baik stres sosial psikologi maupun stres ekonomi. Setiap individu mempunyai kebutuhan kebutuhan dan aspirasi tertentu untuk dipenuhi. Jika kebutuhan dan aspirasi tersebut

tidak dapat dipenuhi ditempat tinggal sekarang, maka seseorang akan mengalami stres. Oleh sebab itu untuk mengatasi stress maka seseorang mungkin akan melakukan migrasi kedaerah lainnya.

Sementara Firman (1994), mengatakan bahwa migrasi merupakan suatu reaksi atas kesempatan ekonomi pada suatu wilayah. Todaro (1976), menjelaskan bahwa keputusan seseorang untuk bermigrasi disebabkan oleh usaha untuk mencari kesempatan kerja yang lebih baik dan penghasilan yang lebih tinggi. Migrasi dianggap sebagai suatu bentuk investasi individu, yang diputuskan setelah yang bersangkutan terlibat dalam kalkulasi biaya dan manfaat.

Chotib (2012) mengatakan bahwa sistem sosial yang cukup kuat di pedesaan ikut menentukan keputusan seseorang untuk melakukan migrasi. Sistem sosial yang dimaksud seperti jaringan kekerabatan dan kekeluargaan yang cukup kuat antara kelompok/individu yang telah melakukan migran dengan individu/keluarga di daerah asal bisa mendorong seseorang untuk melakukan migran ke wilayah urban.

Kusumosuwidho, Toersilaningsih dan Widaryatmo (2011) menemukan bahwa pelaku mobilitas penduduk non permanen melakukan mobilitas sebagai strategi untuk menurunkan kemiskinan. Dalam kasus ini penduduk yang tidak melakukan mobilitas memiliki penghasilan yang lebih rendah dibandingkan pelaku mobilitas tersebut. Dalam studi yang menggunakan data Sakernas tersebut, ditemukan bahwa pekerja yang melakukan mobilitas non permanen mempunyai tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi dibandingkan yang tidak melakukannya.

Beberapa studi yang dilakukan oleh Mantra juga memperlihatkan perbedaan kondisi sosial ekonomi dari penduduk berstatus migran dan non migran. Tjiptoherijanto sebagaimana dikutip oleh Toersilaningsih dkk (2011) menuliskan bahwa pola mobilitas penduduk dimasa mendatang akan banyak mengalami perubahan sejalan dengan perkembangan tingkat sosial ekonomi masyarakat dan semakin maraknya hubungan antar Negara. Mobilitas internal yang bersifat antar daerah dan pedesaan-perkotaan akan terus berlangsung sampai kesenjangan pendapatan, kesempatan kerja dan fasilitas sosial antar daerah makin berkurang.

Selain dampak positif, mobilitas penduduk juga menyebabkan dampak negatif seperti perubahan perilaku dan gaya hidup, kriminalitas, keamanan dan terorisme, kemiskinan perkotaan dan lain sebagainya. N. Dayuh Rimbawan (2012) menunjukkan adanya hubungan erat antara mobilitas penduduk dan peristiwa kriminalitas di Bali. Hugo (2001) juga memperlihatkan bahwa mobilitas penduduk erat kaitannya dengan penyebaran penyakit HIV/AIDS dan penyakit menular lainnya. Kasus penyakit SARS beberapa tahun yang lalu menunjukkan hubungan tersebut.

Selain pada keamanan dan persebaran penyakit, mobilitas penduduk memberi dampak negatif pada kepadatan dan pertumbuhan wilayah-wilayah kumuh dan padat di perkotaan. Penduduk perdesaan yang berlatar belakang petani dan tidak memiliki kemampuan baik finansial maupun keterampilan, akhirnya memenuhi kota dengan membangun pemukiman-pemukiman kumuh di tanah Negara, tanah yang mempunyai resiko tinggi maupun milik swasta yang tidak terurus.

3. Metode Penelitian

3.1. Sumber Data

Sumber data utama Determinan Migrasi di Indonesia adalah Sensus Penduduk (SP) 2010. Sumber data pelengkap lainnya adalah data SP 1980, SP 1990, dan SP2000. SP 2010 merupakan Sensus Penduduk keenam yang dilakukan sejak Indonesia merdeka.

Tujuan utama SP2010 adalah menghitung jumlah penduduk serta mengumpulkan informasi dasar kependudukan dan perumahan masyarakat Indonesia. Tujuan lain dari SP2010 adalah memperoleh informasi dasar kependudukan dan perumahan yang diperlukan untuk bahan evaluasi pembangunan kependudukan, sosial, ekonomi dan kesejahteraan masyarakat Indonesia di masa mendatang. Lebih jauh data SP2010 juga menghasilkan beberapa indikator Millenium Development Goals (MDGs). SP 2010 dilaksanakan dalam periode waktu 1-31 Mei 2010, mencakup 77.126 desa, 6.651 kecamatan, 497 kabupaten/kota di 33 provinsi di seluruh Indonesia.

SP2010 mencakup 43 variabel, diantaranya menggali informasi penting tentang kematian ibu, kecacatan, kemampuan baca tulis, kemampuan berbahasa Indonesia, keterangan perumahan seperti fasilitas listrik, air minum, sanitasi, jenis lantai, akses komunikasi dengan telepon maupun internet.

Data migrasi dengan cakupan yang lengkap dapat diperoleh dari hasil Sensus Penduduk 2000 dan 2010 dimana gambaran perpindahan dapat dilakukan pada tingkat kabupaten/kota. Sementara tahun 1971, 1980, dan 1990 merupakan hasil sensus sampel dan perpindahan yang dihasilkan sebatas tingkat provinsi saja. Data migrasi SP 2010 menghasilkan besaran, angka, pola, serta arus migrasi. Selain itu juga menghasilkan data karakteristik pelaku migrasi.

3.2. Konsep dan Definisi Operasional

Penduduk

Penduduk suatu wilayah didefinisikan sebagai orang yang biasa (sehari-hari) tinggal di wilayah itu. Cara ini disebut juga menggunakan konsep *usual residence*.

Rumah Tangga

Rumah tangga adalah sekelompok orang yang mendiami sebagian atau seluruh bangunan fisik atau sensus dan biasanya tinggal bersama serta pengelolaan makannya dari satu dapur. Satu rumah tangga dapat terdiri dari hanya satu anggota rumah tangga. Yang dimaksud dengan satu dapur adalah pengurusan kebutuhan sehari-harinya dikelola menjadi satu.

Anggota Rumah Tangga

Anggota rumah tangga adalah semua orang yang biasanya bertempat tinggal di suatu rumah tangga, baik yang sedang berada di rumah pada waktu *listing* maupun yang sementara tidak berada di rumah.

Migrasi

Batasan waktu migran ditetapkan 6 bulan sejalan dengan konsep tempat tinggal, artinya seseorang dikatakan migran jika tinggal ditempat baru atau berniat tinggal ditempat baru paling sedikit 6 bulan lamanya. Keterangan bahwa seseorang pernah pindah atau tidak adalah dengan melihat pada adanya perubahan tempat tinggal seseorang. Perbedaan tempat tinggal inilah yang digunakan sebagai proksi migrasi.

Ada tiga pertanyaan pada SP2010 yang dijadikan dasar perhitungan migrasi yaitu keterangan tentang provinsi dan kabupaten/kota tempat tinggal sekarang, pertanyaan mengenai provinsi dan kabupaten/kota tempat lahir dan pertanyaan mengenai provinsi dan kabupaten/kota tempat tinggal lima tahun yang lalu.

Migrasi Seumur Hidup

Migrasi seumur hidup mencerminkan keadaan perpindahan yang terjadi sejak lama. Seseorang dikategorikan sebagai **migran seumur hidup** jika provinsi tempat lahir berbeda dengan provinsi tempat tinggal sekarang atau tempat tinggalnya saat pencacahan.

Migrasi Risen

Migrasi risen lebih mencerminkan keadaan perpindahan terkini dimana perpindahannya menunjukkan keadaan lima tahun yang lalu. Seseorang di kategorikan **migran risen** jika tempat tinggal lima tahun yang lalu berbeda dengan tempat tinggal sekarang atau tempat tinggal saat pencacahan. Keterangan mengenai migrasi ini diperoleh secara langsung dari penduduk berumur 5 tahun keatas yang mempunyai tempat tinggal tetap.

Migrasi Kembali

Migrasi kembali mencerminkan orang yang pernah tinggal di luar provinsi tempat kelahirannya, dan pada saat pencacahan kembali ke tempat kelahirannya. Seseorang

dikategorikan sebagai **migran kembali**, jika provinsi tempat tinggal pada saat pencacahan sama dengan provinsi tempat kelahiran, tetapi berbeda dengan provinsi tempat tinggal 5 tahun yang lalu.

Dalam Ringkasan Determinan Migrasi di Indonesia bahasan difokuskan pada Migrasi Risen dan Migrasi Kembali.

4. Analisis dan Hasil

4.1. Angka, Pola, Arus dan Karakteristik Migrasi Risen

4.1.1. Angka, Pola, dan Arus Migrasi Risen Antarpulau dan Antarprovinsi

Era otonomi daerah menimbulkan banyak potensi kuat yang menjadi daya tarik suatu daerah sehingga menimbulkan dinamika perpindahan penduduk dalam kurun waktu lima tahun terakhir yang dikenal sebagai migrasi risen yang tercermin dari selisih antara jumlah migrasi masuk dengan migrasi keluar yang dikenal sebagai migrasi neto.

Angka migrasi neto menunjukkan pengaruh migrasi terhadap jumlah penduduk pada masing-masing daerah. Daerah yang memiliki daya tarik bagi penduduk wilayah sekitarnya biasanya memiliki angka migrasi neto yang positif. Artinya, jumlah penduduk yang masuk lebih banyak daripada jumlah penduduk yang keluar. Sedangkan daerah yang kurang disenangi oleh penduduknya akibat kelangkaan sumberdaya misalnya, biasanya memiliki angka migrasi neto yang negatif, yang berarti jumlah penduduk yang keluar lebih banyak daripada jumlah migran yang masuk.

Angka dan Pola Migrasi Risen Antarpulau

Angka Migrasi Neto risen di pulau Jawa menunjukkan nilai negatif. Hal ini mengindikasikan adanya penurunan daya tarik masyarakat untuk pindah ke pulau Jawa, dimana angka migrasi keluarnya lebih besar daripada angka migrasi masuknya. Hal ini terlihat dari angka migrasi keluar risen dalam kurun 1990-2010 juga menunjukkan kecenderungan naik di Pulau Jawa.

Pulau Jawa dan Sulawesi di tahun 2010 merupakan daerah pengirim migran terbesar keluar dari pulau tersebut, hal ini terlihat dari angka migrasi neto risen yang mempunyai nilai negatif, yang menunjukkan angka migrasi keluar lebih besar dibandingkan angka migrasi masuk. Di pulau Jawa, angka migrasi neto risen ini mencapai puncak pada tahun 2010 yaitu mencapai - 3,50. Tahun 2000 sampai 2010 migrasi masuk mulai berkurang sebaliknya yang keluar semakin meningkat. Dengan semakin meningkatnya pembangunan di berbagai pulau lain akibat pembangunan Kawasan Indonesia Tengah dan Timur, arah arus migrasi mulai berubah dari Jawa kearah Kalimantan.

Tabel 1

**Presentase Migran Risen Masuk, Keluar dan Neto menurut Pulau Tempat Tinggal
5 Tahun yang Lalu dan Pulau Tempat Tinggal Sekarang 1990 – 2010**

Pulau	Tahun	Migran Masuk	Migran Keluar	Migran Neto
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Sumatera	1990	5,80	2,20	3,60
	2000	10,90	10,50	0,40
	2010	11,10	8,70	2,40
Jawa	1990	1,00	3,00	-2,00
	2000	5,00	6,70	-1,70
	2010	4,50	8,00	-3,50
Kalimantan	1990	8,00	3,20	4,80
	2000	30,00	7,90	22,10
	2010	32,40	10,50	21,90
Sulawesi	1990	3,80	2,20	1,60
	2000	13,30	10,90	2,40
	2010	10,80	13,10	-2,30
Kepulauan Lain	1990	3,80	2,30	1,50
	2000	13,60	19,60	-6,00
	2010	16,10	10,70	5,40

Sumber: Sensus Penduduk, BPS, 2010

Di pulau Kalimantan, migrasi masuk risen terus meningkat dan nilai migrasi neto risen selalu positif dengan kecenderungan meningkat. Hal ini memiliki arti bahwa di pulau Kalimantan lebih banyak pendatang daripada orang yang keluar meninggalkan pulau tersebut. Hal ini dapat berarti pula bahwa pulau Kalimantan memiliki daya tarik yang besar, selain adanya program transmigrasi besar-besaran ke wilayah tersebut pada masa Orde Baru. Berkembangnya sarana dan prasarana, lingkungan alam yang masih asli, harga tanah yang masih murah dengan biaya sewa/kontrak rumah yang juga masih rendah, serta perkembangan ekonomi industri di pulau ini, terutama di Kalimantan Timur, menjadikan peluang dan kesempatan kerja terbuka di wilayah ini diduga menjadi sebab dari tingginya angka migrasi masuk ke pulau ini. Ravenstein (1889) mengatakan bahwa keinginan sebagian besar migran adalah untuk meningkatkan hidup menjadi lebih baik dalam hal ini motif ekonomi menjadi faktor utama seseorang melakukan migrasi.

Angka Migrasi Risen Masuk Antarprovinsi

Jika ditinjau per provinsi, jumlah migran yang masuk ke suatu provinsi dalam 5 tahun terakhir sebelum pencacahan SP 2010 dengan nilai besar tidak lagi hanya terpusat pada provinsi-provinsi di pulau Jawa, akan tetapi menyebar ke provinsi-provinsi lain di luar pulau Jawa.

Angka migrasi masuk risen tertinggi sejak tahun 1980 juga tetap terdapat di provinsi DKI Jakarta. Di provinsi terpadat penduduknya ini pada tahun 2010 terdapat hampir 74 pendatang untuk setiap 1.000 penduduk. Provinsi kedua dengan jumlah pendatang risen terbanyak adalah DI Yogyakarta (71 pendatang dari 1.000 penduduk), ketiga Kalimantan Timur (67,5 per 1.000 penduduk) diikuti Kalimantan Tengah (62,1 per 1.000 penduduk) lalu provinsi Riau dengan 60,3 pendatang dari 1.000 penduduk. Hal ini menarik, karena menurut teori migrasi Lee, ke'menonjol'an ini mengindikasikan bahwa daerah tersebut memiliki daya tarik bagi penduduk wilayah sekitarnya atau wilayah lainnya untuk berpindah.

Angka Migrasi Risen Keluar Antarprovinsi

Selain angka migrasi masuk risen, angka migrasi keluar risen pada suatu provinsi dapat mencerminkan apakah suatu daerah merupakan wilayah yang tidak disenangi untuk dijadikan tempat tinggal. Dengan kata lain provinsi ini memiliki daya dorong bagi penduduknya untuk pergi meninggalkan daerah tersebut. Jumlah migran keluar dari suatu provinsi dalam 5 tahun terakhir dalam SP 2010 masih didominasi oleh provinsi-provinsi di pulau Jawa. Selain itu, provinsi Sumatera Barat dan Sumatera Utara juga merupakan provinsi dengan angka migran keluar risen yang besar, yakni urutan kedua dan keempat.

Dilihat secara relatif terhadap penduduknya, data SP 2010 menunjukkan angka migrasi keluar risen tertinggi terdapat di provinsi DKI Jakarta, yakni hampir 101 orang per 1.000 penduduk. Tingkat migrasi keluar risen kedua tertinggi urutan kedua adalah provinsi Sumatera Barat, dengan angka hampir 35 orang per 1.000 penduduk. Hal ini berkaitan dengan budaya 'rantau' pada masyarakat suku minang.

Angka Migrasi Risen Neto Antarprovinsi

Ditinjau dari angka migrasi neto risen, data hasil SP 2010 menunjukkan lima provinsi penerima migran risen terbesar adalah provinsi Kalimantan Tengah, Kalimantan Timur, Kepulauan Bangka Belitung, DI Yogyakarta, dan Riau dan baru diikuti provinsi Banten pada posisi keenam, dimana nilai angka migrasi neto berkisar antara 28 sampai dengan 45. Sedangkan lima provinsi pengirim migran utama risen adalah provinsi Jawa Tengah, Sumatera Utara, Sulawesi Selatan, Lampung dan Jawa Timur.

Tabel 2
Angka Migrasi Risen Neto Menurut Provinsi
Tahun 1980, 1990, 2000 dan 2010

Provinsi	1980	1990	2000	2010
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Aceh	8	2,03	-84,29	6,29
Sumatera Utara	-11	-16,56	-19	-21,57

Sumatera Barat	-18	-11,04	-29,45	-4,73
Riau	19	46,53	91,6	34,57
Jambi	48	35,85	10,88	20,73
Sumatera Selatan	18	2,12	1,65	-1,86
Bengkulu	63	45,95	21,46	13,59
Lampung	32	12,7	-0,04	-9,02
Kep. Bangka Belitung	-	-	3,07	39,94
Kepulauan Riau	-	-	-	105
DKI Jakarta	56	-19,49	-17,75	-27,28
Jawa Barat	1	24,16	13,03	11,64
Jawa Tengah	-29	-27,17	-21,46	-22,87
DI Yogyakarta	8	14,06	21,49	38,7
Jawa Timur	-13	-9,81	-9,88	-8,26
Banten	-	-	51,02	28,4
Bali	-7	3,54	12,67	17,21
Nusa Tenggara Barat	-6	0,16	2,41	1,66
Nusa Tenggara Timur	-4	-5,66	3,92	-4,44
Kalimantan Barat	4	-0,27	0,94	0,13
Kalimantan Tengah	33	29,93	55,24	44,69
Kalimantan Selatan	7	8,43	8,98	14,73
Kalimantan Timur	72	67,38	46,12	44,44
Sulawesi Utara	3	-6,68	7,95	1,24
Sulawesi Tengah	49	24,66	22,25	9,72
Sulawesi Selatan	-15	-5,96	-11,52	-12,14
Sulawesi Tenggara	21	25,54	49,56	10,94
Gorontalo	-	-	-29,15	10,58
Sulawesi Barat	-	-	-	16,81
Maluku	12	16,09	-64,46	-0,7
Maluku Utara	-	-	-20,48	10,51
Papua Barat	-	-	-	55,6
Papua	13	25,85	19,88	11,02

Pada provinsi DI Yogyakarta dan Kalimantan Selatan, angka migrasi neto menunjukkan kecenderungan yang terus meningkat dengan angka yang terus positif dari SP 1980 sampai dengan SP 2010 ini.

Sebagaimana telah dikenal, provinsi DI Yogyakarta sebagai provinsi pelajar, oleh karena itu tingginya angka migrasi masuk dimungkinkan oleh banyaknya pendatang dari berbagai provinsi lain di Indonesia dengan motivasi melanjutkan pendidikan.

Arus Migrasi Antarpulau

Data SP 2010 juga menunjukkan arus migrasi antar pulau. Dalam hal arus migrasi risen antarpulau, data SP 2010 menunjukkan bahwa pulau Jawa, yang letaknya berdekatan

dengan pulau Sumatera merupakan “donor” yang menyebabkan arus penduduk yang deras antara kedua pulau tersebut. Sebagai pulau pengirim migran, data SP 2010 menunjukkan pulau Jawa mengirim 58,21% migran dari total migran risen, diikuti pulau Sumatera (20,99%).

Sementara itu, untuk arus migrasi risen di pulau Jawa sendiri, 61,85% migran risen yang ada di pulau Jawa berasal dari pulau Sumatera, 15,98% berasal dari kepulauan lainnya, 14,58% berasal dari pulau Kalimantan dan 7,6% sisanya berasal dari pulau Sulawesi.

Arus Migrasi Antarprovinsi

Di pulau Sumatera, sebagian besar provinsi di pulau ini bermigrasi di pulau Sumatera sendiri dalam 5 tahun belakangan ini, kecuali provinsi Sumatera Selatan dan provinsi Lampung. Migran risen pada kedua provinsi di pulau Sumatera ini lebih banyak yang bermigrasi ke pulau Jawa. Selain itu, pola migrasi risen pada seluruh provinsi di pulau Jawa juga lebih banyak bermigrasi risen di pulau Jawa sendiri.

Di pulau Bali dan Nusa Tenggara, migran risen lebih banyak bermigrasi ke pulau Jawa dalam 5 tahun terakhir. Pola yang sama juga terjadi pada migran risen di pulau Kalimantan, terkecuali pada provinsi Kalimantan Tengah dan Kalimantan Selatan. Pada kedua provinsi di pulau Borneo ini lebih banyak migran yang bermigrasi di pulau itu sendiri dibandingkan dengan ke pulau lain. Sementara itu, di pulau Sulawesi terlihat bahwa seluruh provinsi lebih banyak yang bermigrasi risen ke provinsi-provinsi lain yang ada di pulau Sulawesi sendiri, dengan arus migrasi risen terbesar keluar pulau kearah pulau Jawa. Kemudian, pada provinsi-provinsi di pulau Maluku dan Papua, penduduk yang melakukan migran risen berimbang ke tiga arah, yakni ke pulau Sulawesi, ke pulau Jawa dan di pulau Maluku dan Papua itu sendiri.

4.1.2. Karakteristik Migran Risen

Lee (1966) mengamati bahwa terdapat dua hal penting yang berhubungan dengan migrasi, yaitu bahwa migrasi bersifat selektif dan siklus hidup manusia merupakan faktor penting dalam proses seleksi migran. Migrasi bersifat selektif, artinya tidak semua orang melakukan migrasi. Kata selektif disini merujuk pada “orang-orang terpilih” atau dengan kata lain orang-orang yang memiliki kecenderungan bermigrasi lebih tinggi dibandingkan dengan orang lain.

Salah satu proses seleksi migran tersebut sangat dipengaruhi siklus hidup individu itu sendiri. Hal ini bisa digambarkan dengan meningkatnya probabilitas bermigrasi pada usia tertentu ketika individu beranjak dewasa. Pada tahap ini keinginan atau kebutuhan untuk memperoleh pendidikan yang lebih baik cenderung memuncak, diiringi dengan proses mencari pekerjaan atau pengembangan karir dan kemudian menikah. Selain itu, orang yang bermigrasi adalah orang yang mempunyai keinginan

kuat untuk memperbaiki kehidupannya (Rogers and Castro, 1981a, 1981b; Rogers, Willekens and Raymer, 2001). Karena migrasi bersifat selektif, maka akan terdapat perbedaan kecenderungan bagi populasi yang berbeda untuk melakukan migrasi. Perbedaan kecenderungan seseorang untuk melakukan migrasi ini dapat dilihat dari perbedaan peluang seseorang melakukan migrasi pada setiap kelompok umur tertentu. Misalnya, penduduk usia muda cenderung lebih 'mobile', lebih adaptif, lebih produktif dan lain sebagainya, oleh karenanya karakteristik migran menurut berbagai karakteristik seperti umur, jenis kelamin, status kawin, pendidikan dan status ekonomi penting ditelaah untuk mengidentifikasi berbagai implikasinya.

Karakteristik Demografi Migran Risen

Migrasi risen pada tahun 2010 didominasi oleh penduduk produktif (15-64 tahun). 85,94% penduduk usia produktif di Indonesia pada tahun 2010 merupakan migran risen. Hampir semua provinsi mempunyai gambaran dan pola yang sama, yakni didominasi oleh penduduk usia produktif (15-64 tahun), diikuti penduduk usia belum produktif (0-14 tahun) dan penduduk tidak produktif (>65 tahun). Gambaran ini sesuai dengan Teori Todaro yang mengatakan bahwa motif ekonomi menjadi motif paling kuat dalam memutuskan untuk bermigrasi. Dengan motif tersebut maka yang bergerak untuk melakukan migrasi adalah orang-orang yang berada pada umur produktif.

Ditinjau dari segi jenis kelamin, migrasi risen pada penduduk laki-laki (52,44%) lebih tinggi dibandingkan migran risen penduduk perempuan (47,56%). Angka migrasi risen berjenis kelamin perempuan di SP 2010 ini menunjukkan sudah adanya peluang kerja bagi perempuan yang semakin luas, sehingga banyak kaum perempuan meninggalkan desanya untuk mencari pekerjaan baik di kota maupun di wilayah lain. Ravenstein (1885) mengatakan bahwa perempuan biasanya bermigrasi dalam jarak dekat, tetapi teori ini telah terbantahkan karena saat ini di Indonesia perempuan melakukan migrasi jarak jauh sampai keluar negeri untuk memperoleh pekerjaan.

Berdasarkan data SP 2010, *sex ratio* penduduk migran risen secara nasional 110,28. Hal ini memberi arti bahwa dalam setiap 100 orang migran risen perempuan di Indonesia, terdapat 110 laki-laki. Nilai *sex ratio* tertinggi berdasarkan hasil SP 2010 terdapat di provinsi Nusa Tenggara Barat dengan besaran 158,21 dimana hal ini berarti dalam setiap 100 orang migran risen perempuan di NTB terdapat 158 orang laki-laki. Sedangkan nilai *sex ratio* terendah terdapat di provinsi DKI Jakarta dengan besaran 91,56 dimana hal ini berarti dalam setiap 100 orang migran risen perempuan di DKI Jakarta hanya terdapat 92 orang laki-laki. Hal ini mengindikasikan bahwa lebih banyak migran risen yang berjenis kelamin perempuan yang pindah ke DKI Jakarta dalam 5 tahun terakhir.

Dalam hal rasio ketergantungan (*dependency ratio*), secara nasional angka *dependency ratio* penduduk migran risen di Indonesia berdasarkan SP 2010 adalah 16,36. Hal ini mengandung arti bahwa dalam setiap 100 orang penduduk migran risen yang berada dalam usia produktif menanggung beban 16 orang penduduk migran risen yang berusia non produktif. Angka rasio ketergantungan terendah terdapat di provinsi Kepulauan Riau (7,7), provinsi DKI Jakarta (8,4) dan provinsi Bali (9,2). Sedangkan angka rasio ketergantungan tertinggi dari hasil SP 2010 terdapat di tiga provinsi terbarat di Indonesia yakni Sumatera Utara (28,6), Sumatera Barat (26,18) dan Aceh (23,78%).

Karakteristik Sosial Migran Risen

Selain dari sisi jenis kelamin dan umur, karakteristik migran diukur dari status perkawinan dan pendidikan yang ditamatkan. Jika diperhatikan dari status perkawinan, lebih dari separuh migran risen berstatus sudah kawin (55,31%), dengan provinsi tertinggi adalah Nusa Tenggara Barat (67,03%). Hal ini dapat dimaknai bahwa migran pada umumnya sudah menikah, atau melakukan pernikahan selama dia bermigrasi, dimana hal ini mengindikasikan pula migrasi yang dilakukan dengan membawa keluarga (ikut suami/istri/orang tua/anak). Angka penduduk migran risen berstatus kawin ini lebih rendah jumlahnya jika dibandingkan dengan penduduk bukan migran.

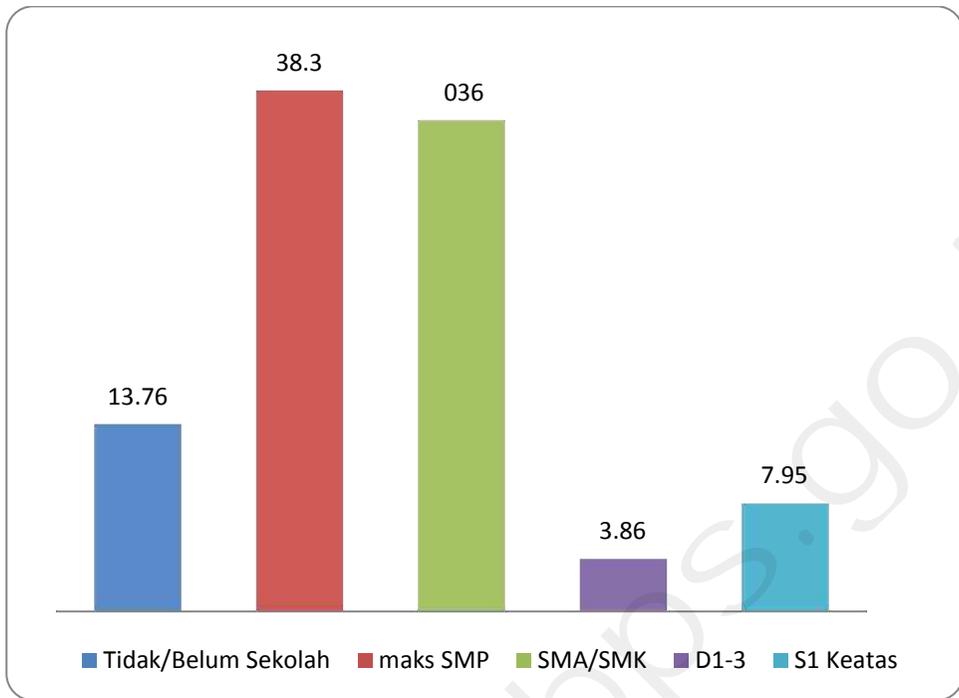
Tingkat pendidikan menjadi tolok ukur dari kualitas migran yang masuk maupun keluar dari suatu wilayah, baik dari sisi alasan dia berpindah maupun dari sisi tujuan ia berpindah. Migran dengan pendidikan tinggi cenderung berpindah dikarenakan alasan pekerjaan dan pendidikan, sedangkan pada migran dengan karakteristik pendidikan yang rendah, alasan perpindahan biasanya adalah alasan yang berkaitan dengan kekeluargaan, seperti ikut suami/orang tua/saudara.

Dilihat dari karakteristik pendidikan yang ditamatkan, presentase terbesar migran risen merupakan tamatan maksimal Sekolah Menengah Pertama atau SMP, yakni sebesar 38,3%. Selanjutnya, terdapat 36,14% penduduk migran risen yang berpendidikan tamat SMK/SMA (36,14%).

Hanya ada 7,95% migran risen dengan status pendidikan Sarjana Strata 1 ke atas (S1 keatas). Sementara itu dua kali lipat dari jumlah tamatan S1 keatas, terdapat 13,76% migran risen yang tidak atau belum pernah menamatkan sekolah, dan hanya 3,86% migran risen di Indonesia yang merupakan tamatan pendidikan Diploma (DI – DIII).

Gambar 1

Persentase Penduduk Migran Risen menurut Pendidikan Tertinggi yang Ditamatkan



Sumber: Sensus Penduduk, BPS, 2010

Jika diperhatikan menurut pulau, penduduk migran risen dengan tingkat pendidikan maksimal SMP dan SMA/SMK terkonsentrasi di pulau Jawa dan Bali dibandingkan provinsi-provinsi yang berada di pulau Sumatera, Kalimantan, Sulawesi maupun Papua, demikian pula persentase migran risen yang berpendidikan S1 keatas. Hal ini menunjukkan bahwa arus migrasi ke pulau Jawa lebih didominasi penduduk yang berpendidikan tinggi dibandingkan mereka yang masuk ke pulau-pulau di luar Jawa. Uniknya, persentase migran risen dengan tingkat pendidikan S1 keatas tertinggi terdapat di provinsi Nusa Tenggara Timur (13,48%). Hal ini diduga karena kompleksnya permasalahan yang terdapat di provinsi ini sehingga banyak sarjana dan ahli yang ditugaskan di provinsi ini dalam lima tahun terakhir.

Karakteristik Ekonomi Migran Risen

Kondisi ekonomi biasanya dikaitkan dengan aktivitas utama yang dilakukan oleh individu. Dalam pencacahan yang dilakukan oleh BPS pada Sensus Penduduk 2010, kegiatan utama biasanya dikelompokkan dalam bekerja, mencari pekerjaan, bersedia bekerja apabila ada yang menawarkan, bukan angkatan kerja (mengurus rumah tangga, sekolah dan lainnya). Kegiatan utama ditanyakan untuk penduduk berumur 10 tahun keatas atau 15 tahun keatas. Data Sensus Penduduk tahun 2010 menunjukkan bahwa sebagian besar penduduk migran risen yang berumur 15 tahun keatas mempunyai

kegiatan utama bekerja (90,26%). Dari mereka yang bekerja, 59,06% migran risen ini bekerja di sektor jasa-jasa, 25,07% bekerja di sektor manufaktur dan 15,87% sisanya bekerja di setor pertanian.

Akan tetapi, data SP2010 menunjukkan bahwa 9,74% penduduk yang berstatus migran risen merupakan pengangguran, angka ini terdiri dari presentase migran risen yang sedang mencari pekerjaan dan migran risen yang bersedia bekerja apabila ada yang menyediakan. Sedangkan persentase penduduk migran risen yang berstatus bukan angkatan kerja (mengurus rumah tangga, sekolah dan lainnya) adalah 26,74%. Presentase ini lebih rendah dibandingkan presentase penduduk bukan migran yang berstatus bukan angkatan kerja (30,42%).

Berdasarkan status pekerjaannya, 65,23% penduduk migran risen bekerja sebagai buruh atau karyawan. Dengan kata lain, 2 dari 3 penduduk yang berstatus sebagai migran risen, cenderung bekerja sebagai buruh atau karyawan.

Persentase penduduk migran risen tertinggi yang bekerja sebagai buruh atau karyawan terdapat pada propinsi DKI Jakarta (66,11%), Kepulauan Riau (58,66%), provinsi Banten (49,2%), Kalimantan Timur (49,10%) dan provinsi Jawa Barat (39,54%). Tingginya persentase penduduk migran risen yang bekerja sebagai karyawan dan buruh di DKI Jakarta menunjukkan bahwa daya tarik Jakarta sebagai ibukota masih cukup tinggi yang juga dikarenakan tersedianya lapangan kerja terutama sektor formal di provinsi ini. Selain itu, tingginya persentase penduduk migran risen yang bekerja sebagai karyawan dan buruh di provinsi Kepulauan Riau, Banten bahkan Kalimantan Timur diduga kuat karena berkembangnya industrialisasi di provinsi-provinsi ini yang pada akhirnya membuka banyaknya perkantoran dari berbagai sektor di provinsi ini, dimana hal ini menjadi 'gula' yang menyebabkan migran berdatangan.

4.1.3. Karakteristik Perumahan Migran Risen

Sebagaimana diketahui bahwa migran pada dasarnya merupakan agen informasi bagi calon migran lainnya. Hal ini dapat terjadi oleh karena arus migrasi terjadi secara bergelombang tergantung dari informasi yang diberikan oleh pendahulu mereka. Oleh karenanya, para migran cenderung memiliki karakteristik ulet dalam upaya merubah hidupnya. Meningkat atau tidaknya taraf hidup para migran setelah ia berpindah, salah satunya dapat dilihat dari karakteristik kepemilikan dan kondisi rumah yang dimilikinya saat ini, kepemilikan jamban keluarga dan penggunaan air bersih, sumber penerangan dan komunikasi yang digunakannya.

Penduduk migran risen yang memiliki rumah dengan status kepemilikan milik sendiri hanya 41,28%. Pada umumnya penduduk migran risen masih banyak yang menyewa (19,63%) atau mengontrak rumah (22,11%).

Jika diperhatikan menurut provinsi, migran risen dengan status kepemilikan rumah sendiri paling rendah terdapat di Provinsi Bali (14,29%) dan di Provinsi DKI Jakarta (29,33%). Di Provinsi Bali, hampir separuh dari jumlah migran risen memiliki rumah berstatus sewa (49,57%), sementara di DKI Jakarta sebagian besar rumah migran risen berstatus kontrak (36,65%). Hal ini diduga berkaitan dengan tujuan migran dan jangka waktu status bekerja migran di kedua provinsi tersebut yang berbeda. Sedangkan di Provinsi DI Yogyakarta, Kalimantan Tengah, Kalimantan Timur, Riau dan Kepulauan Riau yang merupakan provinsi dengan angka migran masuk tinggi dibandingkan provinsi lain, penduduk berstatus migran risen yang belum memiliki rumah sendiri mencapai kurang lebih 50%.

Sebagai indikator sosial ekonomi migran, kepemilikan rumah juga diikuti dengan jenis lantai yang digunakannya, apakah terbuat dari keramik atau dari kayu atau dari tanah. Lebih dari separuh penduduk migran risen telah menggunakan lantai dari keramik yaitu mencapai 53%.

Daerah-daerah yang biasa menggunakan rumah panggung umumnya didominasi dengan penggunaan kayu atau bambu sebagai lantai rumah, sementara rumah-rumah tembok biasanya menggunakan keramik, ubin atau semen. Penggunaan kayu dan bambu pada lantai rumah terbesar terdapat pada rumah milik migran risen di wilayah Sumatera dan wilayah Indonesia bagian timur. Penggunaan lantai keramik lebih banyak digunakan oleh migran risen yang tinggal di pulau Jawa, Bali dan Nusa Tenggara Timur merupakan provinsi terbesar yang rumah migran risen disana masih beralaskan tanah. Migran risen di pulau Kalimantan sebagian besar menggunakan lantai kayu seperti yang banyak digunakan oleh penduduk lokal. Hal yang sama juga terlihat di provinsi Sulawesi Barat, Sulawesi Tenggara, dan Sulawesi Selatan.

Salah satu indikator dari perilaku hidup bersih dan sehat adalah meningkatnya penggunaan jamban sehat. Kondisi ideal terjadi apabila perilaku setiap orang buang air besar di jamban dan setiap keluarga memiliki minimal satu jamban sehat. Secara keseluruhan persentase migran risen di Indonesia lebih banyak yang sudah memiliki jamban keluarga sendiri, yaitu mencapai 75,80%, artinya 3 dari 4 orang migran risen sudah memiliki jamban sendiri di tempat tinggalnya. Migran risen yang menggunakan jamban bersama sebesar 15,75% dan hanya 2,75% migran risen yang menggunakan jamban umum. Terdapat 10,67% migran risen yang tidak memiliki jamban di tempat tinggalnya.

Selain perilaku buang air besar di jamban, salah satu indikator PHBS (Pola Hidup Bersih Sehat) adalah penggunaan air bersih, baik pada individu perorangan, maupun rumah tangga. Pada migran risen hasil SP 2010, penggunaan air terbesar adalah penggunaan air kemasan (41,83%), disusul dengan penggunaan air dari sumur (23,32%), ledeng

(15,73%) dan pompa (11,72%). Akan tetapi, masih terdapat 3,77% dan 2,05% migran risen yang menggunakan air hujan dan air sungai untuk kebutuhannya.

Selain sumber air bersih, perlu diperhatikan juga bahan bakar yang digunakan. Lebih dari separuh migran risen memakai gas sebagai bahan bakar yang digunakan sehari-hari untuk memasak (54,59%), diikuti dengan penggunaan minyak tanah (19,50%).

Sebagaimana yang telah diketahui, program listrik masuk desa sudah dicanangkan sejak lama, namun belum semua perdesaan mampu dialiri oleh listrik karena keterbatasan daya yang dihasilkan oleh pembangkit listrik di Indonesia. Kini, isu krisis energi dan penghematan pemakaian listrik oleh semua pihak kembali digalakkan. Proporsi terbesar migran risen menggunakan sumber penerangan dari PLN dengan meteran (75,73%), PLN tanpa meteran (13,24), Listrik bukan PLN (7,15%) dan hanya 3,87% penduduk migran risen yang tidak menggunakan listrik.

Selain sumber penerangan yang digunakan pada rumahnya, kondisi perumahan penduduk migran risen juga dapat dilihat dari sumber alat komunikasi yang biasa digunakan. Kepemilikan alat komunikasi pada saat ini bukan lagi sesuatu yang sulit, hampir disetiap pelosok desa telah menggunakan alat komunikasi terutama ketika teknologi telpon seluler ditemukan. Pada umumnya migran risen memiliki telepon seluler (77,84%). Hal ini berarti 3 dari 4 orang migran risen di Indonesia telah menggunakan telpon seluler pada saat pencacahan SP.

4.2. Angka, Pola, Arus dan Karakteristik Migrasi Kembali

4.2.1. Angka, Pola dan Arus Migrasi Kembali Antarpulau dan Antarprovinsi

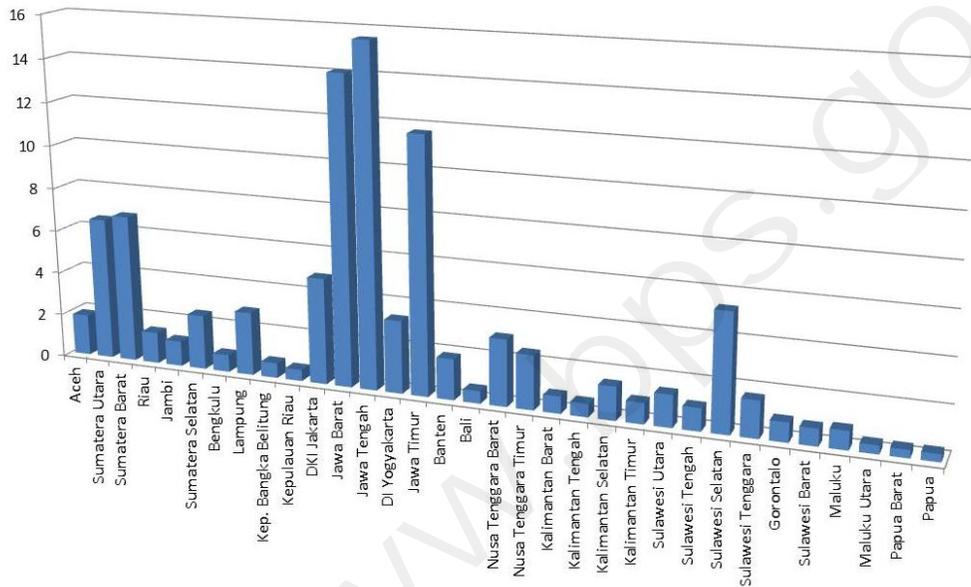
Migrasi kembali biasanya dilakukan karena beberapa faktor yaitu: ketidakberhasilan di tempat yang baru, ingin kembali ke tempat asal karena ingin menikmati masa tua di tempat asal, pernikahan, atau karena faktor lainnya seperti mencari kehidupan atau suasana hidup yang lebih tenang maupun damai.

Sensus Penduduk 2010 mencatat terdapat sebanyak 789.198 migran risen yang kembali ke tanah kelahiran mereka atau sekitar 0,33 persen dari seluruh penduduk Indonesia yang berjumlah 235.926.403. Jika dibandingkan terhadap total migran risen, maka 14,62 persen migran risen telah kembali ke tanah kelahirannya. Sensus Penduduk tidak mencatat alasan mengapa melakukan migrasi kembali. Alasan bermigrasi biasanya diperoleh dari data SUPAS, yang mencatat migrasi lebih detil.

Provinsi manakah yang menjadi tujuan kembali para migran? SP2010 menggambarkan bahwa para migran paling banyak kembali ke provinsi Jawa Tengah, Jawa Barat dan Jawa Timur dengan proporsi berkisar antara 11% – 16% dari seluruh migran kembali di Indonesia. Ketiga daerah ini memang merupakan pengirim migran terbesar di Indonesia, tidak saja ke Sumatera tetapi juga pulau-pulau lain. Jumlah penduduk yang

besar dan tekanan ekonomi menyebabkan sebagian penduduk melakukan migrasi ke wilayah lain. Hampir tidak ada satu provinsi pun di Indonesia yang tidak ada penduduk dari pulau Jawa. Pada umumnya mereka bekerja sebagai pedagang makanan seperti pecel lele dan aneka penyetan dari pedagang kaki lima hingga ke restoran besar.

Gambar 2.
Distribusi Migrasi Kembali menurut Provinsi, 2010



Sumber: Sensus Penduduk 2010

Sebagian besar migran kembali berada di Jawa Tengah (15,58%), Jawa Barat (14,10%) dan Jawa Timur (11,72%). Sedangkan persentase terkecil yaitu kurang dari 1% adalah migrasi kembali di provinsi Bengkulu, Kepulauan Bangka Belitung, Kepulauan Riau, Bali, Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah, Kalimantan Timur, Gorontalo, Sulawesi Barat, Maluku, Maluku Utara, Papua Barat dan Papua. Hal ini dapat diartikan pula bahwa jarak dapat menjadi kendala bagi migran untuk kembali pulang, atau karena provinsi yang dituju masih memberikan kenyamanan bagi migran tersebut sehingga mereka memutuskan untuk tidak kembali ke tempat kelahiran mereka.

Tabel 3
Persentase Penduduk Migrasi Kembali Menurut Tempat Tinggal Sekarang dan Tempat Tinggal 5 Tahun Yang Lalu Menurut Pulau, 2010

Pulau Tempat Tinggal/kelahiran	Pulau Tempat Tinggal 5 Tahun yang Lalu						Total
	Sumatera	Jawa	Kalimantan	Sulawesi	Pulau	Luar	

Gambar 3 menunjukkan persentase migran risen yang kembali berdasarkan daerah tempat tinggal perkotaan dan perdesaan. Dari gambar tersebut terlihat bahwa migran kembali sebagian besar kembali ke daerah perkotaan dibandingkan di perdesaan. Proporsi migran kembali di perkotaan adalah 57,65% sedangkan yang berada di perdesaan sebesar 42,35%. Migran kembali biasanya selain karena kegagalan dalam berusaha juga disebabkan karena perkawinan, mengurus orang tua atau ingin kembali menikmati kehidupan di daerah asal dengan nyaman. Meskipun demikian, pengalaman transmigrasi beberapa tahun yang lalu menunjukkan bahwa migran kembali yang dilakukan oleh transmigran sebagian besar karena kegagalan di tempat yang baru, terutama transmigran yang berasal dari daerah perkotaan seperti DKI Jakarta.

Gambar 3.
Migran Kembali menurut Daerah Tempat Tinggal Perkotaan dan Perdesaan, 2010



Sumber: Sensus Penduduk, BPS, 2010

Lebih lanjut, migrasi kembali antar pulau berdasarkan perkotaan dan perdesaan memperlihatkan bahwa migran kembali pada umumnya menuju daerah perkotaan yaitu sebanyak 259.116 orang pindah kembali ke tempat kelahirannya di perkotaan dan sekitar 198.549 orang kembali ke perdesaan. Migrasi kembali ke perkotaan didominasi oleh migran yang berada di Jawa yaitu 115.821 orang (44,7 persen), dan 27,80 persen ke Sumatera. Untuk yang ke perdesaan juga mempunyai pola yang sama yaitu 35,91 persen kembali ke pulau Jawa dan 28,17 kembali ke pulau Sumatera.

Berdasar tabel 4, terlihat bahwa Migran kembali ke daerah perkotaan di pulau Sumatera sebagian besar berasal dari Jawa 85,76 persen dan yang lainnya sangat kecil. Sementara jumlah migran yang kembali ke perkotaan Jawa berasal dari Sumatera (36,17 persen), dari luar negeri (22,87 persen). Sementara migran kembali ke perkotaan Kalimantan lebih banyak berasal dari Jawa, demikian pula yang kembali ke

Sulawesi dan Kepulauan lainnya. Dengan demikian pelaku migrasi risen yang kembali ke daerah perkotaan di pulau-pulau lain lebih banyak berasal dari Pulau Jawa.

Tabel 4
Presentase Migrasi Kembali Menurut Tempat Tinggal Sekarang dan Tempat Tinggal 5 Tahun Yang Lalu Menurut Pulau dan Jenis Kelamin, 2010

Pulau Tempat Tinggal	Pulau Tempat Tinggal 5 Tahun yang Lalu						Total
	Sumatera	Jawa	Kalimantan	Sulawesi	Kepulauan lain	Luar Negeri / Lainnya	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Perkotaan							
Sumatera	-	85,76	3,62	1,64	2,57	6,41	100
Jawa	36,17	-	16,86	7,44	16,67	22,87	100
Kalimantan	6,6	70,93	-	12,62	3,83	6,02	100
Sulawesi	5,09	37,22	21,69	-	28,06	7,94	100
Kepulauan lain	4,22	47,75	3,82	18,45	-	25,76	100
Total	17,55	37,04	11,39	6,47	11,52	16,03	100
Perdesaan							
Sumatera	-	82,33	2,68	1,13	1,94	11,91	100
Jawa	22,05	-	14,86	2,27	7,65	53,17	100
Kalimantan	7,78	50,59	-	12,15	5,51	23,98	100
Sulawesi	4,64	12,45	26,35	-	21,42	35,15	100
Kepulauan lain	6,37	21,89	6,79	13,66	-	51,29	100
Total	9,93	30,2	11,9	3,5	7,37	37,1	100

Sumber: Sensus Penduduk 2010

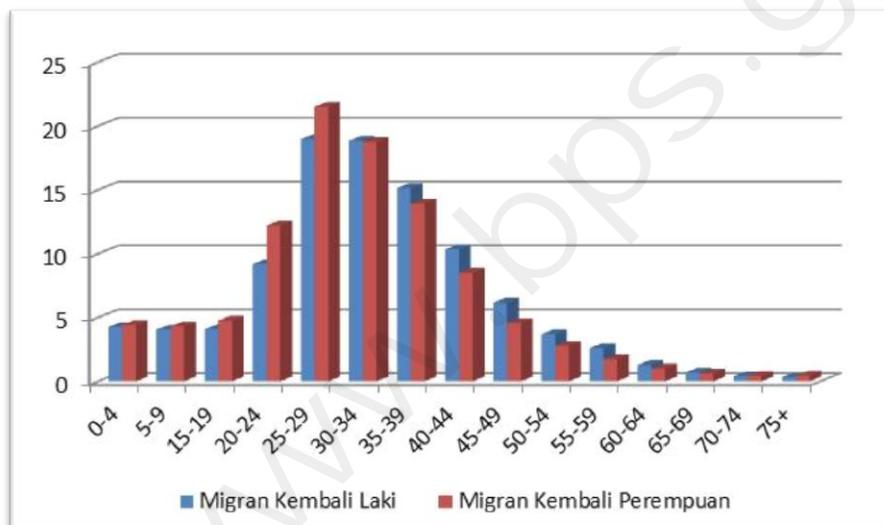
Migran kembali keperdesaan juga menunjukkan pola yang mirip yaitu lebih banyak yang berasal dari migrasi risen yang berada di pulau Jawa. Jawa masih menjadi tujuan migrasi sampai saat ini, dan Jawa pula yang lebih banyak menjadi daerah asal migrasi risen yang kembali ke pulau-pulau lain tempat kelahiran mereka. Aliran arus migrasi ini sesuai dengan teori Ravenstein (1885) yang mengatakan bahwa setiap ada arus migrasi maka akan terjadi arus sebaliknya. Sebagaimana telah disebutkan diatas bahwa migrasi kembali terjadi karena beberapa alasan baik ekonomi, pekerjaan, perkawinan dan lain sebagainya.

4.2.2. Karakteristik Migran Kembali

Karakteristik Demografi Migran Kembali

Jumlah migran kembali ke daerah kelahiran terbanyak berada pada kelompok umur 20-39 tahun baik untuk laki-laki maupun perempuan, semakin tua umur semakin kecil jumlah mereka yang melakukan migrasi kembali. Hampir semua migran kembali berada pada usia produktif yaitu 15-64 tahun, sedangkan penduduk lansia masih sangat sedikit dan penduduk di bawah 15 tahun juga sedikit. Gambaran semacam ini terlihat baik untuk laki-laki maupun perempuan.

Gambar 4
Persentase Migrasi Kembali Menurut Umur dan Jenis Kelamin, 2010

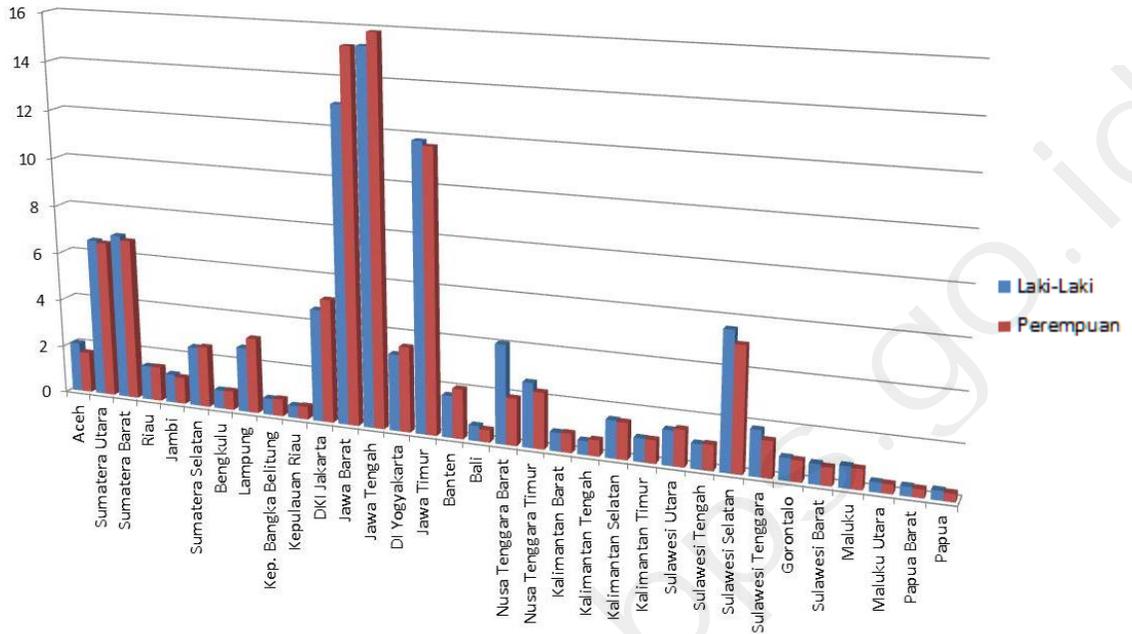


Sumber: Sensus Penduduk 2010

Menarik untuk diperhatikan adalah migran pada kelompok umur 5-9 tahun yang jumlahnya mencapai 19.833 orang, yang diduga merupakan anak-anak yang dibawa orang tuanya bermigrasi keluar daerah kelahirannya. Dalam hal ini migrasi keluarga sudah mulai banyak dilakukan oleh masyarakat Indonesia.

Gambar 5

Percentase Migran Kembali menurut Provinsi dan Jenis Kelamin, 2010



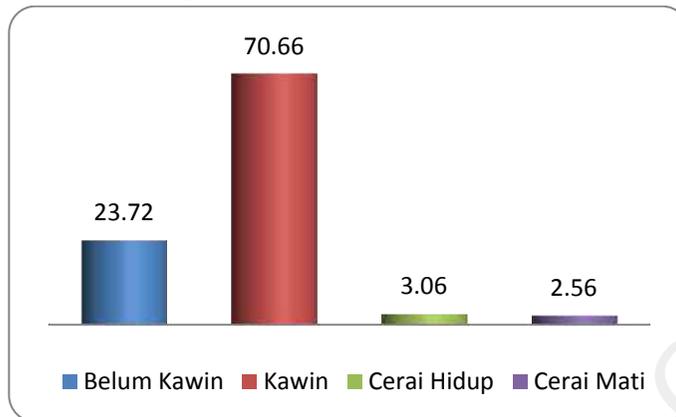
Sumber: Sensus Penduduk 2010

Dari sisi jenis kelamin migran kembali laki-laki lebih banyak berada di provinsi di Jawa Barat mencapai 13,01%, Jawa Tengah 15,81% dan Jawa Timur 11,81%. Sedangkan migran perempuan terbanyak berada di provinsi yang sama yaitu masing-masing 15,28% di Jawa Barat, 15,87% berada di Jawa Tengah dan 11,63% berada di Jawa Timur.

Karakteristik Sosial Migran Kembali

Dilihat dari status perkawinan migran kembali pada umumnya berstatus sudah kawin yaitu mencapai 70,66%, yang belum kawin 28,77, cerai hidup 3,06% dan cerai mati 2,56%. Kasus untuk cerai hidup menunjukkan tren meningkat dari tahun ke tahun, dan lebih banyak dilakukan oleh perempuan dibanding laki-laki (Pencatatan NCTR, Kementerian Agama, 2010).

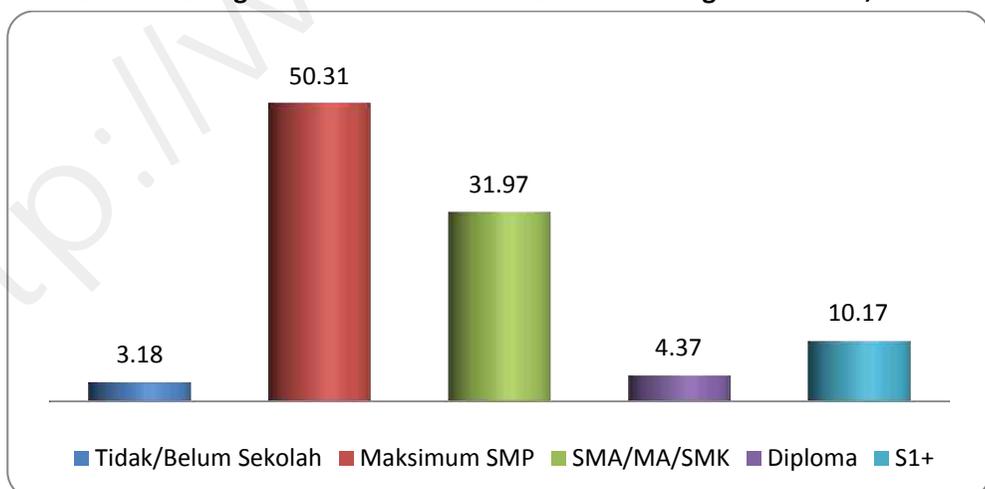
Gambar 6
Persentase Migran Kembali Menurut Status Kawin, 2010



Sumber: Sensus Penduduk 2010

Karakteristik sosial diukur pula dari jenjang pendidikan yang ditamatkan. Dari sisi pendidikan, migran kembali pada umumnya memiliki pendidikan yang lebih baik dibandingkan penduduk bukan migran. Migran kembali yang berpendidikan SMA ke atas yaitu 46,61%. Mantra (2000) mengatakan bahwa pada umumnya migran mempunyai karakteristik sosial ekonomi yang lebih baik dibandingkan dengan penduduk non migran.

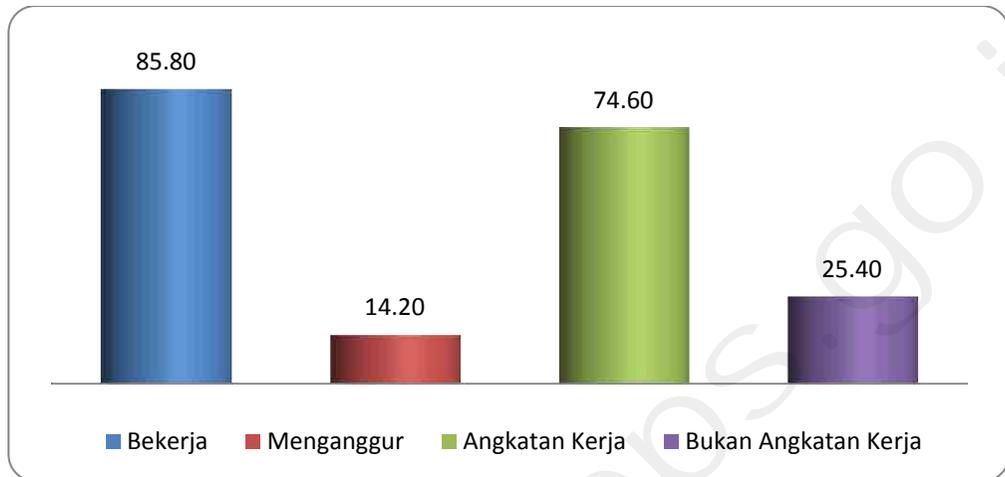
Gambar 7
Persentase Migran Kembali Menurut Pendidikan Yang Ditamatkan, 2010



Sumber: Sensus Penduduk, BPS, 2010

Karakteristik Ekonomi Migran Kembali

Gambar 8
Migran Kembali Menurut Kegiatan Utama, 2010

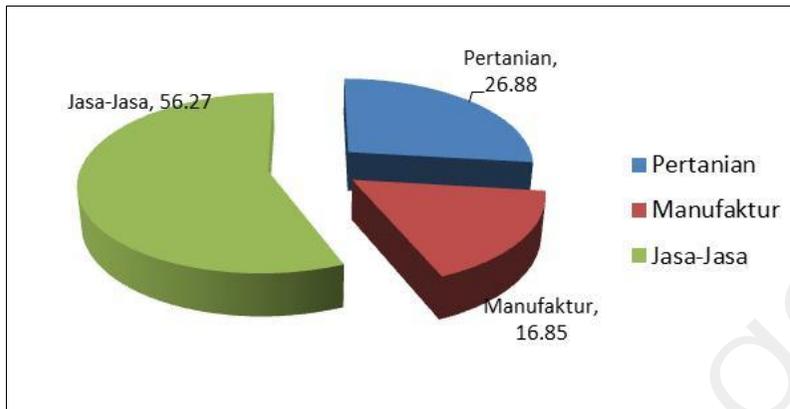


Sumber: Sensus Penduduk 2010

Karakteristik ekonomi biasanya dicerminkan dengan kegiatan utama yang dilakukan, lapangan pekerjaan dan status pekerjaan. Dalam konsep ekonomi penduduk berusia 15 tahun keatas disebut sebagai tenaga kerja. Tenaga kerja dibagi menjadi angkatan kerja dan bukan angkatan kerja. Angkatan kerja terdiri dari penduduk bekerja dan mencari pekerjaan atau penganggur terbuka. Sedangkan bukan angkatan kerja merupakan penduduk yang masih sekolah, mengurus rumah tangga dan lainnya. Jika diperhatikan persentase migran kembali yang masuk angkatan kerja terlihat lebih banyak yaitu 74,60 %. Sebaliknya untuk penduduk migran kembali yang bukan angkatan kerja mencapai 25,40 %.

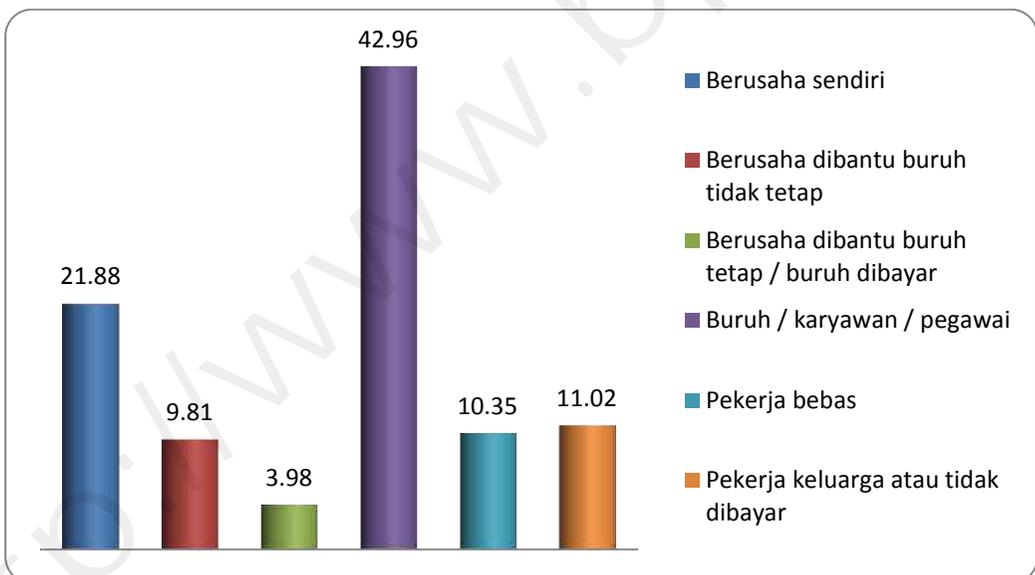
Dilihat dari sektor pekerjaan yang dilakukan oleh migran kembali yang bekerja, pada umumnya bekerja di sektor jasa-jasa (56,27%), disusul kemudian bekerja di pertanian (26,88%) dan paling rendah bekerja di sektor industri manufaktur (16,85%). Dari gambaran tersebut terlihat bahwa migran kembali lebih banyak yang masuk ke sektor jasa seperti jasa keuangan, kesehatan termasuk jasa dibidang makanan.

Gambar 9
Migran Kembali Menurut Lapangan Pekerjaan, 2010



Sumber: Sensus Penduduk 2010

Gambar 10
Migran Kembali Menurut Status Pekerjaan, 2010



Sumber: Sensus Penduduk 2010

Migrasi kembali yang bekerja pada umumnya berstatus sebagai buruh/karyawan (42,96 %), berusaha sendiri (21,88 %), berusaha dibantu buruh tidak tetap (9,81 %), berusaha dibantu buruh tetap (3,98 %), pekerja bebas (10,35 %) dan pekerja keluarga (11,02 %). Jika dikelompokkan kedalam kerja formal dan informal, terlihat bahwa migran kembali lebih banyak yang bekerja di sektor informal yaitu 53,06 % dan yang bekerja formal hanya 46,94 %. Pekerja formal adalah pekerja dengan status berusaha

dibantu buruh tetap/buruh dibayar dan buruh/karyawan/pegawai. Gambaran semacam ini juga terlihat secara nasional. Secara teori pekerjaan informal merupakan indikator kurang stabilnya perekonomian di suatu negara, karena sektor ini dianggap tidak tetap, kurang modal dan seringkali tidak memperoleh perlindungan dari pemerintah.

Komposisi pekerja dengan status pekerjaan diatas menunjukkan masih besarnya sektor informal di Indonesia. Dalam beberapa tulisan yang membahas ketenagakerjaan, meskipun sektor informal tahan terhadap goncangan ekonomi seperti yang terjadi tahun 1997 dan 2008, namun sektor ini dipandang kurang menguntungkan bagi perekonomian suatu negara. Oleh sebab itu kebijakan pemerintah kedepan adalah mendorong semakin banyaknya peluang kerja formal yang dapat diciptakan baik di sektor industri manufaktur maupun sektor-sektor lainnya.

4.2.3. Karakteristik Rumah Tangga Migran Kembali

Kepemilikan dan Kondisi Rumah

Rumah tinggal menjadi tolok ukur keberhasilan seseorang secara ekonomi. Kepemilikan rumah juga menjadi salah satu standar status sosial bagi orang yang bersangkutan. Gambaran migrasi risen yang kembali ke tempat kelahirannya menunjukkan bahwa pada umumnya migran telah mempunyai rumah sendiri (66,80 %), 11,25 % mengontrak dan 7,54 % sewa, 14,40% lainnya.

Berapa luas rata-rata tanah yang dimiliki? Sebagian besar migran kembali mempunyai tanah dengan luas rata-rata per kapita lebih dari 10 meter persegi. Luas tanah ini telah memenuhi minimal rata-rata per kapita luasan tempat tinggal yaitu 8 m²/kapita, artinya migran kembali telah mampu memiliki memenuhi standar hidup layak minimal dari sisi luasan tanah.

Rumah yang sehat harus memenuhi syarat seperti lantai terbuat dari ubin atau semen, dinding tembok atau bahan yang tidak lembab, mempunyai ventilasi yang mencukupi, dilengkapi dengan fasilitas Mandi Cuci Kakus (MCK) yang sehat, serta memiliki sumber air bersih yang memadai, selain infrastruktur lingkungan seperti jalan, tempat sampah dan fasilitas sosial lainnya. Data Sensus Penduduk 2010 menyajikan kondisi rumah tangga penduduk termasuk migran kembali. Dari data tersebut terlihat bahwa material untuk lantai yang digunakan sangat berkaitan dengan adat kebiasaan masyarakat setempat serta ketersediaan bahan tersebut. Persentase Migran kembali yang terbanyak menggunakan keramik.

Migran kembali di provinsi-provinsi di pulau Jawa misalnya lebih banyak yang menggunakan keramik untuk lantai rumah mereka. Tetapi rumah tangga migran kembali yang menggunakan semen paling banyak terdapat di hampir seluruh provinsi di Sumatera, Sulawesi dan kepulauan lain termasuk Nusa Tenggara, Maluku dan Papua. Sedangkan rumah tangga migran yang memiliki lantai dari kayu terbanyak berada di provinsi Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah, Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, Sulawesi Barat dan Sulawesi Tenggara. Di wilayah-wilayah ini masih banyak dijumpai rumah-rumah panggung sebagai tempat tinggal mereka.

Kepemilikan Jamban Keluarga dan Penggunaan Air Bersih

Kepemilikan fasilitas MCK menjadi salah satu syarat perlu bagi rumah sehat. Tidak semua rumah di Indonesia dilengkapi dengan jamban keluarga, karena masih banyak dari mereka yang masih menggunakan sungai, kebun, jalanan untuk membuang hajat. Sungai atau jamban bersama mempunyai fungsi sosial tinggi di beberapa daerah. Sungai atau jamban umum merupakan tempat bertemu masyarakat, tempat berdiskusi dan bahkan menjadi tempat transaksi bisnis. Jambanisasi di Sukabumi yang dilakukan oleh UNICEF menemukan bahwa sebagian penduduk yang sudah dibuatkan jamban keluarga, masih menggunakan sungai sebagai jamban karena mereka bisa bersilaturahmi dan bisa melihat pemandangan yang lebih luas dibandingkan jamban keluarga yang tertutup tembok.

Data Sensus Penduduk 2010 menunjukkan bahwa persentase migran kembali yang mempunyai jamban keluarga sendiri mencapai 74,84 %. Jamban yang sehat harus dilengkapi dengan tempat pembuangan tinja (*septic tank*) yang memadai dan berkualitas. *Septic tank* dibuat untuk menghindarkan pencemaran bakteri e-coli yang disebabkan oleh kotoran manusia. Di beberapa daerah yang padat *septic tank* dibangun secara bersama-sama untuk beberapa rumah untuk menghindari jarak *septic tank* dengan sumber air bersih. Paling tidak *septic tank* harus berjarak tidak kurang dari 10 meter dari sumber air. Di beberapa daerah yang lain, limbah dari jamban keluarga langsung disalurkan ke sungai-sungai yang mengalir dekat dengan perkampungan mereka. Ditempat yang lain lagi *septic tank* langsung dibuat dibawah jamban keluarga tanpa tembok yang memadai. Data Sensus Penduduk 2010 mencatat bahwa proporsi migran kembali yang mempunyai *septic tank* cukup besar yaitu mencapai 84,18 %, yang tidak mempunyai *septic tank* sebanyak 11,29 %.

Akses air bersih menjadi salah satu indikator dalam pencapaian derajat kesehatan. Tidak semua rumah tangga di Indonesia memperoleh akses terhadap air bersih, karena kondisi geografis, ketersediaan air bersih, adat kebiasaan dan lain sebagainya. Migran kembali secara umum lebih banyak yang menggunakan air bersih dari sumur (34,49 %), air kemasan 22,04 % dan ledeng 18,63 %.

Dari bahan bakar yang digunakan oleh migran kembali sebagian besar menggunakan bahan bakar gas, kayu dan minyak tanah. Kebijakan untuk mengganti bahan bakar minyak tanah menjadi bahan bakar gas telah menyebabkan sebagian besar memperoleh tabung dan kompor gas gratis dan ini meningkatkan pemakaian gas. Apabila gas tidak mencukupi kebutuhan maka diganti dengan kayu bakar, seperti terlihat di pedalaman Sumatera maupun Kalimantan.

Fasilitas Penerangan dan Komunikasi

Fasilitas penerangan biasanya diperoleh dari PLN, sumber listrik lain maupun non listrik seperti lampu petromaks, sentir/pelita maupun sumber lainnya. Pelayanan listrik dari PLN sudah semakin meluas, meskipun belum semua wilayah terlistriki. Kekurangan pasokan listrik, jarak dari pembangkit dan kondisi geografis menyebabkan pelayanan listrik belum menjangkau kesemua daerah. Oleh sebab itu, telah dibuka pembangunan pembangkit swasta untuk memenuhi pasokan listrik di beberapa daerah atau pembangkit mikro hidro yang dikembangkan sendiri oleh masyarakat perdesaan.

Secara keseluruhan, hampir sebagian migran kembali telah menggunakan listrik dari PLN yang dilengkapi dengan meteran, hanya sebagian kecil yang menggunakan listrik PLN tanpa meteran maupun listrik non PLN. Jika diperhatikan menurut provinsi, proporsi migran kembali di provinsi Kalimantan Tengah, Riau, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Barat dan Bangka Belitung paling kecil diantara provinsi-provinsi lain yaitu kurang dari 40 persen yang menggunakan listrik PLN bermeteran. Sementara provinsi di pulau Jawa, Bali dan Nusa Tenggara, Aceh, Sumatera Utara, Maluku dan Papua menunjukkan persentase pengguna listrik PLN bermeteran yang cukup tinggi.

Alat komunikasi seperti telepon kabel maupun telepon seluler sekarang ini bukan termasuk barang mewah lagi. Hampir semua kalangan telah menggunakan telepon seluler baik di perkotaan maupun di perdesaan, demikian pula migran kembali. Migran kembali sebagian besar telah menggunakan telepon seluler yaitu diatas 77%.

4.3. Analisis Inferensial

Analisis ini dimaksudkan untuk melihat hubungan antarvariabel secara general dengan pemodelan tertentu berdasarkan data sampel untuk menduga karakteristik populasi. Terdapat keterbatasan fasilitas pengolahan data dalam kemampuannya mengolah data sensus secara keseluruhan, maka analisis ini hanya dapat melakukan pengolahan

data 5 persen dari data Sensus Penduduk, yang dipilih secara random dari data penduduk berusia 5 tahun ke atas. Pemilihan penduduk berusia 5 tahun ke atas ini dipertimbangkan karena jenis migrasi yang dianalisis adalah migrasi risen, yaitu migrasi yang terjadi karena adanya perbedaan antara provinsi tempat tinggal 5 tahun yang lalu dan provinsi tempat tinggal pada saat pencacahan.

Variabel terikat dalam pemodelan yang dikembangkan adalah status migrasi yang memiliki dua kategori kemungkinan, yaitu migran ($Y=1$) atau bukan migran ($Y=0$). Pemodelan dimaksudkan untuk melihat variabel-variabel apa saja yang dapat mempengaruhi seseorang dapat menjadi migran atau bukan migran. Karena itu alat analisis yang digunakan untuk melihat persoalan ini adalah dengan menggunakan regresi logistik biner (*binary logistic regression*), dimana variabel terikatnya memiliki dua kategori, yaitu $Y=1$ atau $Y=0$. Probabilitas antara dua pilihan tersebut diprediksi dengan menggunakan beberapa variabel bebas sebagaimana dirumuskan pada model berikut ini:

$$\ln \frac{Y = 1}{Y = 0} = \beta_0 + \beta_1 * X_1 + \beta_2 * X_2 + \beta_3 * X_3 + \beta_4 * X_4 + \beta_5 * X_5 + \beta_6 * X_6 + \varepsilon$$

Dimana:

Y	= Status migrasi, dimana $Y=1$ adalah migran; dan $Y=0$ adalah bukan migran
X₁	= Umur
X₂	= Jenis kelamin, dimana $X_2=1$ adalah laki-laki; dan $X_2=0$ adalah perempuan
X₃	= Status perkawinan dimana $X_3=1$ jika responden berstatus kawin; dan $X_3=0$ jika responden berstatus tidak kawin.
X₄	= Tingkat pendidikan; dimana $X_4=1$, jika responden tamat SD atau tidak/belum tamat SD atau tidak pernah sekolah; $X_4=2$ jika responden tamat SLTP/MTs dan yang sederajat; $X_4=3$ jika responden tamat SLTA/MA ke atas.
X₅	= Sektor pekerjaan; dimana $X_5 = 0$, jika responden tidak bekerja atau bukan angkatan kerja; $X_5=1$ jika responden bekerja di sektor pertanian; dan $X_5=2$ jika responden bekerja di sektor non pertanian.
X₆	= Kekayaan, yang merupakan komposit indeks dari kepemilikan aset dan fasilitas rumah tangga. Hasil komposit indeks kemudian dikelompokkan menjadi 5 kelompok kuintil.

Analisis regresi logistik yang dilakukan dibuat dalam 4 skenario model. Skenario model 1 adalah regresi logistik dengan menggunakan seluruh individu berusia 5 tahun ke atas dan tanpa tambahan variabel umur yang dikuadratkan. Skenario model 2 adalah

regresi logistik dengan menggunakan seluruh individu berusia 5 tahun ke atas dan menggunakan tambahan variabel umur yang dikuadratkan. Skenario model 3 adalah regresi logistik dengan menggunakan individu kepala rumah tangga dan menggunakan variabel umur tanpa tambahan umur kuadrat. Skenario model 4 adalah regresi logistik dengan menggunakan individu kepala rumah tangga dan menggunakan variabel umur dan tambahan variabel umur kuadrat.

Tambahan variabel umur yang dikuadratkan dimaksudkan untuk menguji pengaruh dari umur terhadap probabilitas seseorang berstatus migran dengan memperhatikan pola pengaruh yang seperti huruf 'U' terbalik. Artinya, semakin bertambahnya umur seseorang semakin meningkatkan probabilitas bahwa orang tersebut berstatus migran, namun pada suatu titik umur tertentu, probabilitas ini menurun sejalan dengan meningkatnya kembali umur tersebut. Dengan kata lain, probabilitas seseorang menjadi migran tidak selamanya meningkat seiring bertambahnya umur, tetapi terdapat titik puncak probabilitas pada suatu titik umur tertentu, misalnya pada umur 40-an. Setelah di atas umur 40-an probabilitas ini mengalami penurunan.

Tabel 5.

Estimasi Parameter Model Regresi Logistik dengan Skenario Empat Model

Variabel Bebas	Model 1			Model 2			Model 3			Model 4		
	B	Sign	Exp (B)	B	Sign.	Exp (B)	B	Sign	Exp (B)	B	Sign.	Exp (B)
age	-0,030	0,00	0,971	0,026	0,00	1,026	-0,070	0,00	0,933	-0,123	0,00	0,885
age2	--	--	--	-0,001	0,00	0,999				0,001	0,00	1,001
Jenkel (1)	-0,066	0,00	0,936	-0,043	0,00	0,958	0,250	0,00	1,284	0,240	0,00	1,271
r_kawin (1)	0,14	0,06	1,014	-,0,117	0,00	0,890	-0,905	0,00	0,405	-0,822	0,00	0,439
pendidikan												
pendidikan (1)	0,655	0,00	1,926	0,500	0,00	1,649	0,465	0,00	1,592	0,471	0,00	1,601
pendidikan (2)	1,009	0,00	2,743	0,820	0,00	2,270	0,780	0,00	2,666	1,000	0,00	2,717
kerja												
kerja (1)	0,262	0,00	1,299	0,135	0,00	1,145	-0,379	0,00	0,684	-0,270	0,00	0,764
kerja (2)	0,612	0,00	1,844	0,501	0,00	1,651	-0,102	0,00	0,903	0,009	0,457	1,609
kuintil												
kuintil (1)	0,230	0,00	1,259	0,232	0,00	1,261	0,200	0,00	1,221	0,204	0,00	1,226
kuintil (2)	0,352	0,00	1,423	0,360	0,00	1,433	0,305	0,00	1,356	0,311	0,00	1,365
kuintil (3)	0,491	0,00	1,634	0,506	0,00	1,658	0,382	0,00	1,465	0,394	0,00	1,483
kuintil (4)	0,913	0,00	2,491	0,940	0,00	2,559	0,654	0,00	1,923	0,668	0,00	1,951
constant	-4,021	0,00	0,018	-4,584	0,00	0,010	-1,109	0,00	0,330	-0,322	0,00	0,725

Estimasi parameter hasil analisis regresi logistik memperlihatkan bahwa semua variabel yang diajukan dalam berbagai model memiliki dampak yang signifikan secara statistik terhadap probabilitas seseorang untuk menjadi berstatus migran. Variabel

umur (*age*) memiliki tanda koefisien yang negatif, yang berarti bertambahnya umur menurunkan probabilitas seseorang menjadi berstatus migran. Sementara untuk variabel umur kuadrat (age^2) memiliki tanda positif, yang berarti meningkatnya umur dapat meningkatkan probabilitas seseorang menjadi migran, namun pada titik umur tertentu, probabilitas ini menurun sejalan dengan bertambahnya kembali umur seseorang. Akan tetapi khusus model 4 (khusus kepala rumah tangga), estimasi parameter memperlihatkan hasil yang berbeda, yaitu bertanda positif. Hal ini berarti bahwa pengaruh umur terhadap peningkatan probabilitas responden berstatus migran memiliki pola huruf "U". Yaitu bertambahnya umur seorang kepala rumah tangga, menurunkan probabilitas berstatus migran. Namun pada titik umur tertentu, peningkatan kembali umur kepala rumah tangga justru meningkatkan probabilitas kepala rumah tangga tersebut menjadi migran.

Variabel jenis kelamin (*jenkel*) juga memiliki dampak yang berbeda menurut model yang diajukan terhadap probabilitas seseorang menjadi migran. Pada model 1 dan model 2, dimana unit observasi merupakan semua individu berusia 5 tahun ke atas, estimasi parameter memperlihatkan hasil yang bertanda negatif. Artinya, seseorang berjenis kelamin perempuan cenderung memiliki probabilitas yang lebih tinggi daripada laki-laki untuk menjadi seorang migran. Sedangkan pada model 3 dan model 4, dimana unit observasi merupakan hanya kepala rumah tangga, justru kepala rumah tangga laki-laki memiliki peluang yang lebih besar daripada kepala rumah tangga perempuan untuk menjadi migran.

Secara individual, seseorang yang berstatus kawin cenderung memiliki probabilitas berstatus sebagai migran daripada mereka yang tidak kawin (termasuk mereka yang tidak/belum pernah kawin, cerai mati, cerai hidup, dan pisah). Hal ini dapat dilihat dari hasil analisis regresi logistik yang disajikan pada Tabel 7.1 di atas untuk Model 1. Pada Model 2, 3 dan 4, hasil analisis memperlihatkan tanda arah koefisien yang berbeda dengan Model 1. Pada ketiga model terakhir, justru bertanda negatif. Untuk Model 2, dimana unit observasi sama dengan Model 1, memperlihatkan hasil yang berbeda karena model ini telah memasukkan tambahan variabel umur yang dikuadratkan sehingga memiliki tanda yang berkebalikan dengan tanda pada Model 1 untuk variabel status kawin. Perbedaan pada Model 3 dan 4 lebih memiliki arti secara substansial, yaitu jika responden dipilih khusus kepala rumah tangga, maka terlihat bahwa kecenderungan mereka yang berstatus tidak kawin lebih besar untuk berstatus migran. Dengan kata lain, kepala rumah tangga yang berstatus kawin cenderung akan berstatus non migran.

Variabel tingkat pendidikan responden dibuat atas tiga kategori, yaitu *pendidikan* (sebagai kategori referensi), yaitu kategori pertama untuk responden yang tamat SD atau tidak/belum tamat SD, atau tidak pernah sekolah. Kategori kedua adalah variabel

pendidikan(1) untuk responden yang berpendidikan SLTP dan yang sederajat. Kategori ketiga adalah variabel *pendidikan(2)* untuk responden yang berpendidikan SLTA dan yang sederajat ke atas, termasuk diploma dan perguruan tinggi. Dari keempat model yang dibuat, estimasi parameter memberikan hasil yang mirip, yaitu semakin tinggi tingkat pendidikan, peluang untuk berstatus migran semakin lebih besar. Pada keempat model tersebut memperlihatkan nilai koefisien yang lebih besar pada *pendidikan(2)* daripada *pendidikan(1)* dan keduanya bertanda positif, sedangkan variabel *pendidikan* lebih berperan sebagai kategori referensi (bernilai koefisien = 0). Tanda positif berarti pengaruh variabel kategori tertentu lebih besar daripada variabel kategori referensi.

Variabel status pekerjaan responden terdiri atas tiga kategori, yaitu *kerja*, sebagai variabel untuk kategori referensi dimana responden tidak bekerja atau bukan angkatan kerja. Kategori kedua adalah variabel *kerja(1)*, untuk responden yang bekerja di sektor pertanian; dan kategori ketiga adalah variabel *kerja(2)*, untuk responden yang bekerja di sektor non pertanian. Dari keempat model yang diajukan, hanya Model 3 yang memperlihatkan perbedaan yang signifikan antara kepala rumah tangga yang tidak bekerja, yang bekerja di sektor pertanian dan responden yang bekerja di sektor non pertanian dalam hal peluang menjadi migran. Sedangkan pada ketiga model lainnya, memperlihatkan hasil dimana tidak terdapat perbedaan signifikan.

Variabel kekayaan menggunakan komposit indeks yang kemudian dikelompokkan menjadi 5 kelompok dengan menggunakan pembagian kuintil (*quintile*), yaitu pembagian data dalam 20 persen. Kuintil 1 adalah data kekayaan dengan 20 persen terbawah, kuintil 2 adalah data kekayaan dengan 40 persen terbawah, demikian seterusnya hingga kuintil 5 (100 persen sebagai kekayaan paling tinggi). Semakin tinggi kuintil semakin besar nilai kekayaan responden. Terlihat pada tabel di atas, koefisien regresi memperlihatkan nilai positif dan cenderung meningkat sejalan dengan meningkatnya kekayaan. Dari hasil analisis ini maka dapat dikatakan bahwa semakin besar nilai kekayaan, semakin besar probabilitas orang untuk menjadi migran. Namun dapat juga dibalik pernyataan ini, bahwa seorang migran cenderung berada pada kelompok penduduk yang lebih kaya daripada seorang yang berstatus bukan migran.

5. Kesimpulan

Sepanjang sejarah kehidupan Republik Indonesia secara resmi melaksanakan sensus penduduk sejak tahun 1971 hingga tahun 1990-an, tampak bahwa arah arus migrasi risen antarwilayah relatif tidak berubah, namun dengan besaran yang sedikit mengalami perubahan. Pola arus migrasi cenderung didominasi oleh Jawa-Sumatera.

Namun sejalan dengan adanya pemerataan pembangunan, arus migrasi menuju Kalimantan mengalami peningkatan.

Dengan menggunakan tiga titik waktu, terlihat bahwa beberapa provinsi cenderung memiliki migrasi risen negatif, yaitu Sumatera Utara, Sumatera Barat, DKI Jakarta, Jawa Tengah, Jawa Timur, Nusa Tenggara Timur, dan Sulawesi Selatan. Provinsi-provinsi yang mengalami migrasi risen positif adalah Riau, Jambi, Bengkulu (meski menurun), Jawa Barat, DI Yogyakarta, Banten, Bangka Belitung, Bali, Nusa Tenggara Barat, beberapa provinsi di Kalimantan, beberapa provinsi di Sulawesi kecuali Sulawesi Selatan, dan Papua. Sementara itu Provinsi Kepulauan Riau memperlihatkan migrasi neto positif yang langsung tinggi pada tahun 2010.

Tingkat kesejahteraan dan karakteristik yang positif cenderung dimiliki oleh para migran. Hal ini terlihat baik secara nasional maupun pola antarprovinsi. Demikian juga terlihat pada hasil analisis inferensial (lihat koefisien regresi logistik untuk variabel kuintil).

Beberapa provinsi memiliki angka migrasi kembali yang tinggi, yaitu Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur. Arus migrasi kembali yang utama terjadi antara Sumatera ke Jawa dan Kalimantan ke Jawa.

Estimasi parameter hasil analisis regresi logistik memperlihatkan bahwa semua variabel yang diajukan dalam model memiliki dampak yang signifikan secara statistik terhadap probabilitas seseorang untuk menjadi migran. Probabilitas seseorang menjadi migran tidak selamanya meningkat seiring bertambahnya umur, tetapi terdapat titik puncak probabilitas pada suatu titik umur tertentu, misalnya pada umur 40-an. Setelah di atas umur 40-an probabilitas ini mengalami penurunan. Secara individual, probabilitas berstatus sebagai migran semakin besar untuk mereka yang berstatus kawin, mereka yang berpendidikan semakin tinggi, dan mereka yang semakin kaya.

DAFTAR PUSTAKA

- BPS, Berita Resmi Statistik No. 20/05/36/Th.VI, 1 Mei 2012. BPS Provinsi Banten.
- Chotib (2000). *Desentralisasi dalam Konteks Urbanisasi*. Diakses pada 14 September 2014 melalui <http://www.jugaguru.com/document.php/document/article/52/11/>
- Desiar, Rusman. (2003). *Dampak Migrasi Terhadap Pengangguran dan Sektor Informal di DKI Jakarta*. [Tesis]. Bogor: Program Pasca Sarjana Institut Pertanian Bogor.
- Djastuti, Indi. (1996). *Laporan Penelitian Mobilitas Penduduk di Pulau Jawa (Hasil Sensus Penduduk Tahun 1990)*. Semarang: Fakultas Ekonomi Universitas Diponegoro.
- Emalisa. (2003). *Pola dan Arus Migrasi di Indonesia*. Sumatera Utara: Fakultas Pertanian Jurusan Sosial Ekonomi, Universitas Sumatera Utara.
- Indra, Sinar. (2002). *Gambaran Ketenagakerjaan Propinsi Bali*. Sumatera Utara: Fakultas Pertanian Jurusan Sosial Ekonomi, Universitas Sumatera Utara.
- Puspitasari. A.W. (2010). *Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Minat Migrasi Sirkuler ke Kabupaten Semarang*. [Tesis]. Semarang: Fakultas Ekonomi Universitas Diponegoro.
- Nur Annisa, Arifin Seweng & M. Ikhsan. (2010). *Proyeksi Angka Migrasi Penduduk Indonesia 2015-2020*. Makassar: Departemen Biostatistik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
- Nurwati, Nunung. (2010). *Kebijakan Penanganan Arus Migrasi Masuk ke Jawa Barat*. [Skripsi]. Bandung: Jurusan Ilmu Kesejahteraan Sosial, FISIP, Universitas Padjajaran.
- Putra, Gusti Raizal Eka. (2014). *Kajian Ekonomi Regional Provinsi Kepulauan Riau Triwulan II Tahun 2014*. Kepulauan Riau: Kantor Perwakilan Bank Indonesia Provinsi Kepulauan Riau.
- Rofiqoh. (1994). *Analisis Faktor yang Mempengaruhi Migrasi dan Produktifitas Kerja di Kalimantan Timur*. [Tesis]. Bogor: Jurusan Ilmu-ilmu Sosial Ekonomi Pertanian Fakultas Pertanian. Institut Pertanian Bogor.
- Santoso, Heru. (2005). *Migrasi, Urbanisasi, dan Masalah Kesehatan di Provinsi Sumatera Utara*. Staf Pengajar Bagian Biostatistik dan Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara. Diakses pada 23 Oktober

2013 melalui <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/15324/1/ikm-des2005-%20%284%29.pdf>.

- Sudibia, I Ketut. (2011). *Kecenderungan Pola dan Dampak Migrasi Penduduk di Provinsi Bali Periode 1980-2005**. E-Journal Universitas Udayana. Vol. 7. No.2 Desember 2011. Pusat Penelitian Kependudukan dan Pengembangan SDM Universitas Udayana.
- Suhaedi, dkk. (2012). *Kajian Ekonomi Regional Provinsi Sulawesi Utara Triwulan II Tahun 2012*. Sulawesi Utara: Kantor Perwakilan Bank Indonesia Provinsi Sulawesi Utara.
- Todaro, M.P. (1998). *Pembangunan Ekonomi Di Dunia Ketiga*. Jakarta: Erlangga.
- Wajdi, Nashrul M. (2010). *Migrasi Antarpulau di Indonesia: Analisis Model Skedul Migrasi dan Model Gravitasi Hybrida*. [Tesis]. Depok: Studi Kependudukan dan Ketenagakerjaan Pascasarjana Universitas Indonesia.
- Yamin, M. (2006). Analisis Pengaruh Pembangunan Sektor Pertanian terhadap Distribusi Pendapatan dan Peningkatan Lapangan Kerja di Provinsi Sumatera Selatan. *Jurnal Pembangunan Manusia* diakses pada 9 Oktober 2014.

<http://www.bps.go.id>

ANALISIS DETERMINAN MORTALITAS

<http://www.bps.go.id>

DETERMINAN SOSIAL KEMATIAN ANAK DI INDONESIA

Analisis Data Sensus Penduduk 2010

Penulis : Agustina Lubis, M.Sc, Tin Afifah, SKM, MKM, Suparmi, SKM, MKM

Editor : Soeharsono Soemantri, Ph.D

Diringkas oleh : Dr. Indra Murty Surbakti, MA, Sri Wahyuni, M.Si, Parwoto, M.Stat

Abstraksi

Kematian anak merupakan indikator penting karena dianggap mampu menilai fungsi kemampuan sosio ekonomi masyarakat. Indikator kematian anak yang sering digunakan adalah Angka Kematian Bayi/*Infant Mortality Rate* (AKB/IMR), Angka Kematian Balita/*Under Five Mortality Rate* (AKBA/U5MR) dan Angka Kematian Anak Balita/*Child Mortality Rate* (AKABA/CMR). Tingkat kematian bayi di Indonesia masih tinggi dan hasil survei menunjukkan AKB dan AKBA pada periode 5-10 tahun terakhir menunjukkan angka yang stagnan.

Kerangka konsep yang digunakan dalam analisis determinan kematian anak ini adalah *social determinant of health* (SDH). SDH menunjukkan kondisi sosial ekonomi dan mekanisme politik yang memberikan pengaruh dalam meningkatkan posisi sosial ekonomi. Penduduk terstratifikasi berdasarkan pendapatan, pendidikan, dan pekerjaan. Posisi sosial ini menentukan status kesehatan, dan setiap individu mempunyai perbedaan dalam keterpaparan dan kerentanan terhadap kondisi kesehatan.

Sumber data yang digunakan dalam analisis ini adalah data Sensus Penduduk (SP) 2010 dan didukung dengan data Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) 2010 dengan unit analisis adalah rumah tangga dan kabupaten/kota. Terdapat beberapa keterbatasan dari data SP2010 seperti terbatasnya variabel dan besarnya data.

Analisis yang digunakan adalah analisis deskriptif dan analisis jalur untuk mengetahui efek langsung dan/atau tidak langsung dari variabel eksogen ke variabel endogen maupun variabel endogen ke variabel endogen lainnya. Pengujian model dengan *Structural Equation Model* (SEM) dapat menghasilkan persamaan pengukuran, baik untuk variabel eksogen maupun endogen dengan menggunakan *software* LISREL.

Analisis deskriptif menunjukkan bahwa status kesehatan yang dinyatakan dengan rasio angka kematian anak masih memberikan keragaman kesenjangan menurut *region* dan provinsi, dimana keragaman lebih mencolok menurut pendidikan dan sosial ekonomi. Kesenjangan tampak nyata di wilayah Sulawesi dan Indonesia Bagian Timur, sebaliknya di Indonesia Bagian Barat kesenjangan masih relatif kecil. Menurut status sosial ekonomi, kesenjangan kematian bayi di wilayah Sulawesi lebih tinggi dibandingkan dengan kematian anak balita. Sedangkan di wilayah Indonesia Bagian Timur, kesenjangan kematian anak balita lebih dominan.

Analisis jalur menunjukkan bahwa peran sektor kesehatan umumnya lebih besar daripada sektor non kesehatan. Determinan kematian anak balita ditentukan oleh lima variabel, peran terbesar adalah persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan, diikuti dengan kepemilikan jamban, pendidikan kepala rumah tangga (KRT), imunisasi, dan status sosial ekonomi. Determinan kematian bayi ditentukan oleh empat variabel, peran terbesar adalah persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan, diikuti dengan kepemilikan jamban, pendidikan KRT, dan status sosial ekonomi. Nilai pengaruh determinan total terhadap kematian anak balita yang lebih besar dibandingkan kematian bayi, menunjukkan bahwa untuk menurunkan angka kematian anak balita relatif lebih mudah dibandingkan menurunkan angka kematian bayi.

DETERMINAN SOSIAL KEMATIAN ANAK DI INDONESIA :

Analisis Data Sensus Penduduk 2010

Penulis : Agustina Lubis, M.Sc, Tin Afifah, SKM, MKM, Suparmi, SKM, MKM

Editor : Soeharsono Soemantri, Ph.D

Oleh : Dr. Indra Murty Surbakti, MA, Sri Wahyuni, M.Si, Parwoto, M.Stat

I. Pendahuluan

1.1 Latar belakang

Kematian anak merupakan indikator penting karena dinilai mampu menilai fungsi kemampuan sosio ekonomi masyarakat, dimana kelangsungan hidup anak sangat dipengaruhi oleh faktor keluarga dan masyarakat lingkungannya dalam memberikan perhatian terhadap perawatan kepada anak-anaknya (BPS, 2002). Salah satu indikator yang digunakan untuk menilai kesejahteraan suatu negara adalah angka kematian anak (Angka Kematian Bayi atau AKB, Angka Kematian Balita atau AKBA dan Angka Kematian Anak Balita atau AKABA). Hasil pemantauan sampai dengan saat ini menunjukkan bahwa tingkat kematian bayi di Indonesia masih tinggi, bahkan dari hasil survei terlihat bahwa angka AKB dan AKBA pada periode 5-10 tahun terakhir menunjukkan angka yang stagnan. Hasil kesepakatan global dalam *Millenium Development Goals (MDGs)* Indonesia mencanangkan target pada 2015 untuk AKB 23 per 1000 Kelahiran Hidup (KH) dan untuk AKBA 32 per 1000 KH. Kelihatannya pemerintah merevisi target AKB seperti tertuang dalam Rancangan Teknokratik RPJMN 2015-2019 dimana untuk AKB 23,8 per 1000 KH pada tahun 2020 (Bappenas, 2014).

Sensus Penduduk 2010 yang telah mengumpulkan informasi sosial ekonomi dan kependudukan seluruh rumah tangga di Indonesia dan didukung sumber data lain yang relevan (misalnya Susenas 2010), memungkinkan untuk dimanfaatkan dalam analisis AKB dan Angka Kematian Anak Balita (AKABA). Analisis memanfaatkan data SP2010 ini fokus pada evaluasi *inequity* (ketidaksetaraan) status kelangsungan hidup anak dan determinan sosial kematian anak di Indonesia dengan mengadaptasi kerangka kerja konsep determinan sosial kesehatan.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan umum:

Memperoleh gambaran ketidaksetaraan dan faktor determinan sosial yang mempengaruhi status kesehatan anak di Indonesia.

1.2.2 Tujuan khusus:

- a. Memperoleh gambaran ketidaksetaraan status kesehatan anak berdasarkan indikator angka kematian anak (AKB, AKBA dan AKABA) menurut kelompok sosial; provinsi, suku dan pekerjaan, tipe daerah, jenis kelamin, pendidikan dan strata ekonomi.
- b. Mengidentifikasi determinan sosial kematian anak
- c. Memperoleh faktor mendasar (paling besar hubungannya) yang mempengaruhi tingkat kesenjangan kematian anak.

2. Kerangka Konsep dan Literatur *Review*

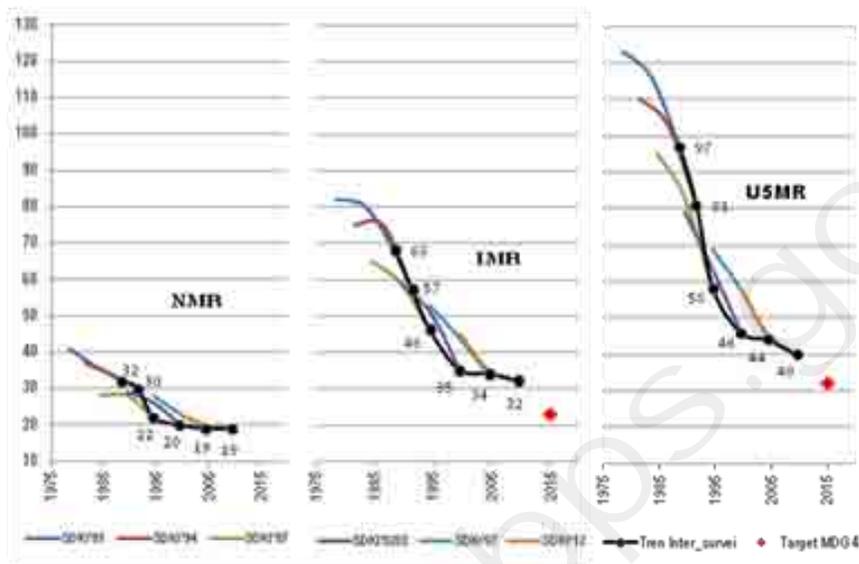
2.1 Kelangsungan hidup anak

Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) tahun 1998 melalui persetujuan Konvensi Hak Anak telah memberikan jaminan kepada anak di seluruh dunia agar negara memberikan hak anak untuk mendapatkan status kesehatan anak tertinggi yang dapat dicapai dan negara seharusnya mengusahakan pelaksanaan sepenuhnya dari hak tersebut untuk memperkecil angka kematian bayi dan anak (UNICEF, 1999). Kelangsungan hidup anak dinyatakan dalam indikator angka kematian anak (Lawn, 2006).

Anak usia dibawah lima tahun (balita) merupakan periode paling rentan untuk terjangkit penyakit pada anak-anak yang berkontribusi dan menyebabkan kematian lebih dari 26 ribu kematian setiap hari karena penyakit dan kondisi yang sebenarnya bisa dicegah. Menurut WHO (2011) 8,2 juta balita meninggal setiap tahun dan 3,3 juta diantaranya terjadi pada masa neonatal yang erat kaitannya dengan kematian ibu.

Kesepakatan global yang tertuang dalam *Millenium Development Goals* (MDG) ke empat adalah setiap negara berupaya agar tahun 2015 dapat ditargetkan pencapaian penurunan angka kematian balita sebesar dua per tiga dari kondisi tahun 1990 (Lawn, 2006). AKB dan AKBA di Indonesia secara umum menunjukkan tren penurunan yang cukup signifikan pada awalnya, namun memasuki periode 2000 indikator kematian anak mengalami stagnasi. Berbagai SDKI memberikan gambaran tren kematian balita, baik bila dilihat dari hasil antar (*inter*) SDKI maupun tren hasil dalam (*intra*) SDKI. Gambar 2.1 membandingkan pola kecenderungan (*inter* dan *intra* SDKI) untuk Angka

Kematian Neonatal (AKN), AKB dan AKBA dari SDKI 1991 sampai SDKI2012 (Soemantri dan Afifah, 2013)



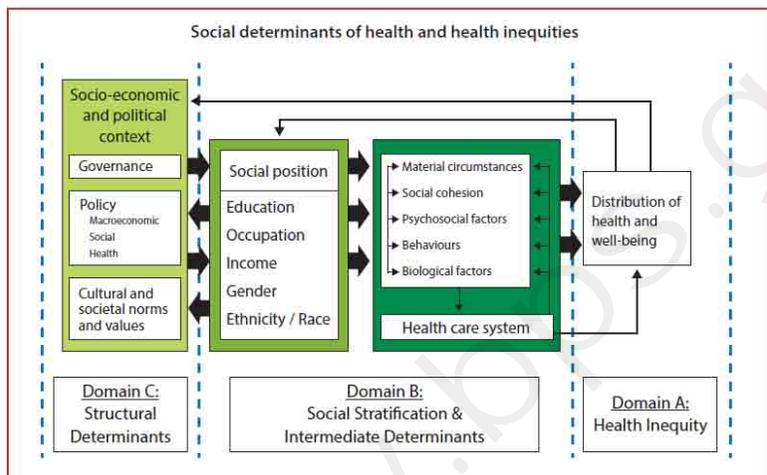
Gambar 2.1 Pola inter dan intra tren AKN, AKB dan AKBA. SDKI 1991-2012

2.2 Determinan kelangsungan hidup anak

Studi determinan mortalitas merupakan studi yang mempelajari faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat mortalitas penduduk. Studi ini dianggap penting untuk menunjang kebijakan di bidang kependudukan dan kesehatan. Terdapat sejumlah kerangka analisis berbeda yang dapat digunakan untuk melihat efek dari faktor penentu yang berbeda terhadap mortalitas masa kanak-kanak. Penelitian demografi oleh Mosley dan Chen (1984) dan oleh Schultz (1984) telah membuat perbedaan antara variabel yang dianggap sebagai faktor eksogen atau sosial ekonomi (yaitu budaya, sosial, ekonomi, masyarakat, dan daerah) dan faktor endogen atau biomedis (yaitu pola menyusui, kebersihan, tindakan-tindakan kesehatan, dan gizi). Efek dari variabel eksogen dianggap tidak langsung karena mereka beroperasi melalui faktor biomedis endogen. Demikian juga, faktor bio-medis disebut variabel antara atau faktor-faktor penentu karena mereka merupakan faktor yang menghubungkan antara variabel eksogen dan kematian anak (Jain, 1988; Mosley dan Chen, 1984; Schultz, 1984; PBB, 1985). Kerangka konsep kelangsungan hidup anak tersebut banyak dipengaruhi oleh pengembangan postulat Davis dan Blake (1956) serta oleh Bongaart dan Potter (1983) yang mengemukakan bahwa faktor sosial ekonomi dalam peran yang berhubungan dengan luaran kesehatan (*health outcome*) harus melalui mekanisme biologis (Campbell.OMR, Graham. WJ, 1991).

2.3 Determinan sosial kesehatan (*Social Determinant of Health*).

Kerangka konsep Determinan Sosial Kesehatan (SDH) menunjukkan bagaimana sosial ekonomi dan mekanisme politik memberikan pengaruh dalam meningkatkan posisi sosial ekonomi dimana populasi terstratifikasi berdasarkan pendapatan, pendidikan, pekerjaan, jenis kelamin, suku dan faktor lainnya. Posisi sosial ini, menentukan status kesehatan berdasarkan status sosial masing-masing dan individu mengalami perbedaan dalam paparan dan kerentanan terhadap kompromi kondisi kesehatan.



Gambar 2.2. Kerangka konsep determinan sosial kesehatan (UNDP, 2013)

2.4 Review literatur tentang faktor-faktor kematian anak

Becher et al (2004) dalam M. Hossein et al (2006) mengidentifikasi faktor risiko kematian anak antara lain status sosial ekonomi, perilaku, kondisi kesehatan lingkungan, status gizi dan pelayanan kesehatan. Sedangkan Kabir et al (2001) mengidentifikasi faktor penting yang mempengaruhi kematian bayi dan balita adalah status sosial ekonomi dan pendidikan ibu. Akses ke pelayanan kesehatan dan sumber air minum juga berhubungan dengan risiko kematian anak. Ada berbagai faktor yang terkait dengan kematian anak, antara lain faktor lingkungan, faktor perilaku, faktor sistem kesehatan, faktor pendidikan kepala rumah tangga, faktor gender, faktor status sosial ekonomi.

2.5 Indikator dan sumber data kematian anak

Indikator yang digunakan untuk tingkat kelangsungan hidup anak adalah angka kematian anak yang dihitung menurut periode siklus hidup balita. Untuk periode 0-28 hari dipakai indikator angka kematian neonatal (AKN) atau neonatal mortality rate (NMR), untuk periode 0-11 bulan digunakan angka kematian bayi (AKB) atau infant mortality rate (IMR), periode 12-59 bulan dipakai angka kematian anak balita (AKABA)

atau child mortality rate (CMR) dan untuk periode 0-59 bulan dipakai ukuran angka kematian balita (AKBA) atau under-five mortality rate (U5MR).

Terdapat berbagai sumber data untuk penghitungan estimasi kematian anak, antara lain SDKI, Susenas dan Sensus Penduduk.

2.6 Monitoring ketidaksetaraan (*inequity*)

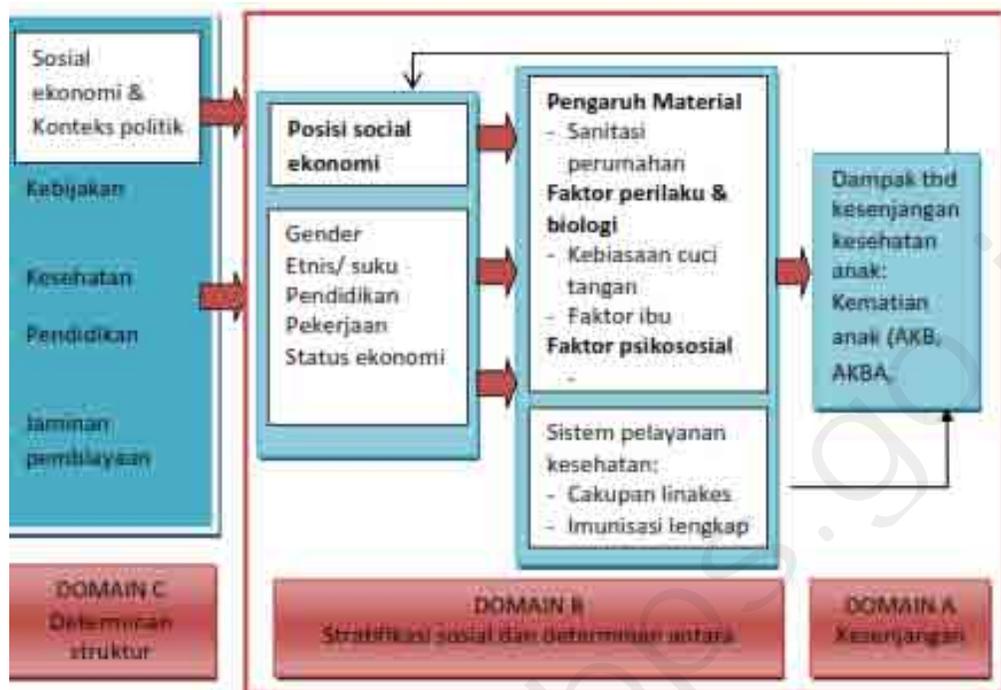
Dalam rangka mewujudkan kesejahteraan rakyat dan kesetaraan (*equity*) perlu dilakukan monitoring ketidaksetaraan (*inequity*) terhadap status kelangsungan hidup anak. Menurut *Handbook Health Inequity Monitoring* (WHO, 2013), dalam dimensi ketidaksetaraan kesehatan harus mencakup pada stratifikasi kesetaraan yang dapat diidentifikasi. Stratifikasi kesetaraan yang sering dilakukan biasanya disingkat dengan PROGRESS, yang meliputi; **P**lace of resident (daerah tempat tinggal perkotaan dan perdesaan), **R**ace atau etnik, **O**ccupation (pekerjaan), **G**ender, **R**eligi, **E**ducation, **S**ocio economic status, **S**ocial Capital atau sumber daya.

2.7 Analisis determinan

Dalam analisis ini menggunakan analisis jalur (*Path analysis*). Analisis jalur (*path analysis*) digunakan untuk mengetahui efek langsung dan/atau tidak langsung dari variabel eksogen ke variabel endogen maupun variabel endogen ke endogen lainnya. Variabel eksogen adalah variabel dalam model yang tidak pernah dipengaruhi variabel lain, sedangkan variabel endogen adalah variabel yang dipengaruhi oleh variabel eksogen. Pengujian model dengan *Structural Equation Model* (SEM) dapat menghasilkan persamaan pengukuran, baik untuk variabel eksogen maupun endogen, serta persamaan struktural. Pengujian model dengan LISREL dapat dilakukan dengan tiga pendekatan, yaitu: 1) *Strickly Confirmatory*, 2) *Alternative Model* atau *Competing Model*, dan 3) *Model Generating* (Joreskog & Sorbom, 2003).

2.8 Kerangka konsep

Berdasarkan review literature tersebut di atas, ketersediaan variabel pada data SP2010 dan pilihan metode analisis yang akan digunakan, dapat disusun suatu kerangka konsep untuk analisis determinan data SP2010 dan struktur hubungan antar variabel yang dapat dilihat dalam gambar berikut:



Gambar 2.3 Kerangka konsep determinan sosial kesehatan kematian anak (hasil adaptasi).

3. Metodologi

3.1 Sumber data

Sumber data yang digunakan dalam analisis adalah data Sensus Penduduk 2010 dan sumber data lain yang relevan adalah data Susenas 2010

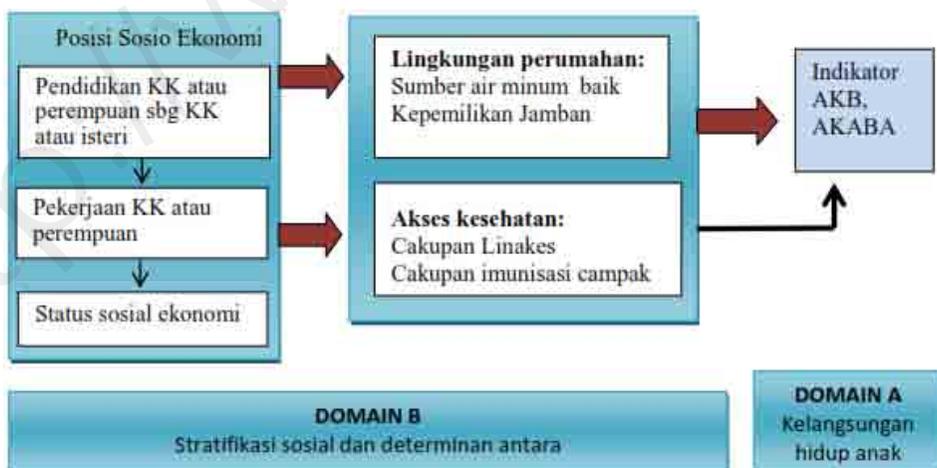
3.2 Cakupan (*scope*) dari analisis

Analisis determinan menggunakan unit analisis rumah tangga dan agregat kabupaten/kota mencakup dua topik utama mendeskripsikan ketidaksetaraan (*inequity*) status kesehatan anak untuk menjawab tujuan 1 dan analisis determinan untuk menjawab pertanyaan 2 dan 3. Tabel berikut secara ringkas mendeskripsikan cakupan, tujuan, metode dan unit analisis kajian determinan kematian bayi dan anak.

Tabel 3.1 Cakupan, tujuan, metode dan unit analisis

Cakupan	Tujuan	Metode	Unit analisis
Analisis deskripsi ketidaksetaraan (<i>inequity</i>)	Menjawab tujuan khusus a: a. Memperoleh gambaran ketidaksetaraan status kesehatan anak berdasarkan indikator angka kematian anak (AKB, AKBA dan AKABA)	Perhitungan relative ketidaksetaraan status kesehatan anak (AKB, AKBA dan AKABA)	SP2010: rumah tangga dari 100% data SP2010
Analisis determinan	Menjawab tujuan khusus b dan c: b. Mengidentifikasi determinan sosial kematian anak c. Memperoleh faktor mendasar (paling besar hubungannya) yang mempengaruhi tingkat kesenjangan kematian anak.	Analisis jalur (<i>path analysis</i>).	497 Kab/Kota dari 10% data SP2010, Susenas 2010

Berhubung adanya keterbatasan dari ketersediaan sumber data SP2010 dan Susenas 2010, analisis determinan tidak mampu mencakup semua variabel seperti pada kerangka konsep analisis (Gambar 2.3), tetapi hanya terbatas pada variabel-variabel yang tersedia untuk domain A dan domain B seperti digambarkan pada Gambar 3.1. Faktor dalam '*structural determinant social*' pada domain C yang bekerja melalui rangkaian faktor posisi sosial dari stratifikasi sosial dan determinan antara (domain B) dalam studi ini tidak diikutkan.



Gambar 3.1 Ruang lingkup analisis determinan kesehatan merujuk konsep SDH (hasil adaptasi)

3.5 Limitasi

Beberapa limitasi yang terjadi selama kegiatan analisis adalah sebagai berikut:

1. Perhitungan angka kematian sebagai indikator kelangsungan hidup anak tidak menggunakan angka koreksi, sehingga perlu hati-hati dalam mengutip angka kematian
2. Ketersediaan variabel dan kondisi data kematian tidak terlepas dari perhitungan estimasi jumlah kelahiran dari informasi anak yang sudah meninggal.
3. Ketersediaan variabel pada data SP2010 sangat terbatas sehingga analisis menyesuaikan pada faktor yang tersedia datanya.
4. Pengumpulan data SP2010 adalah dengan melakukan wawancara yang mengukur kondisi saat itu, dalam hal ini diasumsikan bahwa kondisi yang dipotret saat itu adalah gambaran dari pengalaman rumah tangga sebelumnya.
5. Analisis jalur menggunakan data SP2010 10% sebagai sampel data SP2010 karena data status sosial ekonomi bentukan dengan PCA tidak mampu dilakukan terhadap data 100%.
6. Tidak semua faktor pada kerangka konsep Sosial Determinan Kesehatan dapat dipenuhi ketersediaan datanya sehingga tidak semua faktor dapat diikutkan dalam analisis jalur.

4. Hasil dan Pembahasan

4.1 Pelaporan kejadian kematian bayi dan balita dari SP2010

Sensus Penduduk 2010 mengumpulkan keterangan tentang kelahiran dan kematian yang terjadi di rumah tangga sejak 1 Januari 2009 sampai saat pencacahan (Mei 2010). Keterangan tersebut dapat digunakan sebagai dasar untuk perhitungan angka kematian anak secara langsung. Disamping itu SP2010 juga mengumpulkan keterangan kependudukan lainnya yang dimungkinkan dihitung nilai ketidaksetaraan status hidup anak dengan indikator AKB, AKBA dan AKABA menurut faktor determinan kematian anak. Potensi determinan antara lain meliputi: suku asal kepala rumah tangga (KRT), pekerjaan dan pendidikan KRT, pekerjaan dan pendidikan perempuan, provinsi, jenis kelamin, klasifikasi daerah tempat tinggal keluarga, dan status sosial ekonomi.

Distribusi kematian bayi, balita dan estimasi kelahiran disajikan pada Tabel 4.1. Jika diperhatikan terdapat keragaman persentase kematian bayi dan balita terhadap kelahiran menurut region (kolom 5 dan 6), demikian pula persentase kematian bayi terhadap kematian balita (kolom 7). Persentase kematian bayi maupun balita terhadap kelahiran paling kecil di region Jawa Bali dan paling tinggi di region Sulawesi dan Indonesia Bagian Timur : Nusa Tenggara, Maluku dan Papua).

Tabel 4.1 Jumlah kematian bayi dan balita serta kelahiran untuk periode 1 Januari 2009-saat sensus (Mei 2010) menurut region, SP2010

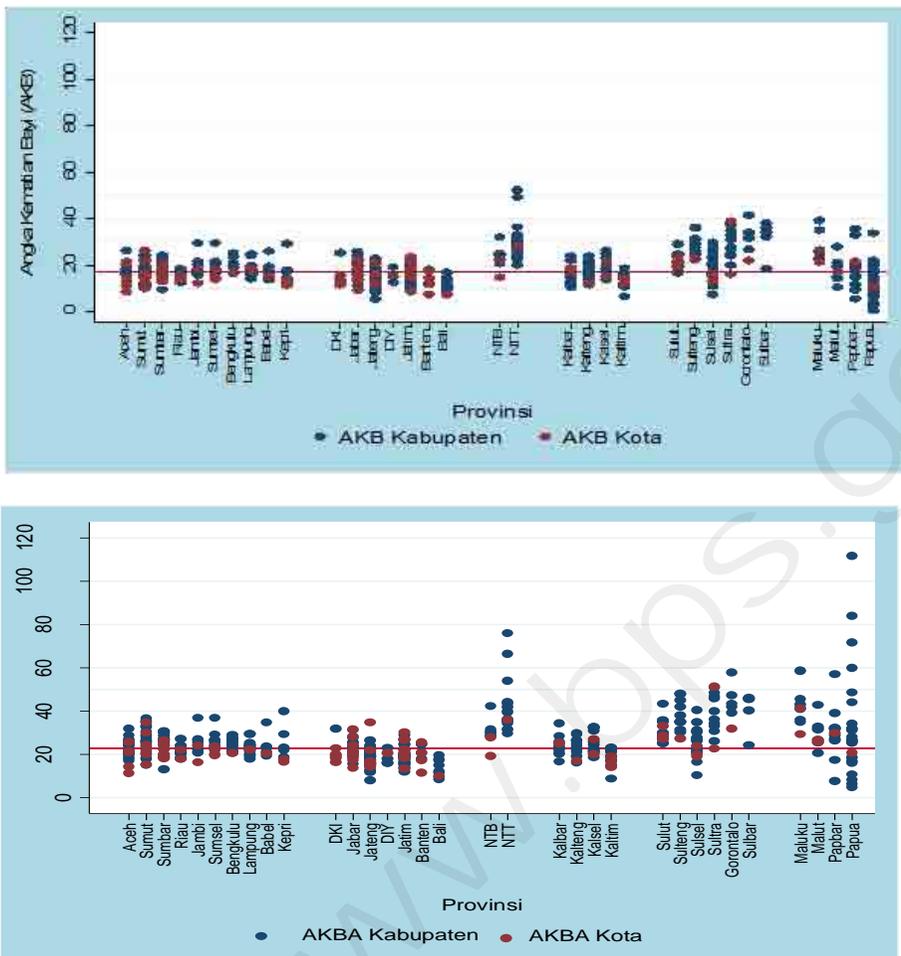
Region	Jumlah Kematian ²		Jumlah kelahiran ¹	Proporsi kematian		Proporsi kematian bayi thd kematian balita
	Bayi	Balita		Bayi terhadap kelahiran	Balita terhadap kelahiran	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)= [(2)/(4)]*100	(6)= [(3)/(4)]*100	(7)= [(2)/(3)]*100
Sumatera	26.262	35.135	1.526.982	1.72	2.30	74.75
Jawa-Bali	50.664	67.457	3.404.365	1.49	1.98	75.11
Kalimantan	6.723	9.097	399.202	1.68	2.28	73.90
Sulawesi	11.800	15.796	498.040	2.37	3.17	74.70
IBT (NT, Maluku & Papua)	11.397	17.050	492.079	2.32	3.46	66.84
INDONESIA	106.846	144.535	6.320.668	1.69	2.29	73.92

Soemantri. S (2014) melaporkan adanya indikasi bahwa kematian yang dilaporkan dari SP2010 lebih kecil dari kejadian sesungguhnya (*incomplete*). Kajian *incompleteness* pelaporan kematian dari SP2010 memakai berbagai pendekatan (*General Growth Balance Method (GGB)*, *Synthetic Extinct Generations (SEG)*, atau kombinasi *GGB/SEG*) memberikan perkiraan *under-reporting* lebih dari 50 persen. Angka kematian yang dihitung cara langsung tanpa koreksi akan cenderung memberikan angka bias rendah.

4.2 Pola kematian bayi dan balita menurut wilayah

Tujuh puluh empat persen jumlah kematian balita di Indonesia secara keseluruhan merupakan kontribusi dari jumlah kematian bayi (Tabel 4.1). Persentase ini tidak jauh berbeda dengan estimasi persen kontribusi kematian bayi terhadap kematian balita di dunia pada tahun 2012 sebesar 73 persen (dihitung dari AKB 35 per 1000 KH dan AKBA 48 per 1000 KH), UNICEF (2013).

Gambar 4.1 menyajikan sebaran AKB dan AKBA di Indonesia menurut kabupaten/kota. Angka kematian bayi dan balita dihitung langsung dan tidak dilakukan koreksi. Angka kematian untuk wilayah kabupaten dinyatakan dalam titik warna biru sedangkan wilayah kota dinyatakan dalam titik warna merah. Garis merah horizontal merupakan angka kematian secara nasional. Secara umum terdapat perbedaan sebaran angka kematian bayi dan balita menurut Kabupaten dan Kota di 33 provinsi di Indonesia.



Gambar 4.1 Sebaran AKB dan AKBA (*unadjusted*) Kabupaten dan Kota menurut Provinsi, SP2010

Umumnya status kesehatan di perkotaan lebih baik dibandingkan perdesaan. Demikian pula bila dibandingkan pada wilayah kota dan kabupaten. Hal ini terlihat di Provinsi DKI yang jelas menunjukkan perbedaan antara kabupaten Kepulauan Seribu dibandingkan dengan lima Kota di Jakarta. Namun asumsi tersebut tidak selalu terjadi pada provinsi lainnya. Di Provinsi Sumatera Barat, Lampung, Jawa Tengah, Kalimantan Barat, Kalimantan Timur, Sulawesi Selatan dan Papua Barat dijumpai adanya AKB dan AKBA yang terendah justru di wilayah kabupaten. Sebaliknya di Sumatera Utara dan Sulawesi Tenggara, AKB tertinggi di wilayah kota. Demikian pula untuk provinsi-provinsi Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Banten dan Sulawesi Tenggara AKBA paling tinggi di wilayah kota.

Provinsi Riau, Kepulauan Riau, DI Yogyakarta, Bali dan Kalimantan Timur memiliki sebaran AKB dan AKBA yang mengelompok dengan perbedaan yang tidak lebar. Khusus untuk DKI sangat terlihat perbedaan antara status kesehatan anak di wilayah

kabupaten dengan kota. Kabupaten Kepulauan Seribu memiliki AKB dan AKBA jauh di atas angka di 5 wilayah kota lainnya. Perbedaan tersebut kemungkinan disebabkan wilayah Kabupaten Kepulauan Seribu memiliki geografis kepulauan sehingga penduduk memiliki hambatan lebih besar untuk akses ke pelayanan kesehatan.

Gambar 4.1 juga memperlihatkan pola kematian bayi dan balita yang beragam menurut region. Pola sebaran AKB maupun AKBA Kabupaten dan Kota menurut region terlihat lebih mengelompok di Jawa Bali, Sumatera dan Kalimantan dibandingkan sebaran di Sulawesi, dan region Indonesia Bagian Timur (NTB, NTT, Maluku, Maluku Utara, Papua dan Papua Barat). Makin ke timur regionnya makin lebar disparitas AKB dan AKBanya.

Selama ini sudah dikenal bahwa status kesehatan provinsi di region Indonesia Bagian Timur (IBT) merupakan daerah dengan capaian kesehatan yang lebih rendah dibandingkan yang lain. Gambar 4.1 memperkuat gambaran tersebut bahwa ketidaksetaraan angka kematian anak (AKB, AKBA) antar kabupaten/kota di provinsi-provinsi di IBT lebih besar dari daerah lainnya.

Tabel 4.2 menyajikan AKB dan AKBA serta perhitungan kontribusi kematian bayi terhadap kematian balita (%) menurut provinsi (SP2010) serta menyajikan persentase kontribusi kematian bayi terhadap kematian balita dari hasil SDKI2012. Level tingkat nasional AKB dan AKBA dari SP2010 lebih rendah dari yang dilaporkan. Hal ini dimungkinkan oleh perbedaan *completeness* pelaporan kematian karena perbedaan pendekatan cara mendapatkan data (SDKI memakai pendekatan *birth history*, sedang SP2010 mendata kejadian kematian di rumah tangga dan tidak dikoreksi). Secara nasional persen kontribusi kematian bayi menurut SP2010 (74%) lebih rendah dari yang dilaporkan SDKI2012 (79%). Besaran persen kontribusi kematian bayi terhadap kematian balita beragam menurut provinsi.

Memperhatikan disparitas dari AKB dan AKBA menurut kabupaten/kota dalam provinsi dan melihat kontribusi kematian bayi terhadap kematian balita, Gambar 4.1 dan Tabel 4.2 dapat memberikan petunjuk daerah mana yang perlu mendapatkan perhatian. Kabupaten/kota dan provinsi di wilayah Indonesia Timur merupakan wilayah yang lebih memerlukan dan prioritas untuk mendapat perhatian.

Ketidaksetaraan (*inequity*) angka kematian menurut faktor determinan secara sederhana dapat dilihat dari nilai perbedaan absolut (perbedaan angka kematian anak yang dibandingkan) atau dari nilai perbedaan relative (rasio angka kematian anak yang dibandingkan).

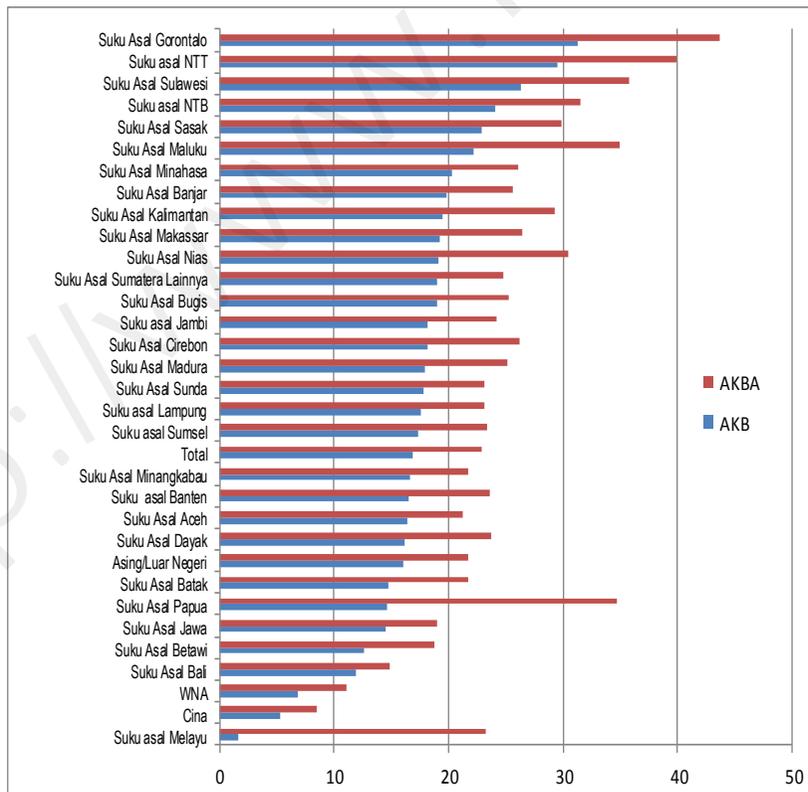
Tabel 4.2 AKB, AKBA (*unadjusted*) dan persen kontribusi kematian bayi terhadap kematian balita menurut Provinsi, SP2010

Provinsi	AKB	AKBA	Kontribusi kematian bayi terhadap kematian balita	
			SP2010	SDKI2012
Aceh	16.7	21.7	77.0	90.4
Sumatera Utara	16.4	23.7	69.2	74.1
Sumatera Barat	18.6	24.3	76.5	79.4
Riau	15.5	21.2	73.1	85.7
Jambi	18.4	23.5	78.3	94.4
Sumatera Selatan	18.2	24.3	74.9	78.4
Bengkulu	19.4	24.1	80.5	82.9
Lampung	17.9	22.2	80.6	78.9
Bangka Belitung	18.4	23.9	77.0	84.4
Kepulauan Riau	14.8	19.7	75.1	83.3
DKI Jakarta	13.1	19.2	68.2	71.0
Jawa Barat	16.7	21.9	76.3	78.9
Jawa Tengah	14.2	18.7	75.9	84.2
DI Yogyakarta	14.5	17.9	81.0	83.3
Jawa Timur	14.4	19.1	75.4	88.2
Banten	13.6	19.8	68.7	84.2
Bali	10.3	12.9	79.8	87.9
Nusa Tenggara Barat	23.2	30.1	77.1	76.0
Nusa Tenggara Timur	29.1	40.7	71.5	77.6
Kalimantan Barat	16.4	23.9	68.6	83.8
Kalimantan Tengah	15.8	21.8	72.5	87.5
Kalimantan Selatan	20.7	26.3	78.7	77.2
Kalimantan Timur	14.3	18.9	75.7	67.7
Sulawesi Utara	21.8	29.4	74.1	89.2
Sulawesi Tengah	28.6	37.8	75.7	68.2
Sulawesi Selatan	18.4	25.0	73.6	67.6
Sulawesi Tenggara	28.0	37.0	75.7	81.8
Gorontalo	31.7	44.1	71.9	85.9
Sulawesi Barat	32.8	41.7	78.7	85.7
Maluku	27.0	42.2	64.0	60.0
Maluku Utara	17.8	29.5	60.3	72.9
Papua Barat	19.5	29.9	65.2	67.9
Papua	11.3	29.0	39.0	47.0
INDONESIA	16.9	22.9	73.8	79.1

4.3 Kematian bayi dan balita menurut etnis dan pekerjaan

a. Etnis

Hasil SP2010 menunjukkan bahwa terdapat sekitar 1.128 suku di Indonesia (BPS, 2011). Pada kerangka konsep SDH, etnis merupakan salah satu faktor dalam stratifikasi sosial. Dalam analisis ini, suku dikelompokkan menjadi 32 suku berdasarkan kedekatan geografis, termasuk yang beretnis Cina dan WNA lainnya. Gambar 4.2 menunjukkan pola angka kematian bayi dan balita menurut suku asal kepala rumah tangga (KRT). Dari Gambar 4.2 terlihat bahwa angka kematian bayi dan balita yang rendah dimiliki oleh suku Cina dan WNA lainnya. Hal ini mungkin terkait dengan posisi sosial ekonomi mereka yang lebih baik. AKB suku asal Melayu dilaporkan sangat rendah tetapi AKBA dilaporkan sangat tinggi. Suku asal Indonesia Bagian Timur umumnya memberikan AKB dan AKBA tinggi (Gorontalo, NTT, Sasak, NTB, Maluku). Sedangkan suku asal Papua memberikan AKB relatif rendah tetapi AKBA sangat tinggi. Apabila pelaporan umur kematian dari rumah tangga di suku Papua benar, hal ini berarti proporsi kematian anak yang meninggal pada anak balita (1-4 tahun) besar. Pola AKB dan AKBA menurut kelompok suku bisa saja terpengaruh oleh kesalahan pelaporan umur kematian, *under-reporting*, atau kualitas melaporkan nama suku.

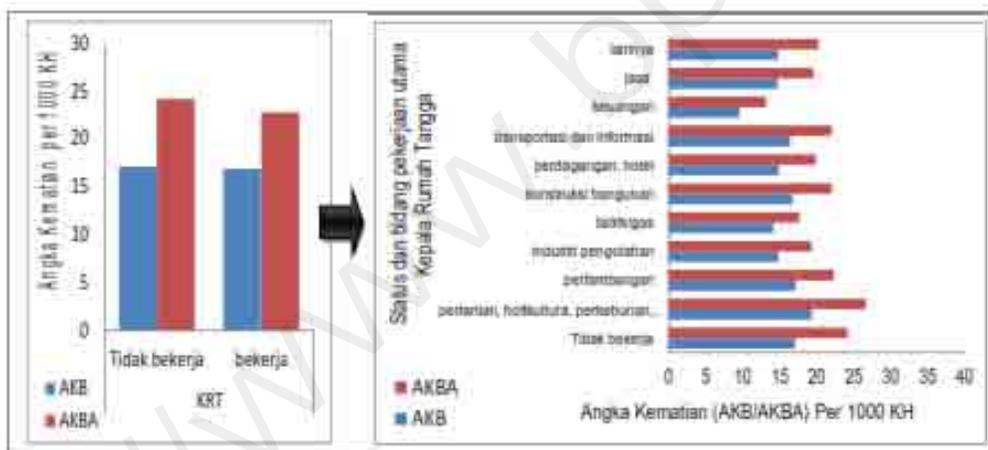


Gambar 4.2 AKB dan AKBA menurut suku asal kepala rumah tangga, SP2010

Hasil studi ini melaporkan adanya hubungan budaya dengan kelangsungan hidup anak. Hal ini sejalan dengan hasil studi Etnografi di 12 daerah di Indonesia yang melaporkan adanya pengaruh budaya dalam pola asuh bayi dan anak, yang dipercaya akan memberikan pengaruh pada kelangsungan hidup bayi dan anak (Pusat Humaniora - Badan Litbangkes, 2012). Rachmalina dkk (2011) dalam studi di Kab. Timor Tengah Selatan Nusa Tenggara Timur juga melaporkan adanya budaya sei pada ibu dan bayi baru lahir yang dapat mempengaruhi kesehatan bayi dan kelangsungan hidupnya.

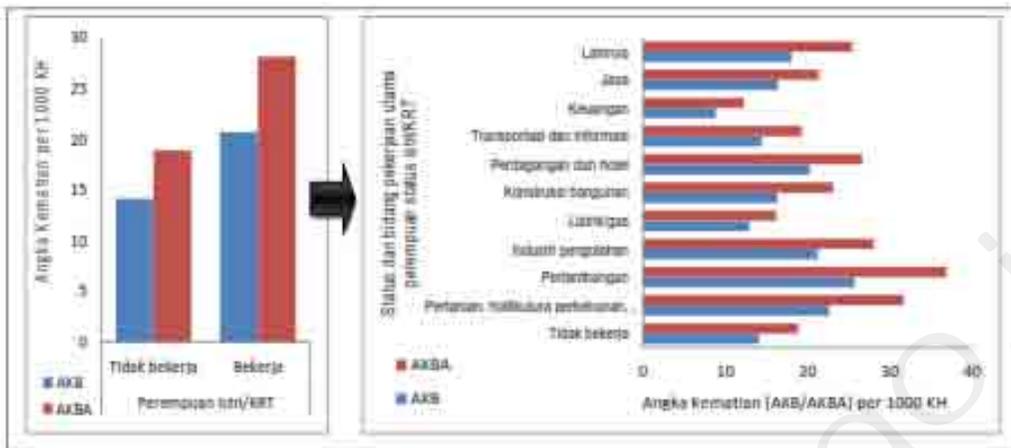
b. Pekerjaan

Berbagai literatur menyatakan bahwa terdapat peran pekerjaan orang tua terhadap kelangsungan hidup anak (Galobardes et.al, 2006; Hossain, 2008). Gambar 4.3a dan 4.3b membandingkan AKB dan AKBA menurut status KRT dan perempuan yang bekerja atau tidak bekerja, serta menurut bidang pekerjaan utamanya. Gambar 4.3a menunjukkan AKB dan AKBA menurut pekerjaan KRT, sedangkan Gambar 4.3b menunjukkan AKB dan AKBA menurut pekerjaan perempuan (isteri atau KRT).



Gambar 4.3a AKB dan AKBA menurut status bekerja dan bidang pekerjaan utama KRT, SP2010

Pola angka kematian anak (AKB dan AKBA) menurut status bekerja KRT menunjukkan bahwa angka kematian anak pada KRT yang bekerja sedikit lebih rendah dibandingkan pada KRT yang tidak bekerja (Gambar 4.3a). Hubungan tersebut lebih menjelaskan hubungan stratifikasi ekonomi dengan kematian anak. Sebaliknya, angka kematian anak pada rumah tangga yang perempuan sebagai istri atau KRT tidak bekerja jauh lebih rendah dibandingkan dengan perempuan yang bekerja (Gambar 4.3b).



Gambar 4.3b AKB dan AKBA menurut status bekerja dan bidang pekerjaan utama perempuan, SP2010

Temuan yang tersaji pada Gambar 4.3b selaras dengan laporan Kishor dan Parasuraman (1998) yang menyatakan bahwa berbagai temuan di negara-negara berkembang, menunjukkan tingkat kelangsungan hidup lebih rendah di antara anak-anak dari ibu yang tidak bekerja dibandingkan dengan anak dari ibu bekerja.

Gambar 4.3a dan 4.3b juga memberikan gambaran pola angka kematian anak menurut bidang pekerjaan utama. Tidak banyak perbedaan pola angka kematian bayi dan balita menurut bidang pekerjaan KRT dan perempuan sebagai isteri/KRT. Rumah tangga dengan bidang pekerjaan keuangan menunjukkan angka kematian paling rendah dibandingkan bidang pekerjaan lainnya. Sementara keluarga dengan bidang pekerjaan pertambangan dan pertanian menunjukkan angka kematian anak yang paling tinggi.

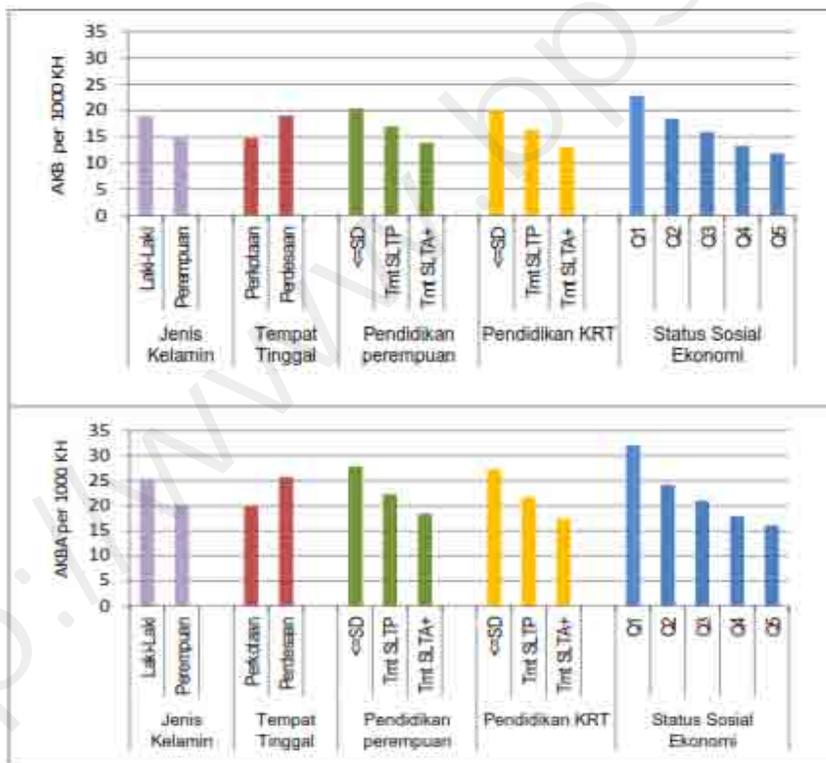
4.4 Ketidaksetaraan kelangsungan hidup anak menurut posisi sosial ekonomi

Menurut WHO dalam buku *Handbook of Health Inequity Monitoring* (2013) ketidakadilan kesehatan adalah perbedaan yang tidak adil dalam kesehatan antara orang-orang kelompok sosial yang berbeda, dan dapat dihubungkan dengan bentuk kelemahan seperti kemiskinan, diskriminasi dan kurangnya akses ke jasa atau barang. Pada pemantauan kesenjangan sosial, monitoring ketimpangan kesehatan membutuhkan data yang terkait dengan dimensi ketidaksetaraan (misalnya, kekayaan, pendidikan, wilayah, jenis kelamin) yang disebut sebagai *stratifier ekuitas*.

Penilaian *inequity* dalam analisis ini dinyatakan dengan rasio. Perhitungan nilai *inequity* angka kematian anak dilakukan menurut jenis kelamin, daerah tempat tinggal, pendidikan KRT dan pendidikan perempuan dan status sosial ekonomi.

Gambar 4.4 menyajikan AKB dan AKBA menurut posisi sosial ekonomi dari data SP2010. Angka kematian anak baik AKB maupun AKBA menurut posisi sosial ekonomi

menunjukkan pola yang sama. AKB dan AKBA untuk laki-laki lebih tinggi daripada AKB dan AKBA perempuan. Angka kematian anak lebih tinggi di perdesaan daripada di perkotaan. Semakin tinggi pendidikan dan status sosial ekonomi (yang dinyatakan dalam pengelompokan kuintil), semakin rendah angka kematian anaknya. Disparitas angka kematian anak menurut tempat tinggal kemungkinan disebabkan perbedaan aksesibilitas penduduk kepada layanan kesehatan, dimana umumnya layanan kesehatan terkonsentrasi di daerah perkotaan. Pendidikan kepala keluarga atau isteri kepala keluarga dan status ekonomi rumah tangga membedakan perilaku hidup sehat dan aksesibilitas mereka terhadap layanan kesehatan, yang pada gilirannya mempengaruhi status kesehatan keluarga termasuk bayi dan balita (Cochrane SH *et al*, 1982). Hasil penelitian di Istanbul Turki, menunjukkan faktor yang berhubungan dengan angka kematian anak yang tinggi adalah kondisi rumah tangga dan budaya yang mengelilingi ibunya, tetapi hanya beberapa faktor yang berhubungan langsung dari ibu sendiri (Akile Gyrsoy, 1992)

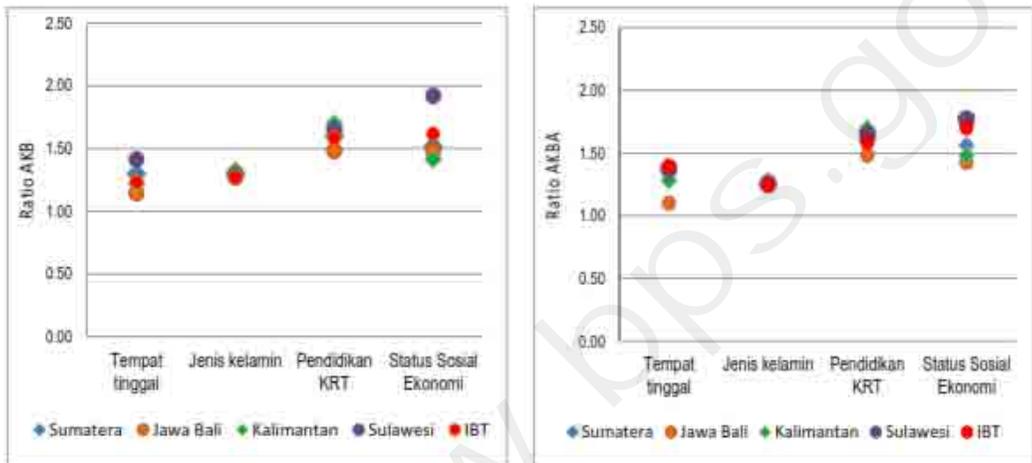


Gambar 4.4 Pola kematian bayi dan balita menurut posisi sosial ekonomi, SP2010

Pada Gambar 4.4 menunjukkan tidak adanya perbedaan pola angka kematian anak menurut pendidikan KRT dan pendidikan perempuan. Kesenjangan yang lebar

ditunjukkan antara angka kematian anak pada rumah tangga yang masuk kategori kuintil 5 (kelompok terkaya) dan angka kematian anak rumah tangga kelompok kuintil 1 (termiskin).

Gambar 4.5 menyajikan rasio AKB dan rasio AKBA menurut beberapa variabel posisi sosial ekonomi di lima region. Kesetaraan angka kematian anak akan dicapai kalau nilai rasio satu, artinya tidak ada perbedaan angka kematian anak menurut kategori nilai variabel posisi sosial ekonomi. Semakin besar nilai rasio mengindikasikan makin besar terjadinya ketidaksetaraan atau kesenjangan.



Gambar 4.5 Ketidaksetaraan relatif (rasio) angka kematian anak di lima Region menurut posisi sosial ekonomi rumah tangga, SP2010

Rasio angka kematian anak (AKB maupun AKBA) menurut jenis kelamin menunjukkan angka yang tidak banyak beda pada semua region. Rasio tertinggi ketidaksetaraan untuk AKB ada di Provinsi Riau (menurut tempat tinggal dan gender), Di Provinsi Gorontalo (menurut pendidikan) dan di Provinsi Papua Barat (menurut status sosial ekonomi). Untuk AKBA rasio tertinggi ditunjukkan Provinsi Papua (menurut tempat tinggal dan status sosial ekonomi)), Provinsi Riau (menurut gender), dan Provinsi Gorontalo (menurut pendidikan).

4.5 Akses sumber air minum dan higiene sanitasi rumah tangga

Akses air bersih dan sanitasi merupakan kebutuhan dasar dan hak asasi manusia yang penting untuk dapat hidup layak terutama untuk kelangsungan hidup anak. Pada SP2010 setiap rumah tangga diidentifikasi fasilitas tempat buang air besar (bab). Tabel 4.4 menunjukkan masih 19 persen rumah tangga di Indonesia tidak memiliki jamban yang menggambarkan perilaku bab sembarangan. Kondisi ini beragam menurut region dan perbedaan mencolok antara region barat dengan rentang 16-18 persen

(Sumatera, Jawa Bali, Kalimantan) dan region timur dengan rentang 30-34 persen (Sulawesi, IBT).

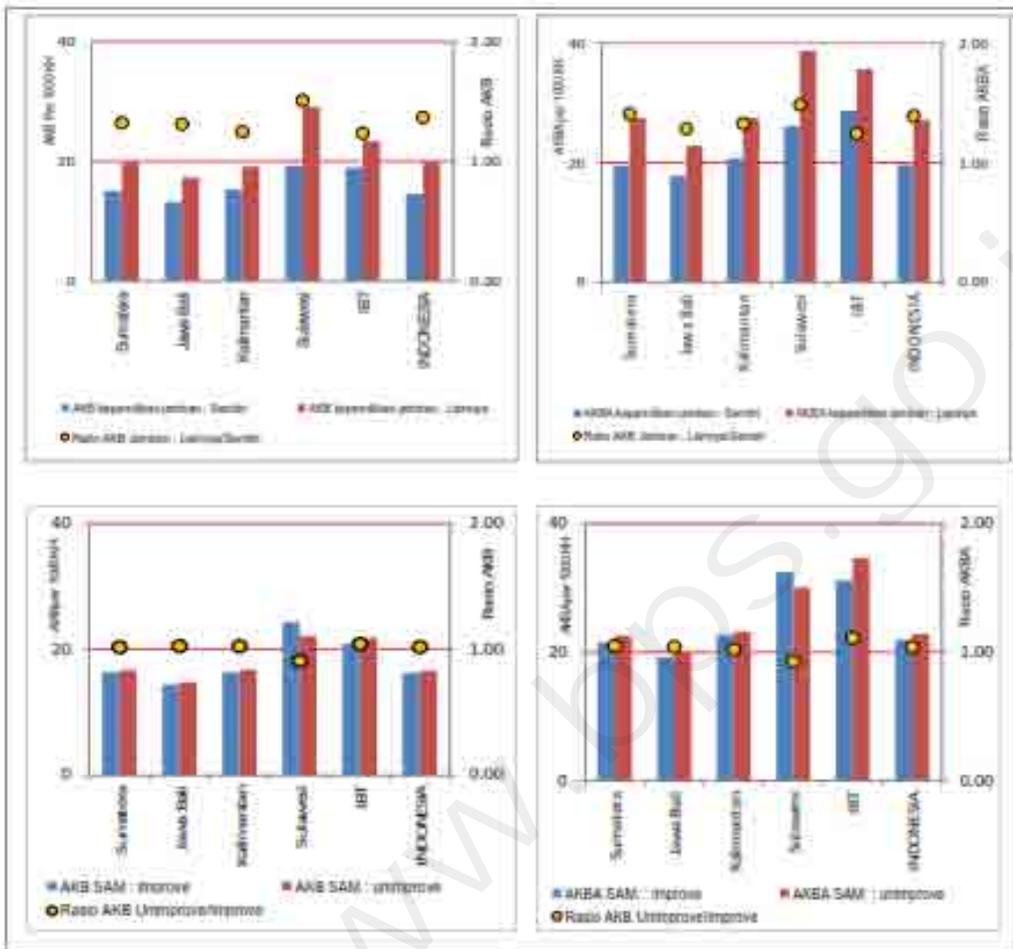
Tabel 4.4 Persentase fasilitas sanitasi menurut kepemilikan jamban dan Region, SP2010

Region	Kepemilikan jamban*		
	Sendiri	Bersama	Tidak ada
Sumatera	71.3	10.8	17.9
Jawa Bali	66.2	17.0	16.8
Kalimantan	67.0	16.7	16.3
Sulawesi	57.8	12.2	30.1
IBT	50.6	15.3	34.2
INDONESIA	65.8	15.3	18.9

* Data SP2010 100%

Gambaran kelangsungan hidup anak menurut kedua faktor tersebut dilakukan perhitungan AKB dan AKBA menurut fasilitas bab dengan pengelompokan jamban sendiri dan lainnya, serta sumber air minum dengan pengelompokan merujuk kategori JMP *'improve'* dan *'unimprove'*. AKB dan AKBA (tanpa koreksi) dan rasio angka kematian bayi dan balita menurut kepemilikan jamban dan sumber air minum dapat dilihat pada Gambar 4.6.

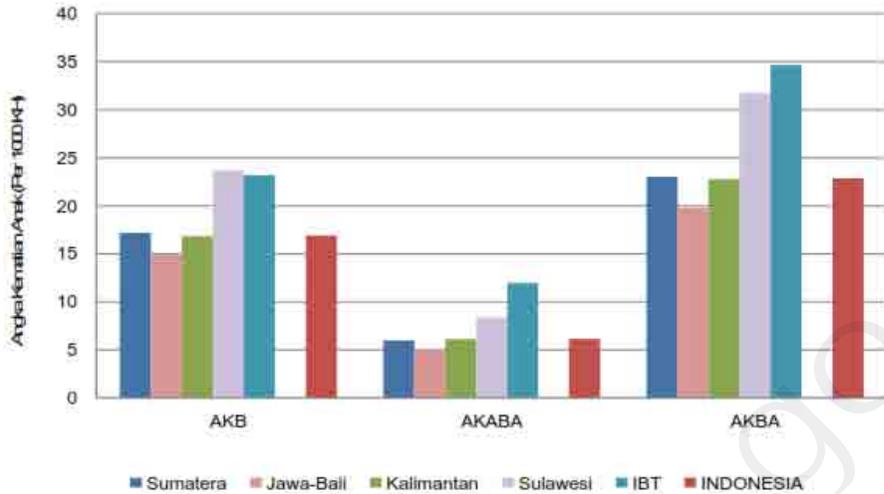
Ketidaksetaraan angka kematian anak menurut kepemilikan jamban dihitung sebagai rasio angka kematian pada rumah tangga tanpa memiliki jamban sendiri terhadap angka kematian pada rumah tangga memiliki jamban, sedangkan ketidaksetaraan menurut sumber air minum dihitung sebagai rasio angka kematian anak kelompok rumah tangga dengan sumber air minum kategori tidak *improve* terhadap angka kematian kelompok rumah tangga dengan sumber air minum *improve*. Gambar 4.6 menunjukkan rasio menurut kepemilikan jamban lebih besar dari rasio menurut sumber air minum untuk AKB maupun AKBA di lima region. Ketidaksetaraan AKB dan AKBA menurut region tertinggi ditunjukkan oleh region Indonesia Bagian Timur (NTT, NTB, Maluku, Malut, Papua dan Papua Barat). Sedangkan ketidaksetaraan menurut kepemilikan jamban tertinggi ditunjukkan oleh region Sulawesi.



Gambar 4.6 AKB dan AKBA serta rasio ketidaksetaraan menurut sumber air minum dan kepemilikan jamban di lima Region, SP2010.

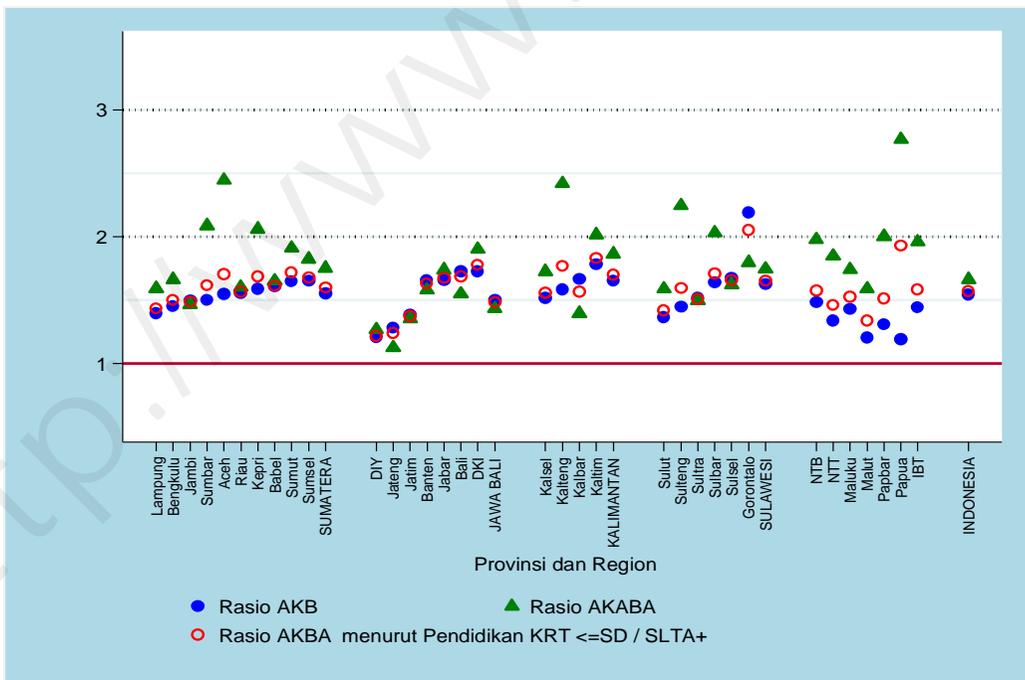
Ketidaksetaraan angka kematian anak yang dilihat dari nilai rasio, menunjukkan kesamaan pola antara AKB dan AKBA. Hal ini dapat dimengerti karena kematian bayi (umur 0 tahun) merupakan bagian terbesar (74% menurut SP2010) dari kematian balita (umur 0-4 tahun).

Gambar 4.7 menunjukkan AKB, AKABA dan AKBA menurut region. Bila diperhatikan secara umum, region Jawa-Bali merupakan region dengan tiga indikator kematian anak paling rendah. Pada region Sulawesi merupakan region tertinggi pada AKB, namun pada AKABA region/Indonesia Bagian Timur yang paling tinggi sehingga mempengaruhi AKBA di region tersebut.

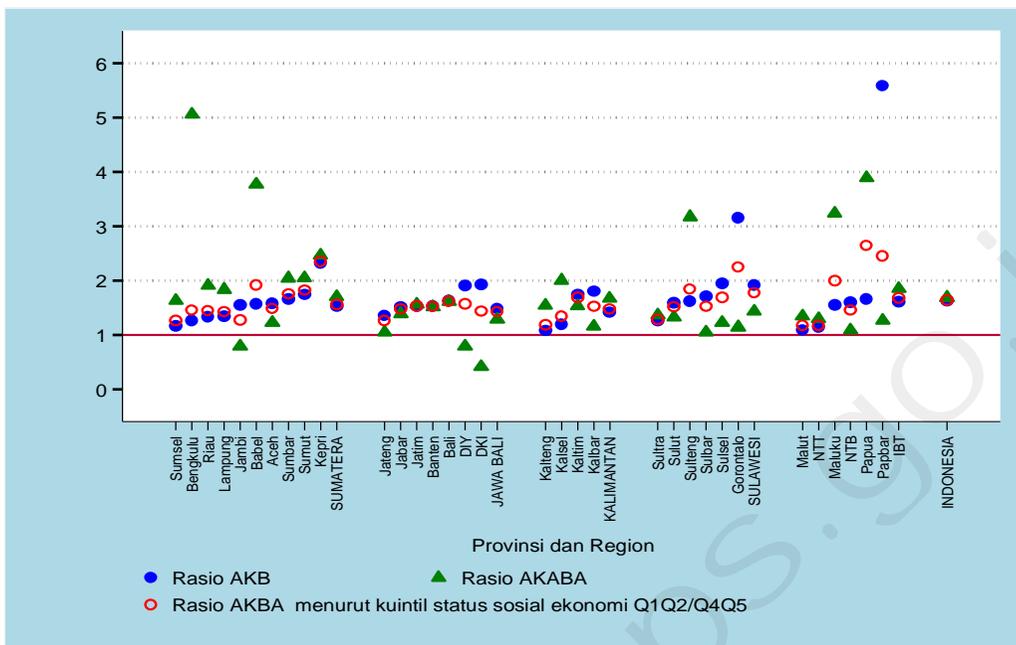


Gambar 4.7 AKB, AKABA dan AKBA menurut Region, SP2010

Gambar 4.8a dan Gambar 4.8b membandingkan ketidaksetaraan AKB, AKABA dan AKBA menurut region, provinsi untuk faktor pendidikan KRT dan status sosial ekonomi. Dua faktor tersebut secara nasional memberikan nilai rasio lebih besar dibandingkan faktor-faktor lain seperti tempat tinggal atau jenis kelamin.



Gambar 4.8a Rasio ketidaksetaraan AKB, AKABA dan AKBA menurut pendidikan KRT di Provinsi dan lima Region SP2010



Gambar 4.8b Rasio ketidaksetaraan AKB, AKABA dan AKBA menurut status sosial ekonomi rumah tangga di Provinsi dan lima Region, SP2010.

Pola ketidaksetaraan AKB, AKABA dan AKBA menurut status sosio ekonomi sedikit berbeda dibandingkan ketidaksetaraan menurut pendidikan KRT. Hanya tiga dari lima region memberikan rasio AKABA tertinggi yaitu di region Sumatera, Kalimantan dan Indonesia Bagian Timur Region Jawa Bali dan region Sulawesi menunjukkan rasio tertinggi untuk AKB. Rasio dengan nilai dua atau lebih ditunjukkan oleh 3 provinsi untuk AKB, 9 provinsi untuk AKABA dan 5 provinsi untuk AKBA (Gambar 4.8b). Tidak ada satu provinsi di Jawa Bali yang memberikan nilai rasio angka kematian anak dua atau lebih. Justru di Jawa Bali ada satu provinsi memberikan nilai rasio di bawah 1.

4.6 Analisis jalur (Path Analysis)

Tujuan kajian determinan sosial kematian anak lainnya adalah mengidentifikasi faktor determinan dan memperoleh faktor mendasar penyebab ketidaksetaraan kematian anak. Analisis jalur menjadi pilihan untuk menjawab tujuan kajian tersebut.

Analisis determinan dilakukan dengan unit analisis kabupaten/kota. Variabel yang diikutkan dalam analisis jalur meliputi:

1. Proporsi kepala rumah tangga dengan tingkat pendidikan minimal Tamat SLTP/MTS/ sederajat
2. Proporsi kepala rumah tangga yang bekerja
3. Proporsi rumah tangga dengan status sosial ekonomi kategori kuintil 4 dan 5

4. Proporsi rumah tangga yang memiliki jamban sendiri
5. Proporsi rumah tangga yang memiliki sumber air minum *improved* (sesuai dengan kriteria JMP (*Joint Monitoring Programme*))
6. Cakupan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan
7. Cakupan imunisasi campak (hanya untuk analisis determinan kematian anak balita)
8. Angka kematian bayi dan angka kematian anak balita

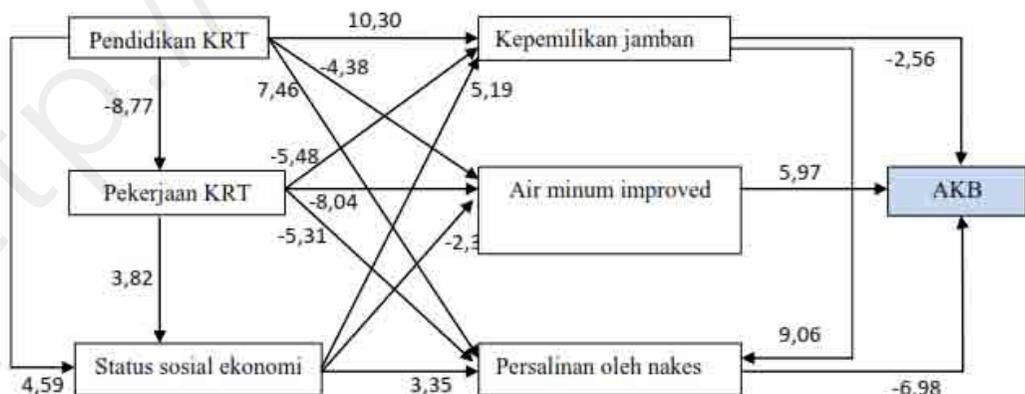
Hasil analisis determinan angka kematian bayi dan angka kematian anak balita disajikan secara terpisah.

4.6.1 Analisis jalur kematian bayi

Analisis deskripsi ketidaksetaraan menggunakan ukuran relative rasio hanya terbatas pada penjelasan peran satu faktor tanpa melihat peran dari faktor lain. Sedangkan tujuan kajian determinan sosial kematian anak lainnya adalah mengidentifikasi faktor determinan dan memperoleh faktor mendasar penyebab ketidaksetaraan kematian anak. Analisis jalur menjadi pilihan untuk menjawab tujuan kajian tersebut. Analisis menghasilkan beberapa model yang dinilai tingkat kecocokannya berdasarkan uji statistik dan kesesuaian dengan konsep serta signifikansi jalur yang dihasilkan. Proses analisis dilakukan uji terhadap beberapa model, yakni model awal dengan jalur yang lengkap sampai dengan mendapatkan model dengan *fitness* model paling baik.

Model 1 (Awal)

Model 1 merupakan model dengan jalur yang paling lengkap disesuaikan teori dan kerangka analisis seperti yang tersaji dalam Gambar 4.9. Berdasarkan uji statistik terhadap model 1 dengan Lisrel 8.5, tidak ada jalur yang tidak signifikan. Suatu jalur dinyatakan tidak signifikan bila nilai *t* berkisar antara $-1,96$ sampai dengan $+1,96$.



Gambar 4.9. Nilai *t* (*t-values*) model determinan kematian bayi (model 1)

Gambar 4.9 menunjukkan bahwa pendidikan akan mempengaruhi pekerjaan, sedangkan pekerjaan akan mempengaruhi faktor status sosial ekonomi. Faktor pendidikan secara langsung berpengaruh terhadap status sosial ekonomi, hal ini dikarenakan pendidikan merupakan mekanisme jangka panjang yang merefleksikan status ekonomi keluarga. Faktor pendidikan, pekerjaan dan status sosial ekonomi akan mempengaruhi kematian bayi melalui faktor air minum “*improved*”, kepemilikan jamban dan persalinan oleh tenaga kesehatan.

Hasil uji kecocokan model (Tabel 4.5) menunjukkan bahwa pada model 1 terdapat hanya ada empat parameter yang sesuai (fit). Oleh sebab itu, perlu dilakukan pemodelan ulang sehingga mendapatkan model dengan kesesuaian model yang fit dan sesuai dengan teori.

Tabel 4.5 Parameter uji kecocokan determinan kematian bayi (model 1)

No	Parameter	Model 1	Standar	Keterangan
1	Chi kuadrat	0,00	$p > 0,05$	Tidak fit
2	Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)	0,158	$< 0,08$	Tidak fit
3	Goodness of Fit Index (GFI)	0,96*	$> 0,9$	Fit
4	Normed Fit Index (NFI)	0,93*	$> 0,9$	Fit
5	Comparative Fit Index (CFI)	0,93*	$> 0,8$	Fit
6	Incremental Fit Index (IFI)	0,94*	$> 0,8$	Fit
7	Relative Fit Index (RFI)	0,71	$> 0,8$	Tidak fit
8	Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)	0,79	$> 0,8$	Tidak fit
9	Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI)	0,28		

Alternatif Model

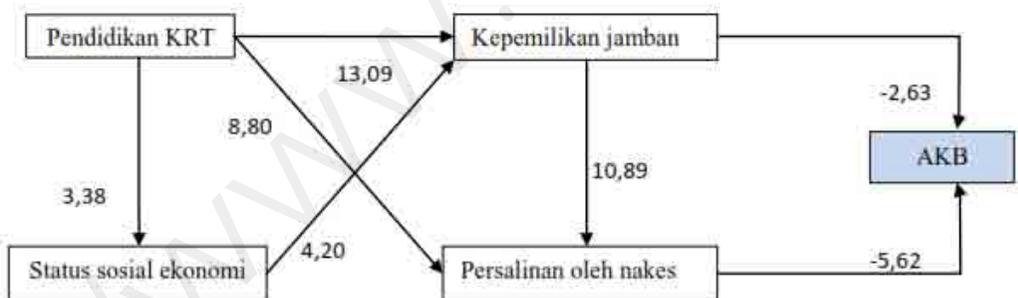
Alternatif model dilakukan untuk mendapatkan model dengan jalur yang secara teoritis cukup baik dan tidak memiliki jalur yang tidak signifikan. Model alternatif ini dikembangkan sebagai perbandingan model awal dengan mengurangi satu per satu jalur mulai dari nilai t terkecil serta mempertimbangkan pendekatan teori penelitian.

Model ini merupakan model yang paling sederhana dengan tidak ada jalur yang tidak signifikan dan lebih banyak memiliki kesesuaian dalam uji kecocokan secara statistik. Hasil uji kecocokan menunjukkan terdapat 7 (tujuh) parameter yang sesuai (fit).

Tabel 4.6 Parameter uji kecocokan model alternatif determinan kematian bayi

No	Parameter	Model alternatif	Standar	Keterangan
1	Chi kuadrat	0,139*	$p > 0,05$	Tidak fit
2	Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)	0,041*	$< 0,08$	Fit
3	Goodness of Fit Index (GFI)	1,00*	$> 0,9$	Fit
4	Normed Fit Index (NFI)	0,99*	$> 0,9$	Fit
5	Comparative Fit Index (CFI)	1,00*	$> 0,8$	Fit
6	Incremental Fit Index (IFI)	1,00*	$> 0,8$	Fit
7	Relative Fit Index (RFI)	0,97*	$> 0,8$	Fit
8	Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)	0,98*	$> 0,8$	Fit
9	Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI)	0,20		

Berdasarkan uji statistik, dalam model alternatif tidak ada lagi jalur yang tidak signifikan. Berikut adalah nilai t pada model alternatif .



Gambar 4.10 Nilai t (*t-values*) model determinan kematian bayi (Model alternatif)

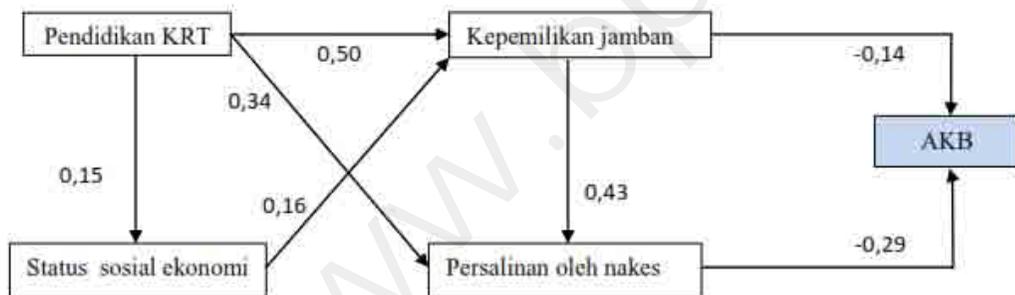
Gambar 4.10 menunjukkan bahwa pendidikan kepala rumah tangga berpengaruh tidak langsung terhadap kematian bayi melalui status sosial ekonomi, kepemilikan jamban dan persalinan oleh tenaga kesehatan. Sedangkan faktor sosial ekonomi berpengaruh tidak langsung terhadap kematian bayi hanya melalui faktor kepemilikan jamban. Dua faktor yang berpengaruh langsung terhadap kematian bayi adalah faktor persalinan oleh tenaga kesehatan dan kepemilikan jamban.

Dari model yang dihasilkan pada Gambar 4.10 diperoleh 4 jalur pengaruh variabel eksogen terhadap kematian bayi (Tabel 4.7). Sebanyak 2 jalur melalui status sosial ekonomi, 3 jalur melalui kepemilikan jamban dan 2 jalur melalui persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan.

Tabel 4.7 Jalur alternatif menuju kematian bayi

Jalur	Pendidikan	SES	Jamban	Linakes	AKB
Jalur 1	Pendidikan	SES	Jamban		AKB
Jalur 2	Pendidikan	SES	Jamban	Linakes	AKB
Jalur 3	Pendidikan		Jamban		AKB
Jalur 4	Pendidikan			Linakes	AKB

Analisis jalur menghasilkan output besarnya pengaruh (efek) variabel eksogen terhadap variabel endogen dan antara variabel endogen baik secara langsung maupun tidak langsung. Hasil perhitungan dari koefisien jalur tersebut sudah komparabel, karena menggunakan nilai yang telah dibakukan. Hasil koefisien jalur pada model alternatif dapat dilihat dalam Gambar 4.11 berikut.



Gambar 4.11 Koefisien jalur model determinan kematian bayi (model alternatif)

Berdasarkan Gambar 4.11, dapat dihitung pengaruh langsung dan pengaruh tidak langsung dari faktor pendidikan, status sosial ekonomi, kepemilikan jamban dan persalinan oleh tenaga kesehatan terhadap kematian bayi. Tabel 4.8 menunjukkan hasil perhitungan pengaruh langsung, pengaruh tidak langsung dan pengaruh total variabel determinan kematian bayi.

Tabel 4.8 Pengaruh langsung dan tidak langsung kematian bayi

No	Variabel	Pengaruh langsung	Pengaruh tidak langsung	Pengaruh total
1.	Pendidikan	-	-0,175	-0,175
2.	Status sosial ekonomi	-	-0,042	-0,042
3.	Jamban	-0,140	-0,125	-0,265
4.	Linakes	-0,290	-	-0,290

Berdasarkan hasil Tabel 4.8 faktor yang paling berpengaruh terhadap kematian bayi adalah faktor persalinan oleh tenaga kesehatan dengan pengaruh sebesar -0,290. Hal ini menunjukkan bahwa peningkatan satu simpangan baku dari cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan secara rata-rata menurunkan angka kematian bayi sebesar 29% simpangan baku. Hasil penelitian di Nambia menunjukkan hal yang sejalan, dimana pertolongan persalinan oleh nakes dipengaruhi oleh status sosial ekonomi (31 persen) dan faktor pendidikan ibu sebesar 28 persen (Eyo Zere, 2011).

Faktor selanjutnya yang berpengaruh terhadap kematian bayi adalah kepemilikan jamban, dengan besar pengaruh -0,265. Hal ini menunjukkan bahwa peningkatan satu simpangan baku dari kepemilikan jamban sendiri secara rata-rata menurunkan angka kematian bayi sebesar 26,5% simpangan baku. Hasil Kajian Evaluasi pembangunan sektoral tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kelangsungan hidup anak (AKB) menunjukkan akses variabel jamban merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi AKB selain penghasilan rumah tangga (Bappenas, 2009). Hal yang sama juga ditemukan pada kajian yang dilakukan di Wad Medani Town, Sudan (Huda, 2007).

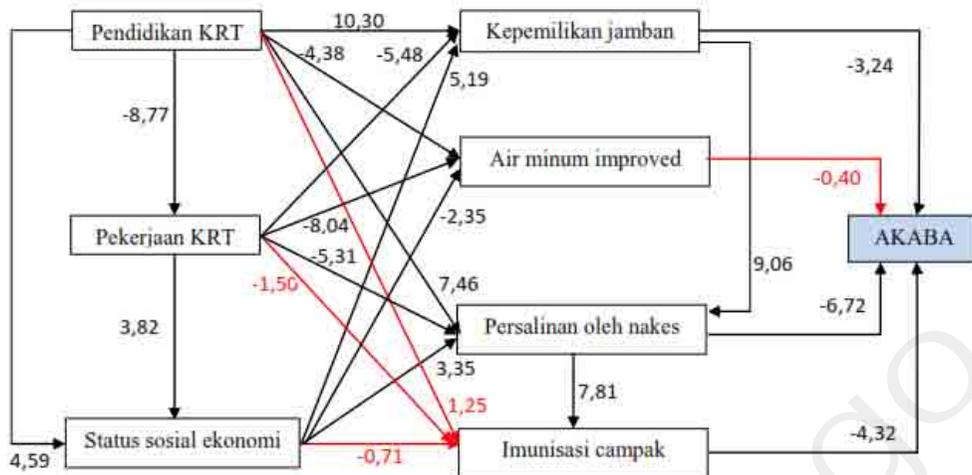
Faktor lain yang secara tidak langsung berpengaruh terhadap angka kematian bayi adalah pendidikan kepala rumah tangga (-0,175) dan status sosial ekonomi (-0,042). Apabila pendidikan dan sosial ekonomi ditingkatkan akan menurunkan AKB melalui peningkatan pemakaian jamban dan persalinan oleh tenaga kesehatan. Kepemilikan jamban, pendidikan dan status sosial ekonomi merupakan faktor yang melibatkan sektor diluar kesehatan sehingga perlu digalakkan kembali program lintas sektor yang sudah pernah dicanangkan beberapa tahun silam. Sesuai dengan hasil analisis di atas dapat disimpulkan bahwa meskipun peran sektor kesehatan lebih besar dibandingkan sektor non kesehatan, peran sektor non kesehatan tidak bisa diabaikan. Dengan adanya program kesehatan masyarakat dan lintas sektor seperti peningkatan akses air bersih dan sanitasi, peningkatan pendidikan ibu dan cakupan imunisasi dapat menurunkan kematian anak sebesar 46 persen dan menurunkan kematian bayi sebesar 37 persen pada periode 1990 sampai dengan 2005 (Sousa, 2010).

4.6.2 Analisis jalur kematian anak balita

Langkah-langkah dalam analisis determinan angka kematian anak balita sama dengan analisis determinan angka kematian bayi, dilakukan dengan membuat model alternatif.

Model 1 (Awal)

Model awal angka kematian anak balita sedikit berbeda dengan model awal angka kematian bayi. Pada model angka kematian anak balita ditambahkan faktor imunisasi campak sebagai *proxy* dari imunisasi lengkap yang diberikan pada bayi. Model 1 disajikan dalam Gambar 4.12.



Gambar 4.12 Nilai t (*t-values*) model determinan kematian anak balita (model 1)

Hasil uji kecocokan model (Tabel 4.10) menunjukkan bahwa pada model 1 ada enam parameter yang sesuai (fit). Pemodelan ulang dilakukan untuk mendapatkan model dengan kesesuaian model yang fit, *parsimony* dan sesuai dengan teori.

Tabel 4.9 Parameter uji kecocokan determinan kematian anak balita (model 1)

No	Parameter	Model 1	Standar	Keterangan
1	Chi kuadrat	0,00	$p > 0,05$	Tidak fit
2	Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)	0,13	$< 0,08$	Tidak fit
3	Goodness of Fit Index (GFI)	0,97*	$> 0,9$	Fit
4	Normed Fit Index (NFI)	0,96*	$> 0,9$	Fit
5	Comparative Fit Index (CFI)	0,96*	$> 0,8$	Fit
6	Incremental Fit Index (IFI)	0,96*	$> 0,8$	Fit
7	Relative Fit Index (RFI)	0,82*	$> 0,8$	Fit
8	Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)	0,84*	$> 0,8$	Fit
9	Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI)	0,19		

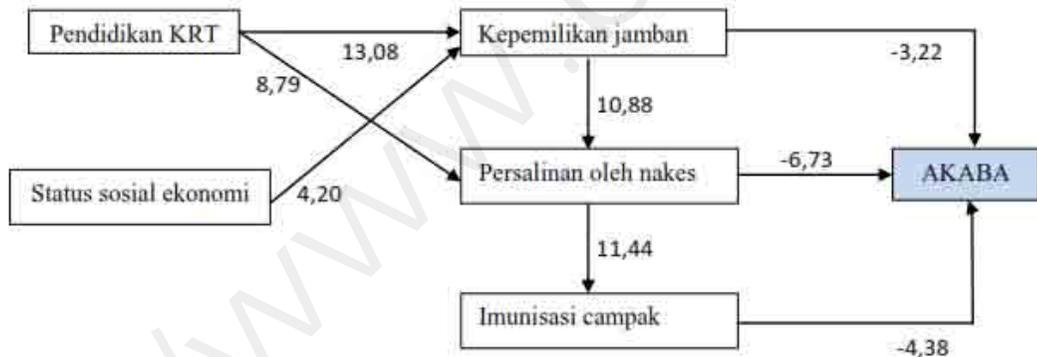
Alternatif model

Model alternatif adalah model yang paling sederhana dengan tidak ada jalur yang tidak signifikan dan lebih banyak memiliki kesesuaian dalam uji kecocokan secara statistik. Hasil uji kecocokan model alternatif (Tabel 4.10) menunjukkan terdapat 7 (tujuh) parameter yang sesuai (fit). Berikut adalah hasil uji statistik terhadap model alternatif.

Tabel 4.10 Parameter uji kecocokan determinan kematian anak balita (model alternatif)

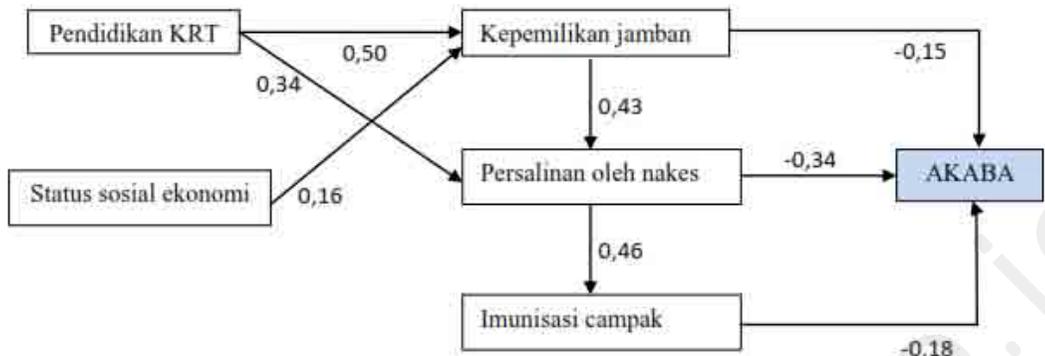
No	Parameter	Model 1	Standar	Keterangan
1	Chi kuadrat	0,013	$p > 0,05$	Tidak fit
2	Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)	0,060*	$< 0,08$	Fit
3	Goodness of Fit Index (GFI)	0,99*	$> 0,9$	Fit
4	Normed Fit Index (NFI)	0,99*	$> 0,9$	Fit
5	Comparative Fit Index (CFI)	0,99*	$> 0,8$	Fit
6	Incremental Fit Index (IFI)	0,99*	$> 0,8$	Fit
7	Relative Fit Index (RFI)	0,96*	$> 0,8$	Fit
8	Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)	0,96*	$> 0,8$	Fit
9	Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI)	0,28		

Berdasarkan uji statistik, dalam model alternatif tidak ada lagi jalur yang tidak signifikan. Berikut adalah nilai t pada model alternatif (Gambar 4.13).



Gambar 4.13 Nilai t (*t-values*) model determinan kematian anak balita (model alternatif)

Berdasarkan kesesuaian parameter, landasan teori dan signifikansi jalur maka model alternatif merupakan model yang direkomendasikan untuk determinan angka kematian anak balita. Hasil perhitungan dari koefisien jalur ini sudah komparabel, karena menggunakan nilai yang telah dibakukan.



Gambar 4.14 Koefisien jalur model determinan kematian anak balita (model alternatif)

Dari model yang dihasilkan pada Gambar 4.14 diperoleh 8 jalur pengaruh variabel eksogen terhadap angka kematian anak balita (Tabel 4.11).

Tabel 4.11 Jalur alternatif menuju kematian anak balita

Jalur	Pendidikan	SES	Jamban	Linakes	Campak	AKABA
Jalur 1	Pendidikan		Jamban			AKABA
Jalur 2	Pendidikan		Jamban	Linakes		AKABA
Jalur 3	Pendidikan		Jamban	Linakes	Campak	AKABA
Jalur 4	Pendidikan			Linakes	Campak	AKABA
Jalur 5	Pendidikan			Linakes		AKABA
Jalur 6		SES	Jamban			AKABA
Jalur 7		SES	Jamban	Linakes		AKABA
Jalur 8		SES	Jamban	Linakes	Campak	AKABA

Berdasarkan Gambar 4.14 dapat dihitung pengaruh langsung dan pengaruh tidak langsung faktor pendidikan, status sosial ekonomi, kepemilikan jamban, persalinan oleh tenaga kesehatan dan imunisasi campak terhadap angka kematian anak balita. Tabel 4.12 menunjukkan hasil perhitungan pengaruh langsung, pengaruh tidak langsung dan pengaruh total terhadap angka kematian anak balita.

Tabel 4.12 Pengaruh langsung dan tidak langsung anak balita

No	Variabel	Pengaruh langsung	Pengaruh tidak langsung	Pengaruh total
1.	Pendidikan	-	-0,310	-0,310
2.	Indeks kesejahteraan	-	-0,053	-0,053
3.	Jamban	-0,15	-0,182	-0,332
4.	Linakes	-0,34	-0,036	-0,423
5.	Imunisasi campak	-0,18	-	-0,180

Berdasarkan hasil Tabel 4.12, faktor yang paling berpengaruh terhadap kematian anak balita adalah faktor persalinan oleh tenaga kesehatan dengan pengaruh sebesar -0,423, kepemilikan jamban, dengan besar pengaruh -0,332, dan imunisasi campak dengan pengaruh -0,18. Faktor lain yang berpengaruh tidak langsung terhadap kematian anak balita adalah pendidikan kepala rumah tangga (-0,310) dan status sosial ekonomi (-0,053).

4.7 Implikasi kependudukan dan kebijakan

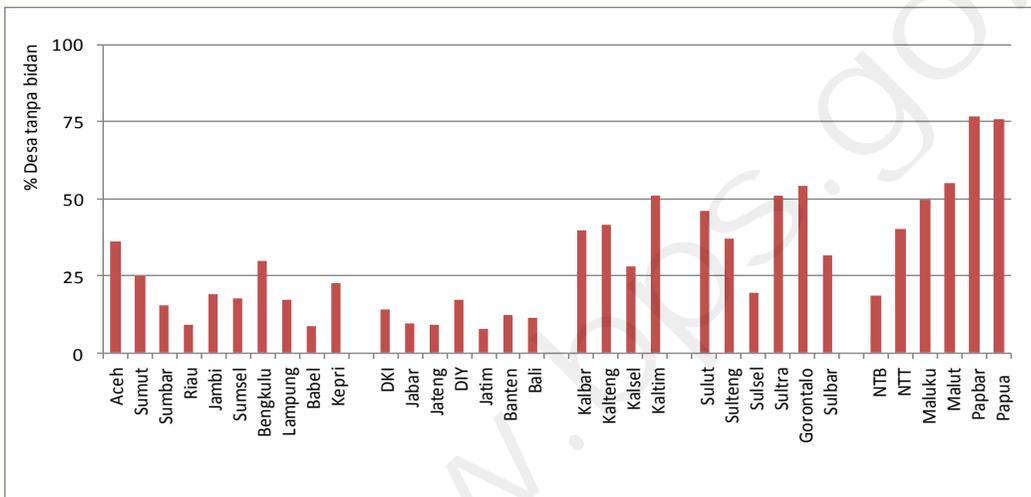
Hasil analisis jalur memberikan gambaran bahwa kematian sebagai komponen kependudukan terkait dengan masalah pendidikan sebagai 'human capital' yang berperan dalam kelangsungan hidup anak. Sedangkan hasil analisis pada determinan antara menunjukkan bahwa sektor kesehatan berperan penting dalam penurunan kematian bayi maupun anak balita. Bahkan peran kesehatan lebih besar pada periode anak balita dibandingkan pada bayi. Program pelayanan meliputi kesehatan ibu dan bayi.

Program kesehatan ibu dan anak merupakan suatu paket pelayanan dari sejak kehamilan, persalinan sampai dengan masa nifas untuk ibu. Setiap ibu baru bersalin seharusnya melakukan kontak dengan tenaga kesehatan sampai periode 42 hari setelah melahirkan dan untuk bayi baru lahir akan kontak dengan tenaga kesehatan sampai usia 28 hari dengan rangkaian paket pelayanan kesehatan yang seharusnya diterima seperti imunisasi dan pemantauan kesehatan dan tumbuh kembang bayi baru lahir sampai balita. Pelayanan kesehatan ibu dan anak menerapkan konsep *continuum of care* seperti yang disampaikan oleh Direktur Bina Kesehatan Ibu (2014).



Gambar 4.15 Konsep *continuum of care* pelayanan kesehatan ibu dan anak (Kemkes, 2014)

Sejak lama, Kemenkes telah menerapkan konsep Pemantauan Wilayah Setempat – Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA), dimana bidan desa/wilayah, bidan desa atau paramedis yang ditunjuk Puskesmas untuk bertugas membina wilayah. Hal tersebut merupakan upaya pemerintah untuk memenuhi hak anak mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Namun sampai saat ini, masih mengalami berbagai kendala baik dari pihak petugas yang jumlahnya terbatas, pemerintah daerah maupun masyarakat sebagai pengguna layanan. Hal ini terlihat dari distribusi bidan ke desa yang belum merata (Gambar 4.16).



Gambar 4.16 Persentase desa tanpa bidan, Survei Potensi Desa (Podes) 2011

Gambar 4.16 tersebut di atas mendukung hasil analisis ketidakterataan (*inequity*) pada sub bab sebelumnya yang menunjukkan bahwa region Indonesia bagian timur paling besar rasionya. Ketimpangan ini juga diperberat dengan faktor lain seperti kemampuan pembiayaan daerah, kebijakan lokal, kondisi geografis dan lain-lain. Secara geografi, provinsi-provinsi di Indonesia bagian timur juga merupakan provinsi dengan wilayah yang memiliki kondisi geografi yang sulit sehingga dapat menjadi kendala bagi masyarakatnya untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan. Untuk mempersempit ketidaksetaraan ini perlu perhatian dari berbagai pihak dan lintas sektor. Peran kebijakan pemerintah daerah ini merupakan domain C dalam kerangka konsep SDH yang tidak dianalisis namun mempunyai peran dalam sistem pelayanan kesehatan dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan anak.

Kerangka konsep SDH telah memberikan gambaran yang lebih luas karena mencakup faktor di luar sektor kesehatan dan akan lebih komprehensif apabila dilakukan analisis dengan melibatkan domain C (faktor kontekstual) yang menjadi limitasi dari analisis ini.

Analisis jalur, mampu menunjukkan adanya rangkaian model jalur lebih dari dari 2 ($X \rightarrow Y \rightarrow Z$) yang mengakomodir kerangka konsep SDH yang terdiri dari faktor stratifikasi sosial-determinan antara dan luaran kesehatan dalam hal ini kematian anak. Limitasi dari analisis ini adalah belum sampai pada perhitungan jalur yang paling efektif.

5. Kesimpulan dan Rekomendasi

5.1. Kesimpulan

1. Kerangka konsep sosial determinan kesehatan yang dirujuk dalam analisis ini merupakan kerangka konsep yang komprehensif, namun karena keterbatasan ketersediaan data yang digunakan belum memberikan hasil yang optimal. Dalam analisis ini belum melibatkan domain C (determinan struktur), yang meliputi kebijakan, budaya, politik, norma dan nilai sosial dan hanya melibatkan sebagian dari komponen domain B (determinan sosial dan determinan antara)
2. Dari analisis deskriptif menunjukkan bahwa ketidaksetaraan status kesehatan yang dinyatakan dengan rasio angka kematian anak masih memberikan keragaman kesenjangan menurut region dan provinsi, dan keragaman lebih mencolok menurut pendidikan dan sosial ekonomi. Kesenjangan sangat lebar terutama di wilayah Sulawesi dan Indonesia Bagian Timur (IBT). Menurut status sosial ekonomi, kesenjangan kematian bayi di wilayah Sulawesi lebih lebar dibandingkan dengan kematian anak balita. Sedangkan di wilayah Indonesia Bagian Timur, kesenjangan kematian anak balita lebih dominan.
2. Analisis jalur menunjukkan bahwa peran sektor kesehatan umumnya lebih besar dari pada sektor non kesehatan. Determinan kematian anak balita ditentukan oleh lima variabel, peran terbesar oleh persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan, diikuti dengan kepemilikan jamban, pendidikan KRT, imunisasi dan status sosial ekonomi. Pada kematian bayi ditentukan oleh empat variabel, determinan kematian bayi memiliki pola yang sama dengan kematian anak balita dimana peran persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan memiliki peran terbesar, diikuti dengan kepemilikan jamban, pendidikan KRT, dan status sosial ekonomi. Peran faktor penolong persalinan oleh tenaga kesehatan tidak semata-mata memberikan pengertian normatif, tetapi bisa juga sebagai proxy dari akses terhadap pelayanan kesehatan/kontak kepada tenaga kesehatan. Demikian pula untuk kepemilikan jamban, bisa merupakan proxy dari perilaku hidup sehat.
3. Secara keseluruhan upaya program kesehatan tidak lepas dari peran sektor lain.

4. Dilihat dari nilai pengaruh determinan total terhadap kematian anak balita yang lebih besar dibandingkan kematian bayi, menunjukkan bahwa untuk menurunkan angka kematian anak balita relatif lebih mudah dibandingkan kematian bayi.

5.2 Rekomendasi

1. Besarnya pengaruh sektor kesehatan dipengaruhi juga oleh faktor pendidikan dan sosial ekonomi. Sehingga untuk menurunkan angka kematian bayi dan anak balita diperlukan harmonisasi peran dari sektor kesehatan dan sektor non kesehatan.
2. Adanya kesenjangan kematian bayi dan anak balita yang lebar di Indonesia Bagian Timur, diperlukan perhatian khusus pembangunan berbagai sektor terkait kesehatan di Indonesia Bagian Timur termasuk peningkatan ketersediaan sumber daya kesehatan.
3. Dengan adanya keragaman kesenjangan antar daerah, diperlukan upaya dari pemerintah daerah melalui penguatan kualitas dan kuantitas pelaksanaan pembangunan kesehatan. Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA) merupakan sistem yang dapat digunakan untuk memantau pemberian pelayanan kesehatan kepada ibu dan balita.
4. Peran dari kebijakan, budaya, politik, norma dan nilai sosial merupakan peran yang spesifik untuk suatu negara sehingga pemakaian model SDH perlu memperhatikan keperluan spesifik untuk Indonesia.
5. Analisis determinan kesehatan memakai pendekatan SDH belum mengikutsertakan domain C (determinan struktur) karena keterbatasan data. Untuk itu diperlukan kelanjutan dari analisis determinan ini.
6. Untuk pemakaian pendekatan SDH yang spesifik untuk Indonesia diperlukan pengembangan sistem data yang komprehensif (*monitoring framework*). Pengembangan sistem data dapat memanfaatkan sistem yang sudah tersedia misalnya mengintegrasikan pengumpulan data berbasis masyarakat (survei, sensus, registrasi) atau lembaga/institusi (laporan rutin/berkala).

DAFTAR PUSTAKA

Akile Gyrsoy, 1992, Infant mortality: a Turkish puzzle?, Health transation review, Vol 2 No 2, http://www.jstor.org/discover/40651980?_sid=21105479621633&uid=3738224&uid=2&uid=70&uid=2129&uid=4

Arbuckle. James L. 2009. Amos™ 18 User's Guide, Amos Development Corporation, USA

Badan Pusat Statistik (BPS). BKKBN, Depkes dan Macro International Inc. 1992. Survei Demografi Kependudukan dan Kesehatan Indonesia 1991. Columbia, Maryland, BPS dan MI

Badan Pusat Statistik (BPS). BKKBN, Depkes dan Macro International Inc. 1995. Survei Demografi Kependudukan dan Kesehatan Indonesia 1994. Calverton, Maryland, BPS dan MI

Badan Pusat Statistik (BPS). BKKBN, Depkes dan Macro International Inc. 1998. Survei Demografi Kependudukan dan Kesehatan Indonesia 1997. Calverton, Maryland, BPS dan MI

Badan Pusat Statistik (BPS). BKKBN, Depkes dan Macro International Inc. 2003. Survei Demografi Kependudukan dan Kesehatan Indonesia 2002-2003. Calverton, Maryland, BPS dan MI

Badan Pusat Statistik (BPS). BKKBN, Depkes dan Macro International Inc. 2008. Survei Demografi Kependudukan dan Kesehatan Indonesia 2007. Calverton, Maryland, BPS dan MI

Bappenas, 2012, Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia Tahun 2011, Kementerian Bappenas, Jakarta

BKKBN, Badan Pusat Statistik (BPS)., Depkes dan Macro International Inc. 2013. Survei Demografi Kependudukan dan Kesehatan Indonesia 2012. BKKBN, Jakarta.

Campbell OM, Graham wJ, 1991, Measuring of Determinants of Maternal Morbidity and Mortality: Defining and Selecting Outcomes and Determinants and Demonstrating Associations, Londons School of Hygiene and Tropical Medicie, London

Cesar G. Victoria, et all, 2003, Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough, THE LANCET :Vol 362:July 19, www.thelancet.com
Cochrane SH, Leslie J, O'Hara DJ. 1982, Parental education and child health: intracountry evidence. Health Policy Educ. Mar;2(3-4):213-50.

Dinarsyah Tuwo, Lukito, 2014, Rancangan Teknokratik RPJMN 2015-2019 disampaikan pada Penjaringan Aspirasi Masyarakat sebagai Masukan Rancangan Teknokratik RPJMN 2015-2019,

Eyo Zere et al. 2011. Inequities in skilled birth attendance at birth in Namibia: A decomposition analysis. *BMC, Pregnancy and Childhood* 11 ; 34

Galobardes.B, et al, 2006, Indicators of socioeconomic position (part 1), *Epidemiol Community Health* 2006;60:7–12. doi: 10.1136/jech.2004.023531

Gareth, John et.al. 2003. How many child deaths can be prevented this year? *Child survival series II. Lancet.* 362:65-71

Maya. Gita, 2014, Sistem Kesehatan Nasional, disampaikan pada, Sensitization meeting: 6-7 November 2014, Jakarta

Gloria Macassa, Johan Hallqvist, John William Lynch, 2011. Inequalities in child mortality in sub-Saharan Africa: A social epidemiologic framework, *Afr J Health Sci.* 2011; 18:14-26].

Halder. AK; Kabir, M. 2008. Child Mortality Inequalities and Linkage with Sanitation Facilities in Bangladesh. *J HEALTH POPUL NUTR.* Mar;26(1):64-73

Hossain. M, Islam. M, 2008, Socio-economic Variables Affecting Infant and Children Mortality in Bangladesh, *The Internet Journal of Health* 2008 Volume 9 Number 2, www.ispub.com

Hill. K. Stanton. Cynthia, Gupta. Neeru, 2001, Measuring Maternal Mortality from a Census: Guidelines for Potential Users, *MEASURE Evaluation Manual Series*, No. 4, USA,

Kabir. Et.al, 2001, Faktor influencing Infant and Child Mortality in Bangladesh, *The Sciences* 1(5): 292-295 September – October 2001

Huda. M. Haroun et.al. 2007. Level and Determinants of Infant and Under five Mortality in Wad Medani Town. Sudan. *Journal of Family and Community Medicine* May-Aug.14(2), 65-69

Kedeputian Evaluasi Kinerja Pembangunan 2009. Faktor faktor yang mempengaruhi kelangsungan hidup anak (AKB). *Kajian Hasil Pembangunan Sektorial.* BAPENAS. Jakarta.

Kishor. Sunita and Parasuraman. Sulabha, 1998, Mother's Employment and Infant and Child Mortality in India, Seri No 8. *National Family Health Survey Subject Reports*,

Macro International Inc. Calverton, Maryland, U.S.A, www.eastwestcenter.org/.. /NFHSsubj rpt008.pdf

Krishnan. Anand, 2013, Gender inequity in child survival, Travails of the girl child in rural north India, Department of Public Health and Clinical Medicine, Epidemiology and Global Health Umeå University, Sweden,

Lawn. JE, Anthony Costello, Charles Mwansambo, David Osrin, 2006, Countdown to 2015: will the Millennium Development Goal for child survival be met? *Arch Dis Child* 2007;92:551–556. doi: 10.1136/adc.2006.099291, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2066179/pdf/551.pdf>

Lucas CH, dkk, 2009, Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA), Direktorat Bina Kesehatan Ibu, Depkes RI, Jakarta

Manisha Nair, Premila Webster & Proochista Ariana Impact of non-health policies on infant mortality through the social determinants pathway, *Bulletin of the World Health Organization* 2011;89:778-778. doi: 10.2471/BLT.11.093799

Mulholland EK, e^a, L Smith^b, I Carneiro^b, H Becher^c, D Lehmann^d 1986,, Equity and child-survival strategies , *Bulletin of The World Health Organization* 2008: 86:5:399-407 Source: <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/5/07-044545/en/#> Volume 86, Number 5, May 2008, 399-407

Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, 2012, Seri Studi Etnografi, Badan litbang Kesehatan, Surabaya

Rachmalina, SP, dkk, 2009, Studi Kejadian Kesakitan dan kematian Pada Ibu dan Bayi yang Melakukan Budaya Sei di Kabupaten Timor Timur Selatan, Nusa Tenggara Timur, Puslitbang Ekologi dan Status Kesehatan, Badan Litbang Kesehatan, Jakarta.

Robert.EB. et all. 2003, Where and why are 10 million children dying every year?, *Lancet*: 361: 2226–34)

Saabneh.Ameed,2013 ,The Impact of Maternal Employment on Child Survival—the Case of India, Presented in [Session 191: Effects of Parental Time Use and Employment on Child Well-Being](#), April 2013 diunduh dari <http://paa2013.princeton.edu/papers/131466>

Soemantri.S, Lubis.Agustina, Afifah.Tin, Hapsari.Dwi, 2009, Analysis of Data Set Related to Neonatal and Child Health. WHO, Jakarta

Soemantri. S, 2014, Conundrum: What acceptable MMR for Indonesia, presentasi pada Round Table Discussion on MMR in Indonesia, Jakarta, 28 Maret 2014

Soemantri.S and Afifah.Tin, 2013, Mortality in Indonesia, 40% population in the world: population change, Human Capital and Development in China, India and Indonesia, JY Pillay CARS, NUS, Singapore 22-24 May 2013

Sollar. Ariele and Irvin. Alec, 2005. Discussion paper for the Commission on Social Determinant of Health Draft 5 May 2005, WHO: Geneva

Sollar. Ariele and Irvin. Alec, 2007, A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinant of Health Draft April 2007, WHO: Geneva

Solar. O. Irwin A. 2010, A conceptual framework for action on the social determinant. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). WHO: Geneva
Sousa, A; Hill, K; Poz, MRD. 2010. Sub-national assessment of inequality trends in neonatal and child mortality in Brazil. International Journal for Equity in Health 9:21

UN, 1948, The Universal Declaration of Human Rights, www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml

UN-IGME, 2013, Levels & Trends in Child Mortality, New York, USA

UNICEF & WHO, 2011. Drinking Water Equity, Safety and Sustainability: JMP Thematic report on drinking water 2011, printer in The USA.

Utomo. Budi, 1988, Kelangsungan Hidup Anak di Indonesia, LD UI, Jakarta

UNICEF, 2013, Committing to Child Survival: A Promise Renewed. Progress Report 2013, New York

UNESCO, 2000, Gender Equality and Equity, <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001211/121145e.pdf>

Undang-Undang Dasar 1945, Jakarta

UNDP. October 2013. Discussion Paper Addressing the Social Determinants of Noncommunicable Diseases. UNDP. NY.USA

Vandresse. Marie, A Conceptual Model of Feto-Infant Mortality in Late and Low Fertility Context,

https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/sped/documents/DT_26_vandresse.pdf

Victora. Cesar G, et al, 2013, *Seri Child Survival IV: Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough* THE LANCET • Vol 362 • July 19, 2003 • www.thelancet.com

WHO, 2010. Countdown to 2015 headlines for 2010, Taking stock of maternal, newborn and child survival, www.who.int

WHO, 2013, Handbook of Health Inequity Monitoring: with a special focus on low and middle-income countries, Geneva

Zohra S Lassi, Rehana A Salam, Jai K Das and Zulfiqar A Bhutta, 2014, Essential Interventions for Maternal, Newborn and Child Health: Background and Methodology.

---, Mengapa Harus Imunisasi? Fakta dan Tips, 2014, Majalah Informasi & Referensi Promosi Kesehatan Edisi 2/2014, Jakarta

DATA

MENCERDASKAN BANGSA



BADAN PUSAT STATISTIK

Jl. Dr. Sutomo 6-8 Jakarta 10710

Tel. : (021) 3841195, 3842508, 3810291-4 Fax. : (021) 3857046

Homepage : <http://www.bps.go.id> E-mail : bpshq@bps.go.id