

## JURNAL KEPENDUDUKAN INDONESIA

p-ISSN : 1907-2902 (Print)

e-ISSN : 2502-8537 (Online)

### PENGARUH KUALITAS HIDUP PEREMPUAN TERHADAP DINAMIKA ANGKA HARAPAN HIDUP DI JAWA BARAT

#### (THE EFFECT OF WOMEN'S QUALITY OF LIFE ON THE DYNAMICS OF LIFE EXPECTANCY IN WEST JAVA)

Isti Larasati Widiastuty

Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Barat

Korespondensi penulis: isti@bps.go.id

#### Abstract

*This study aims to determine the effect of women's quality of life on the dynamics of life expectancy in West Java Province. Women's quality of life plays an essential role in accelerating the achievement of various targets of Sustainable Development Goals (SDGs). Women's quality of life in this study is measured by women's average length of schooling, women's adjusted per capita expenditure, as well as the proportion of woman who works as professionals, managers, administration and technicians. This study finds that these three variables significantly influence life expectancy. The coefficient of determination ( $R^2$ ) of 0.646 shows that all three independent variables simultaneously affect the dependent variable. It means that about 64.6% of life expectancy factors can be explained by women mean years schooling, adjusted women per capita expenditure, and the proportion of woman as professional, managerial, administrative and technical workers. The remainder is explained by other variables. Thus, it is necessary to promote the improvement of women's quality of life, particularly in terms of education and economic aspects to provide space and access for women to increase the population's life expectancy.*

**Keywords:** human development, SDGs, life expectancy, gender

#### Abstrak

Penelitian ini bertujuan mengetahui pengaruh kualitas hidup perempuan terhadap dinamika angka harapan hidup di Provinsi Jawa Barat. Kualitas hidup perempuan memegang peranan penting dalam percepatan pencapaian berbagai tujuan pembangunan berkelanjutan. Kualitas hidup perempuan dalam kajian diukur menggunakan variabel rata-rata lama sekolah perempuan, pengeluaran per kapita perempuan yang disesuaikan, dan proporsi perempuan yang bekerja sebagai tenaga profesional, manajer, administrasi dan teknisi. Kajian ini menemukan bahwa ketiga variabel tersebut secara signifikan memengaruhi angka harapan hidup. Koefisien determinasi ( $R^2$ ) sebesar 0,646 menunjukkan ketiga variabel bebas secara simultan memengaruhi variabel terikat. Artinya, sekitar 64,6% faktor penopang angka harapan hidup di Jawa Barat dapat dijelaskan oleh variabel rata-rata lama sekolah perempuan, pengeluaran per kapita perempuan yang disesuaikan, dan perempuan bekerja sebagai tenaga profesional, manajer, administrasi dan teknis. Sisanya dijelaskan oleh variabel lainnya. Oleh karena itu, peningkatan kualitas hidup perempuan perlu terus diupayakan, terutama dari aspek pendidikan dan ekonomi untuk memberikan ruang dan akses perempuan meningkatkan harapan hidup masyarakat.

**Kata kunci:** pembangunan manusia, tujuan pembangunan berkelanjutan, angka harapan hidup, gender

## PENDAHULUAN

Peran perempuan dalam peningkatan angka harapan hidup adalah isu penting di era pencapaian target *Sustainable Development Goals* (SDGs). Hal ini disebabkan berbagai dimensi kemiskinan dan keterbatasan akses masyarakat erat kaitannya dengan hidup perempuan (Indraswari, 2009). Tidak mengherankan jika kualitas pendidikan, kesehatan, maupun ekonomi perempuan menjadi isu penting dalam mencapai tujuan SDGs.

Di Provinsi Jawa Barat, khususnya, pemerintah setempat memberikan perhatian penting terhadap upaya peningkatan kualitas hidup perempuan melalui pengguliran program “Sekolah Perempuan Mencapai Impian dan Cita-cita (Sekoper Cinta)” pada akhir tahun 2018. Program ini dirancang sebagai upaya meningkatkan kekuatan keluarga, nilai ekonomi, dan perlindungan anak. Tantangan peningkatan kualitas hidup perempuan di provinsi ini tampak nyata seiring dengan turunnya Indeks Pembangunan Gender (IPG) Jawa Barat pada tahun 2017 (89,18) dibanding tahun sebelumnya (89,56). Jika ditinjau dari kualitas sumber daya manusia (SDM) secara umum, perempuan di Jawa Barat mengalami peningkatan kualitas SDM, namun tidak secepat laki-laki. Hal ini tampak dari IPM (Indeks Pembangunan Manusia) perempuan di provinsi ini yang meningkat dari 66,37 di tahun 2016 menjadi 66,78 pada tahun 2017. Adapun IPM laki-laki di Jawa Barat meningkat 1,04%, lebih cepat dari pertumbuhan IPM perempuan sebesar 0,62%. IPM laki-laki di Jawa Barat tahun 2016 sebesar 74,11 meningkat menjadi 74,88 di tahun 2017 (Badan Pusat Statistik, 2018).

Peningkatan kualitas hidup perempuan perlu mendapatkan perhatian besar sebab hal ini berperan penting dalam percepatan pencapaian berbagai target SDGs. SDGs terdiri dari 17 tujuan yang didukung oleh 169 target yang bertujuan mengukur dimensi sosial, ekonomi dan lingkungan dari pembangunan berkelanjutan (Kementerian PPN/Bappenas & UNICEF, 2017). Berbagai target SDGs ditujukan agar tidak ada satu orang pun yang tertinggal, termasuk perempuan. Secara khusus, tujuan ketiga dan tujuan kelima memiliki keterkaitan erat dengan kualitas hidup perempuan. Tujuan SDGs ketiga adalah memastikan kehidupan yang sehat dan mendukung kesejahteraan bagi seluruh penduduk pada semua usia. Pada tahun 2030, setiap negara menargetkan untuk mengurangi

kematian neonatal setidaknya menjadi kurang dari 12 per 1.000 kelahiran dan kematian balita menjadi serendah 25 per 1.000 kelahiran (Kementerian PPN/Bappenas, 2017). Adapun tujuan SDGs kelima adalah mencapai kesetaraan gender dan memberdayakan semua perempuan dan anak perempuan, serta memastikan perempuan dapat berpartisipasi penuh dan memiliki kesempatan yang sama dalam kehidupannya.

Indonesia masih menghadapi beban terkait pencapaian target SDGs bidang kesehatan, yaitu upaya penurunan angka kematian bayi, angka kematian ibu, upaya penanggulangan penyakit (baik menular maupun tidak menular), dan pemerataan akses fasilitas kesehatan. Jawa Barat, secara spesifik, juga menghadapi persoalan serupa sebab dari 1.000 kelahiran hidup di wilayah ini, 17 bayi lahir meninggal di bulan pertama kehidupannya dan 38 meninggal sebelum mencapai usia lima tahun (Kementerian PPN/Bappenas & UNICEF, 2017). Kondisi ini tentunya ini menjadi tantangan bagi berbagai pemangku kepentingan di Jawa dan memerlukan berbagai intervensi di sektor kesehatan (Kementerian PPN/Bappenas, 2017).

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk memberikan kesempatan yang seluas-luasnya bagi masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan yang optimal (Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Barat, 2018a). Sebagai provinsi dengan proporsi jumlah penduduk terbesar di Indonesia (18,34%) (Kementerian PPN/Bappenas, BPS & UNFPA, 2013), Jawa Barat menghadapi tantangan signifikan terkait kesehatan penduduknya. Salah satu tantangan yang dihadapi adalah masih cukup tingginya angka kematian bayi (AKB) di wilayah ini. Hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015 menunjukkan AKB Jawa Barat lebih tinggi dibandingkan provinsi-provinsi lainnya di Pulau Jawa. Pada tahun 2015, AKB Jawa Barat mencapai 18,7%, lebih tinggi dibanding DKI Jakarta (13,3%), Jawa Tengah (15,34%), DI Yogyakarta (12,8%), Jawa Timur (17,6%), dan Banten sebesar 16,9% (Badan Pusat Statistik, 2016).

Kesehatan merupakan unsur penting dalam kehidupan masyarakat dan terkait erat dengan perempuan. Sampai saat ini, masih beredar pandangan dalam masyarakat bahwa tanggung jawab pemeliharaan kesehatan keluarga ada pada pundak perempuan. Hal ini terkait erat dengan fungsi mereka sebagai ibu rumah tangga yang bertanggung jawab terhadap kehamilan, kelahiran,

masa menyusui, dan pemeliharaan anak sampai anak mandiri (Nurhidayati, 1999).

Dari sudut ekonomi, pentingnya faktor kesehatan bagi manusia sangat erat kaitannya dengan kualitas sumber daya manusia (SDM) (Ananta & Hatmadji, 1985). Kajian Wisana (2001) juga menyebutkan dalam rangka meningkatkan status kesehatan masyarakat perlu ditingkatkan standar hidup masyarakat yang pada gilirannya dapat meningkatkan status kesehatan masyarakat. Salah satu indikator untuk mengukur kualitas hidup masyarakat adalah Angka Harapan Hidup (AHH). AHH menunjukkan perkiraan lama hidup rata-rata penduduk dengan asumsi tidak ada perubahan pola mortalitas menurut umur (Badan Pusat Statistik, 2018). AHH yang rendah dapat disebabkan oleh tingginya angka kematian bayi, hambatan untuk memperoleh layanan kesehatan, dan faktor lainnya. Analisis terhadap dinamika AHH di suatu wilayah, penting sebagai masukan bagi penentu kebijakan untuk mengetahui disparitas AHH antarwilayah dan prioritas intervensinya. Selanjutnya, pengetahuan mengenai faktor penyebab terkait dengan kondisi AHH dari sisi kesehatan, sosial ekonomi, dan indikator lainnya, termasuk hasil-hasil studi terkait, juga diperlukan untuk kepentingan perumusan kebijakan peningkatan AHH di wilayah tersebut.

Kualitas hidup merupakan suatu representasi yang bersifat kompleks karena tidak hanya berupa ukuran yang dapat terlihat saja, tetapi juga termasuk yang tidak dapat diamati secara langsung (Galitsya, 2017). Mehra (1997) juga mengemukakan bahwa peningkatan kualitas hidup perempuan tecermin pada empat indikator kunci, yang meliputi peningkatan angka harapan hidup perempuan, peningkatan partisipasi sekolah dasar bagi anak perempuan, penurunan tingkat kelahiran total menurun, serta peningkatan akses perempuan terhadap kontrasepsi.

Kualitas hidup perempuan yang lebih baik dapat dicapai dengan peningkatan kesetaraan gender (Bappenas, 2012). Chioda dkk. (2011) menyatakan bahwa peningkatan kesetaraan gender dapat dilakukan melalui peningkatan pendidikan dan peluang pekerjaan bagi perempuan, serta pengembangan ke dunia luar yang berdampak pada kontrol atas kelahiran. Pemberdayaan ekonomi perempuan juga berkorelasi positif dalam meningkatkan kesehatan reproduksi (Rao, 2014).

Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017 Provinsi Jawa Barat menunjukkan bahwa pendidikan perempuan memberikan pengaruh bagi tingkat kesehatan. Mayoritas kelahiran hidup dari wanita yang memiliki pendidikan tamat SLTA dan perguruan tinggi (95%) merujuk pada persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan. Persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan merupakan salah satu elemen kunci penurunan kematian ibu dan bayi baru lahir (BKKBN, BPS, & Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, 2018).

Galisty (2017) menjelaskan keterkaitan erat kualitas hidup perempuan dan status kesehatan masyarakat, seperti yang ditunjukkan pada Gambar 1. Kualitas hidup perempuan tercapai dengan adanya kesetaraan gender melalui akses dan kontrol perempuan terhadap kesehatan, pendidikan dan pekerjaan. Selanjutnya, berdasarkan dimensi kesetaraan gender di Indonesia, indikator yang signifikan terhadap kualitas hidup perempuan meliputi rasio angka harapan lama sekolah perempuan dibanding laki-laki, rasio rata-rata lama sekolah perempuan dibanding laki-laki, rasio jumlah pekerja dibayar perempuan dibanding laki-laki, rasio upah buruh/karyawan/pegawai perempuan dibanding laki-laki, persentase keterwakilan perempuan di parlemen, persentase perempuan sebagai tenaga profesional, manajer, administrasi, dan teknis, angka harapan hidup perempuan, persentase perempuan 15-49 tahun berstatus kawin dan sedang menggunakan KB, serta persentase persalinan yang ditolong tenaga kesehatan terlatih.

Berdasarkan berbagai kajian sebelumnya, studi ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh tingkat kualitas hidup perempuan terhadap AHH di Jawa Barat. Variabel AHH sebagai variabel tak bebas diasumsikan sebagai indikator yang paling dapat diandalkan untuk menggambarkan derajat kesehatan masyarakat dan membandingkan tingkat kesehatan antarwilayah (Körreveski, 2011). Sementara itu, variabel bebas dalam penelitian ini meliputi kualitas pendidikan perempuan yang ditunjukkan oleh rata-rata lama sekolah, kualitas pekerjaan perempuan diantaranya digambarkan oleh pengeluaran per kapita yang disesuaikan perempuan, dan perempuan bekerja sebagai tenaga profesional, manajer, administrasi, dan teknis.

Gambar 1. Hubungan antara kualitas hidup perempuan dan status kesehatan masyarakat



Rata-rata lama sekolah (RLS) perempuan didefinisikan sebagai jumlah tahun yang digunakan penduduk perempuan dalam menjalani pendidikan formal (Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Barat, 2018a). Penghitungan RLS menggunakan standar internasional UNDP. Cakupan penduduk yang dihitung RLS perempuan adalah penduduk perempuan berusia 25 tahun ke atas. Asumsinya penduduk perempuan dengan RLS tinggi (mengenyam pendidikan cukup tinggi) memiliki pengetahuan lebih untuk menggunakan fasilitas dan tenaga kesehatan dalam kehamilan dan persalinannya. Rahman (2016) mengemukakan bahwa ibu yang memiliki pengetahuan yang baik akan menggunakan tenaga kesehatan untuk menolong persalinannya. Apabila perempuan memiliki pengetahuan yang luas dan tingkat pendidikan yang tinggi, maka peran mereka secara mikro dalam keluarga akan tinggi, bahkan peran sosial perempuan dalam masyarakat juga tinggi (Khayati, 2008). Studi lain juga menunjukkan anak-anak berusia di bawah 5 tahun dari ibu yang berpendidikan rendah berpeluang tiga hingga lima kali lipat lebih tinggi untuk meninggal dibandingkan dari ibu yang berpendidikan sekolah menengah maupun tinggi (Kementerian PPN/Bappenas & UNICEF, 2017).

Selanjutnya, pengeluaran per kapita perempuan disesuaikan ditentukan dari nilai pengeluaran per kapita perempuan di Jawa Barat dan paritas daya beli. Perhitungan paritas daya beli pada metode baru menggunakan 96 komoditas, terdiri dari 66 komoditas makanan dan sisanya merupakan komoditas non makanan. Metode penghitungannya menggunakan metode Rao (Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Barat, 2018b). Variabel ini menggambarkan kemampuan

ekonomi perempuan. Semakin tinggi pengeluaran per kapita perempuan, semakin mudah akses mereka terhadap fasilitas kesehatan maupun nutrisi yang diasup ketika masa kehamilan dan pasca persalinan.

Variabel bebas terakhir adalah persentase perempuan sebagai tenaga profesional, manajer, administrasi dan teknisi. Variabel ini digunakan untuk menunjukkan aspek pemberdayaan perempuan (Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Anak & Badan Pusat Statistik, 2017). Asumsinya ketika perempuan bekerja sebagai tenaga profesional, manajer, administrasi dan teknisi, maka perempuan memiliki kontrol terhadap penggunaan sumber daya untuk meningkatkan kualitas hidup. Tingkat pendidikan memegang peran penting dalam mengembangkan rasa percaya diri karena kemampuan dan kapasitas yang dimiliki (Setyowati & Arsanti, 2015). Ketika perempuan memiliki akses dan kontrol terhadap sumber daya, maka mereka dengan mudah menentukan pilihan asupan nutrisi, penggunaan fasilitas dan tenaga kesehatan, baik pada pemeriksaan kehamilan, proses persalinan, maupun pasca persalinan.

Hasil penelitian Nurhapipa (2015) menyebutkan salah satu faktor yang memengaruhi tingkat kematian bayi dan ibu adalah tenaga pertolongan persalinan. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan merupakan strategi untuk menangani masalah kesehatan ibu dan anak di Indonesia (Nurhidayanti dkk., 2018). Mengingat pentingnya proses persalinan terhadap kelangsungan hidup ibu dan bayi, pemerintah melalui Kementerian Kesehatan mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 Pasal 14 ayat 1 yang berbunyi “Persalinan harus dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan” (Kementerian Kesehatan, 2014).

## METODE

Data AHH sebagai salah satu dimensi pembentuk Indeks Pembangunan Manusia (IPM) dan data komponen Indeks Pemberdayaan Gender (IPG) kabupaten/kota di Jawa Barat menjadi sumber data utama dalam kajian ini. Data sekunder tersebut bersumber dari Badan Pusat Statistik (BPS) dengan referensi waktu tahun 2013 – 2015 dan 2017 (data tahun 2016 tidak tersedia hingga level kabupaten/kota).

Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis deskriptif dan analisis regresi. Analisis deskriptif digunakan untuk mengetahui gambaran derajat kesehatan masyarakat dan kualitas hidup perempuan di Jawa Barat. Adapun analisis statistik menggunakan metode analisis regresi linier berganda, untuk melihat pengaruh variabel kualitas hidup perempuan terhadap AHH di Jawa Barat.

Untuk mengetahui besarnya pengaruh tingkat hidup perempuan terhadap AHH digunakan koefisien determinasi ( $R^2$ ). Koefisien determinasi menunjukkan koefisien korelasi berganda antara Y (Angka Harapan Hidup) dengan  $X_1$  = Rata-rata lama sekolah perempuan,  $X_2$  = Pengeluaran per kapita perempuan yang disesuaikan, dan  $X_3$  = Perempuan bekerja sebagai tenaga profesional, manajer, administrasi dan teknisi (Supranto, 2009). Persamaannya dinotasikan secara fungsional sebagai berikut :

$$AHH = \beta_0 + \beta_1 RLS\_P + \beta_2 PPP\_P + \beta_3 TK\_P + \varepsilon_i$$

Keterangan :

AHH	: Angka Harapan Hidup
RLS_P	: Rata-rata Lama Sekolah Perempuan
PPP_P	: Pengeluaran per Kapita Perempuan
TK_P	: Pengeluaran per Kapita Perempuan yang disesuaikan
$\beta_0$	: Konstanta
$\beta_1 - \beta_3$	: Koefisien regresi
$\varepsilon_i$	: Kesalahan pengganggu

Untuk melihat berpengaruh atau tidaknya variabel bebas terhadap variabel tak bebas, menggunakan selang kepercayaan 95% atau tingkat signifikansi <5%. Pengolahan data menggunakan SPSS versi 21.

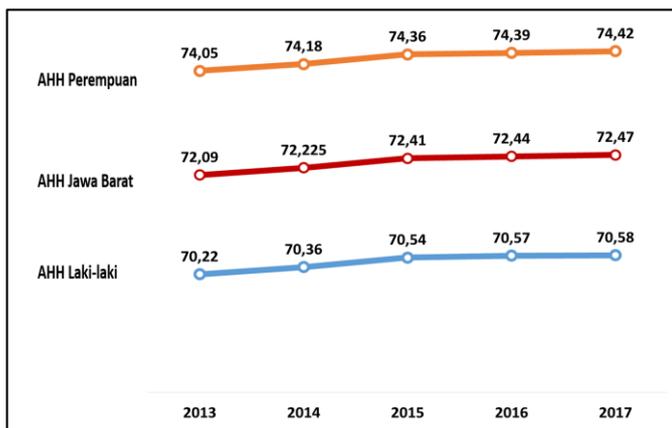
## GAMBARAN UMUM DERAJAT KESEHATAN DI JAWA BARAT

Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012, Angka kematian neonatal (AKN) Jawa Barat di tahun 2012 sebesar 17 per 1.000 kelahiran hidup. Angka ini masih lebih tinggi dibandingkan target SDGs di tahun 2030 sebesar 12 per 1.000 kelahiran hidup. Sementara itu, angka kematian balita (AKABA) sebesar 30 per 1.000 kelahiran hidup, lebih tinggi dibandingkan target SDGs sebesar 25 per 1.000 kelahiran hidup. Capaian indikator ini memberikan pengaruh pada capaian AHH. Secara nasional, berdasarkan data Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015, AKN dan AKABA Indonesia mengalami penurunan (Badan Pusat Statistik, 2016). Penurunan ini tentunya akan memengaruhi peningkatan capaian angka harapan hidup.

AHH Jawa Barat selama periode 2013-2017 menunjukkan tren meningkat tiap tahunnya. Pada tahun 2017, AHH Jawa Barat mencapai 72,47 tahun, meningkat 0,38 poin dibandingkan tahun 2013. Sejak tahun 2015 terlihat pertumbuhan AHH di Jawa Barat relatif landai. Nilai AHH yang tinggi mencerminkan derajat kesehatan penduduk yang tinggi dan kemampuan pemerintah untuk menyediakan fasilitas kesehatan, terpenuhinya kecukupan gizi dan kalori penduduk, serta kesehatan lingkungan yang baik (Badan Pusat Statistik, 2017).

Gambar 2 menunjukkan AHH perempuan lebih tinggi dibandingkan dengan AHH laki-laki. Selama periode 2013-2017, AHH perempuan di Jawa Barat sebesar 73-75 tahun atau empat tahun lebih tinggi dibandingkan AHH laki-laki sebesar 69-71 tahun. Terlihat bahwa perempuan Jawa Barat hidup lebih lama dibandingkan laki-laki. Secara genetik, perempuan memiliki derajat kesehatan yang lebih tinggi dibanding laki-laki. Hal ini dikenal dengan *female advantages (FA)*. Keberadaan *female advantages* ini terkait dengan hormon perempuan serta kebiasaan-kebiasaan hidup perempuan yang secara umum dianggap “lebih sehat” dibanding laki-laki. Implikasi dari hal ini adalah harapan hidup perempuan khususnya di Indonesia yang selalu bernilai lebih tinggi dibanding laki-laki (Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Anak & Badan Pusat Statistik, 2017).

Gambar 2. Angka Harapan Hidup (AHH) di Provinsi Jawa Barat, 2013 – 2017



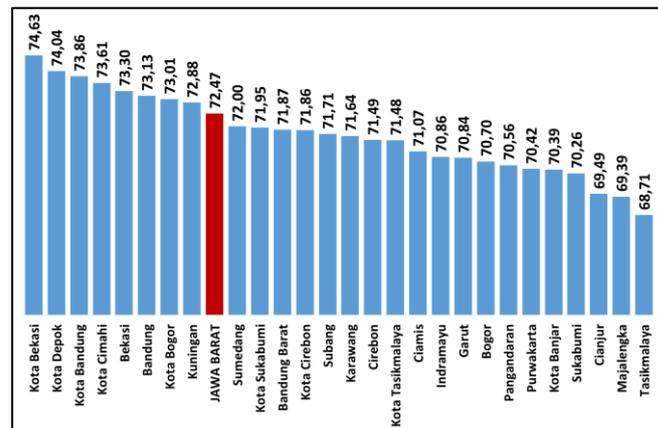
Sumber: Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Barat (2018a)

Perls dan Fretts (1998) menjelaskan secara rinci mengapa perempuan dapat hidup lebih lama dibandingkan laki-laki. Hormon jenis kelamin merupakan faktor penting yang menentukan kerentanan relatif jenis kelamin terhadap penuaan dan penyakit. Di samping itu, metabolisme laki-laki lebih cepat dibandingkan perempuan. Metabolisme yang cepat membuat sel laki-laki lebih rentan mengalami kerusakan sehingga siklus hidup laki-laki menjadi lebih cepat berakhir dibandingkan perempuan.

Jika dirinci menurut kabupaten/kota di Jawa Barat (Gambar 3), Kabupaten Tasikmalaya memiliki AHH terendah dibanding kabupaten/kota lainnya. AHH Kabupaten Tasikmalaya tahun 2017 sebesar 68,71 tahun atau 6 tahun lebih rendah dibandingkan AHH di Kota Bekasi (74,63 tahun). Kondisi ini mengindikasikan bahwa rata-rata bayi baru lahir di Kabupaten Tasikmalaya akan hidup 6 tahun lebih pendek dibandingkan bayi yang lahir di Kota Bekasi (Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Barat, 2018a). Di tahun 2017 AHH Kota Bekasi tertinggi di Jawa Barat.

Pengamatan lebih lanjut terhadap capaian AHH kabupaten/kota di provinsi ini menunjukkan bahwa terdapat 8 kabupaten/kota yang AHH-nya lebih tinggi dibandingkan rata-rata Jawa Barat. Sementara itu, 19 kabupaten/kota lainnya berada di bawah capaian AHH Jawa Barat. Lebih jauh, terdapat tiga kabupaten yang capaian AHH-nya di bawah 70 tahun, yaitu Kabupaten Tasikmalaya, Kabupaten Majalengka, dan Kabupaten Cianjur. Situasi ini menunjukkan adanya disparitas dimensi kesehatan antar wilayah di Jawa Barat.

Gambar 3. AHH menurut kabupaten/kota di Jawa Barat, 2017 (tahun)



Sumber : Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Barat (2018a)

Disparitas kesehatan ibu dan anak dipengaruhi faktor geografis, seperti daerah terpencil dan kepulauan; ketersediaan fasilitas kesehatan dan obat-obatan terjangkau belum terpenuhi; kurangnya tenaga kesehatan; dan masalah finansial dalam mengakses pelayanan kesehatan yang disediakan oleh pemerintah (Kementerian Kesehatan, 2018). Intervensi terpenting untuk menjamin keselamatan ibu (*safe motherhood*) adalah memastikan bahwa setiap kelahiran dibantu oleh tenaga kesehatan yang kompeten dan memiliki keterampilan kebidanan, dalam kondisi darurat tersedia transportasi menuju fasilitas rujukan untuk perawatan kehamilan dan persalinannya (Kementerian PPN/ Bappenas & UNICEF, 2017).

Oleh karena itu, pemerataan fasilitas dan akses masyarakat (laki-laki maupun perempuan) terhadap fasilitas kesehatan hingga ke pelosok wilayah menjadi sebuah urgensi. Pada tahun 2017, sebanyak 90,68% ibu di Jawa Barat persalinan anak lahir hidup terakhirnya ditolong oleh tenaga kesehatan (Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Barat, 2017). Dalam hal ini, tenaga kesehatan merujuk pada dokter kandungan, dokter umum, bidan, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya.

Di wilayah perkotaan, sebanyak 93,38% persalinan ibu ditolong oleh tenaga kesehatan, sedangkan di perdesaan hanya sebesar 83,34%. Hal ini menunjukkan peningkatan pemerataan pelayanan kesehatan bagi ibu hamil di seluruh wilayah Jawa Barat masih perlu dilakukan. Keberadaan tenaga kesehatan yang lebih terpusat di daerah perkotaan dibandingkan perdesaan, berakibat pada adanya disparitas. Adanya disparitas layanan kesehatan ditengarai sebagai dampak dari tidak

meratanya fasilitas kesehatan antara perkotaan dan perdesaan (Sarumpaet dkk., 2012). Banyak dokter dan bidan lebih memilih menjalankan profesi di daerah urban/perkotaan disebabkan fasilitas hidup, fasilitas kesehatan, dan upah yang diberikan cenderung lebih tinggi di perkotaan dibandingkan di perdesaan (Badan Pusat Statistik, 2017).

## HASIL DAN PEMBAHASAN

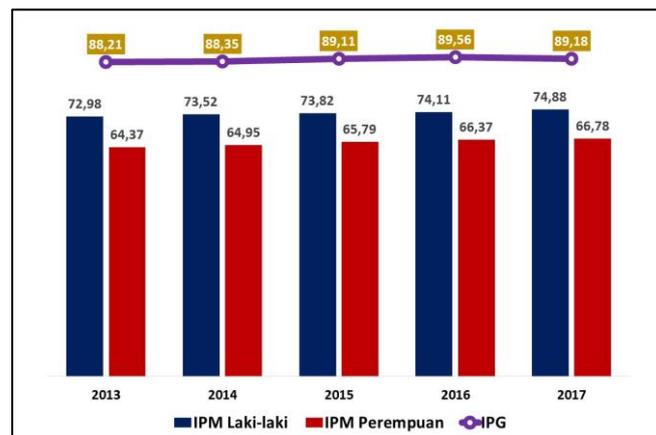
### Gambaran kualitas hidup perempuan di Jawa Barat

Kualitas hidup perempuan di Jawa Barat dapat ditunjukkan melalui capaian Indeks Pembangunan Manusia (IPM) perempuan, Indeks Pembangunan Gender (IPG), dan Indeks Pemberdayaan Gender (IDG). Indikator ini menggambarkan seberapa besar kualitas pembangunan perempuan serta peran aktif perempuan dalam ekonomi dan politik.

IPM perempuan Jawa Barat tahun 2017 mencapai 66,78, masih lebih rendah 8,10 poin dibandingkan capaian laki-laki. Kondisi ini menunjukkan adanya ketertinggalan perempuan dibandingkan laki-laki di Jawa Barat. Dari segi pendidikan, rasio APM dan rasio melek huruf perempuan terhadap laki-laki belum mencapai target 100%. Sementara itu, dari sektor ketenagakerjaan, kontribusi perempuan dalam sektor upahan di sektor nonpertanian lebih rendah dibanding laki-laki.

Gambar 3 menunjukkan bahwa jika dibandingkan dengan capaian pada tahun 2013, IPM perempuan meningkat lebih cepat dibandingkan laki-laki. Selama periode 2013 – 2017, IPM perempuan meningkat 2,41 poin, sedangkan laki-laki hanya sebesar 1,90 poin. Rata-rata pertumbuhan IPM laki-laki pada periode ini mencapai 0,65% setiap tahunnya. Adapun IPM perempuan rata-rata tumbuh 0,95% setiap tahun. Meskipun begitu, khusus pada tahun 2017, pertumbuhan IPM laki-laki lebih cepat dibanding IPM perempuan. Kondisi ini menyebabkan IPG pada tahun tersebut mengalami penurunan dari 89,56 menjadi 89,18. Jika dibandingkan dengan angka nasional, capaian IPG Jawa Barat berada di bawah IPG nasional. Hal ini dikarenakan IPG nasional mencapai 90,96 pada tahun 2017, lebih tinggi 1,78 poin dibandingkan IPG Jawa Barat periode yang sama.

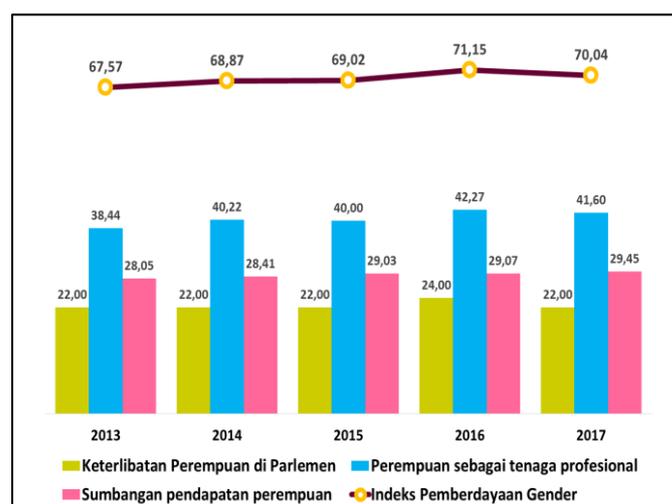
Gambar 4. Indeks Pembangunan Manusia (IPM) menurut jenis kelamin dan Indeks Pembangunan Gender (IPG) Provinsi Jawa Barat, 2013 – 2017



Sumber : Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Barat (2018a)

Persoalan pemberdayaan perempuan meliputi dua hal. Pertama, pemberdayaan ekonomi yang terkait dengan minim/lemahnya akses perempuan terhadap institusi keuangan formal. Kedua, masalah pemberdayaan juga terkait dengan minim/lemahnya suara perempuan dalam pengambilan keputusan di tingkat nasional dan regional (Indraswari, 2009). Kedua hal ini ditunjukkan dalam indikator Indeks Pemberdayaan Gender (IDG) (Gambar 5).

Gambar 5. Indeks Pemberdayaan Gender (IDG) dan komponen penyusun di Provinsi Jawa Barat, 2013 - 2017



Sumber : Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Barat (2018a)

IDG Jawa Barat tahun 2017 berada di bawah IDG nasional yang mencapai 71,74. IDG merupakan indikator yang menunjukkan peran aktif perempuan dalam ekonomi dan politik. Sama halnya dengan capaian IPG, IDG Jawa Barat tahun 2017 juga mengalami penurunan dari 71,15 menjadi 70,04. Selama periode 2013-2017, IDG Jawa Barat meningkat 2,47 poin, dengan rata-rata pertumbuhan per tahun sebesar 0,43%.

Menurut komponen penyusunannya, terlihat adanya penurunan peran perempuan di politik dan ekonomi pada tahun 2017. Kondisi ini dapat dicermati dari turunnya persentase keterlibatan perempuan di parlemen dan perempuan yang bekerja sebagai tenaga profesional, manajer, administrasi dan teknisi. Meskipun begitu, sumbangan perempuan terhadap pendapatan meningkat 1,30% dari 29,07% di tahun 2016 menjadi 29,4% pada 2017.

Penurunan keterlibatan perempuan di parlemen disebabkan oleh adanya pergantian antar waktu anggota DPRD dari anggota perempuan menjadi laki-laki, sehingga persentasenya sebesar 22%. Persentase ini masih lebih rendah dibandingkan dengan yang dipersyaratkan dalam Undang-Undang (UU) No.12 Tahun 2003 tentang Pemilihan Umum Anggota Dewan Perwakilan Rakyat (DPR), Dewan Perwakilan Daerah (DPD), Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD). Aturan ini menyatakan bahwa kuota perempuan untuk dapat berpartisipasi dalam politik sekurang-kurangnya 30% (Diana, 2018). Angka 30% dianggap sebagai *critical mass* dan disepakati sebagai jumlah minimal agar kepentingan perempuan lebih diakomodasikan dalam kebijakan publik (Indraswari, 2009).

Komponen persentase perempuan bekerja sebagai tenaga profesional juga mengalami fluktuasi setiap tahunnya. Keterlibatan perempuan sebagai pekerja tenaga profesional merupakan bagian dari aktivitas perempuan di ruang publik. Sektor publik ini lebih identik dengan karakter maskulin yang tegas, berani, cekatan dan cepat dalam mengambil keputusan, sehingga dikatakan bahwa sektor publik merupakan domain laki-laki (Nofianti, 2016). Data BPS menunjukkan partisipasi perempuan dalam aktivitas ekonomi, yang ditunjukkan dengan Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja (TPAK) kondisi Agustus 2017 sebesar 43,89% (Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Barat, 2018c). Jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya,

terjadi peningkatan sebesar 3,59 poin (*percentage point*) dari TPAK Agustus 2016 yang mencapai 40,30%.

Dari total 43,99% perempuan usia 15 tahun ke atas yang tergolong angkatan kerja, 91,38% di antaranya berstatus bekerja (Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Barat, 2018c). Selanjutnya, sekitar 41,60% penduduk perempuan Jawa Barat yang bekerja pada Agustus 2017 bekerja dengan status sebagai tenaga profesional. Persentase perempuan sebagai tenaga profesional ini berfluktuasi setiap tahunnya. Pada tahun 2013 persentasenya mencapai 38,44%, kemudian meningkat menjadi 40,22% pada tahun 2014. Di tahun 2015 persentasenya turun menjadi 40,00% dan naik kembali di tahun berikutnya menjadi 42,27%. Pada tahun 2017, proporsinya kembali menurun menjadi 41,60%. Kondisi ini menunjukkan masih adanya permasalahan gender pada sektor formal. Hal ini utamanya tercermin dari situasi banyaknya jabatan perempuan yang berada di lapisan bawah atau lebih rendah dibanding jabatan laki-laki. *Stereotype* yang terjadi di tempat kerja yang menganggap bahwa perempuan lebih memiliki tingkat emosional yang tinggi sehingga tidak cocok bila dipekerjakan sebagai pimpinan bisa jadi menjadi alasan yang menyebabkan kondisi ini (Nofianti, 2016). Pada akhirnya, masalah rendahnya jabatan ini akan berimplikasi pada rendahnya tingkat pendapatan perempuan.

Pada tahun 2017, persentase sumbangan pendapatan mencapai 29,45%. Jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya, komponen ini menunjukkan adanya tren meningkat antartahun. Walaupun persentasenya hanya sepertiga total pendapatan keluarga. Kontribusi yang kurang dari 50% total pendapatan keluarga ini menunjukkan bahwa sumbangan pendapatan perempuan terhadap pendapatan keluarga termasuk kategori kecil (Samadi, 2001). Segala ketertinggalan tersebut menggambarkan bahwa perempuan masih belum berdaya (Alfana dkk., 2015).

**Pengaruh kualitas hidup perempuan terhadap Angka Harapan Hidup**

Dalam pengujian regresi liner berganda, tahap pertama yang perlu dilakukan adalah pengujian terkait autokorelasi, multikolinearitas, heteroskedastisitas, dan normalitas.

1. Uji Autokorelasi

Pengujian autokorelasi dapat dilakukan melalui uji Durbin Watson. Tabel 1 menunjukkan nilai Durbin Watson sebesar 1,856. Pada selang Durbin-Watson 1,56 sampai 2,46 tidak terjadi masalah autokorelasi (Firdaus, 2004). Dapat disimpulkan bahwa tidak ada autokorelasi dalam model.

2. Uji Multikolinearitas

Pengujian asumsi multikolinearitas dilakukan dengan melihat nilai *Variance Inflation Factor* (VIF). Berdasarkan Tabel 1, nilai VIF semua variabel kurang dari 10, sehingga dapat disimpulkan tidak ada pelanggaran asumsi multikolinearitas pada model (Marseva dkk., 2016).

3. Uji Heteroskedastisitas

Asumsi heterokedastisitas dapat diuji dengan melihat sebaran pada *scatterplot* antara *standardized predicted value* (ZPRED) dengan *studentized residual* (SRESID). Gambar 6 menunjukkan bahwa titik-titik pada *scatterplot* menyebar sehingga dapat disimpulkan tidak terjadi masalah heterokedastisitas pada model.

4. Uji Normalitas

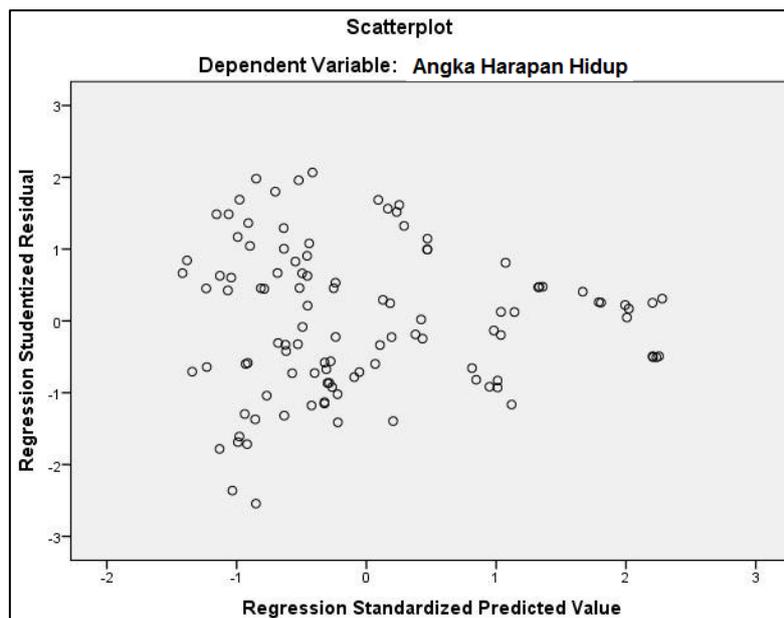
Hasil analisis menunjukkan nilai Asymp. Sig. (2-tailed) sebesar 0,195. Nilai tersebut lebih besar dibandingkan taraf nyata yang digunakan dalam model sebesar 10%. Hal ini menunjukkan bahwa data menyebar normal.

Hasil pengolahan data menunjukkan variabel rata-rata lama sekolah perempuan, pengeluaran per kapita perempuan yang disesuaikan dan perempuan yang bekerja sebagai tenaga profesional, manajer, administrasi dan teknisi secara signifikan memengaruhi angka harapan hidup. Koefisien determinasi ( $R^2$ ) sebesar 0,646 (Tabel 1) menunjukkan secara simultan ketiga variabel bebas nyata memengaruhi variabel tak bebas. Artinya sebanyak 64,6% faktor penopang angka harapan hidup di Jawa Barat dapat dijelaskan oleh variabel rata-rata lama sekolah perempuan, pengeluaran per kapita perempuan yang disesuaikan, dan perempuan bekerja sebagai tenaga profesional, manajer, administrasi dan teknis, sedangkan sisanya dijelaskan oleh variabel lainnya. Oleh karena itu, perlu terus diupayakan peningkatan kualitas hidup perempuan terutama dari aspek pendidikan dan ekonomi untuk memberikan ruang dan akses perempuan meningkatkan harapan hidup masyarakat.

Model persamaan yang dihasilkan adalah :

$$AHH = 0,474RLS\_P + 0,402PPP\_P - 0,112TK\_P + e$$

Gambar 6. *Scatterplot* Angka Harapan Hidup (AHH)



Tabel 1. Hasil estimasi faktor-faktor yang memengaruhi Angka Harapan Hidup (AHH)

Variabel	Koefisien	T-Stat	p-Value	VIF
Konstan		98,532	0,000	
RLS_P	0,474	4,764	0,000*	2,904
PPP_P	0,402	4,235	0,000*	2,647
TK_P	-0,112	-1,784	0,077**	1,160
$R^2$	0,646			
$R^2$ adjusted	0,635			
Durbin Watson	1,856			
Assymp Sig (2-tailed)	0,195			

Keterangan : \*\* signifikan pada taraf 10%

Persamaan menunjukkan bahwa :

1. Variabel RLS perempuan memiliki korelasi positif dengan AHH, dengan nilai *p-value* sebesar 0,000 ( $p < 0,001$ ). Artinya secara nyata RLS perempuan memengaruhi AHH. Jika RLS perempuan meningkat 1 tahun, maka AHH akan meningkat 0,474 tahun dengan asumsi variabel lain bersifat konstan (*ceteris paribus*).
2. Variabel pengeluaran per kapita perempuan memiliki korelasi positif dengan AHH. dengan nilai *p-value* sebesar 0,000 ( $p < 0,001$ ). Artinya secara nyata pengeluaran per kapita perempuan yang disesuaikan memengaruhi AHH. Jika pengeluaran per kapita perempuan yang disesuaikan meningkat 1000, maka AHH akan meningkat 0,402 tahun dengan asumsi variabel lain bersifat konstan (*ceteris paribus*).
3. Variabel perempuan bekerja sebagai tenaga profesional, manajer, administrasi dan teknisi memiliki korelasi negatif, nilai *p-value* sebesar 0,077 (10%). Artinya perempuan bekerja sebagai tenaga profesional, manajer, administrasi dan teknisi memengaruhi AHH. Jika perempuan bekerja sebagai tenaga profesional, manajer, administrasi dan teknisi meningkat 1%, maka AHH akan turun sebesar 0,112 tahun dengan asumsi variabel lain bersifat konstan (*ceteris paribus*). Namun, pengaruh tersebut tidak signifikan secara statistik ( $p > 0,05$ ) (Tabel 1). Kondisi ini menunjukkan bahwa tidak selamanya pemberdayaan perempuan dalam konteks kesetaraan dalam akses pekerjaan memiliki dampak positif terhadap kelangsungan hidupnya. Jika perempuan bekerja di sektor pekerjaan yang tidak kondusif terhadap pemeliharaan kesehatannya,

misalnya di sektor konstruksi dengan kondisi tidak standar, bisa jadi malah mempunyai dampak negatif terhadap kesehatan dan kelangsungan hidupnya.

Pengaruh kualitas hidup perempuan di Jawa Barat secara signifikan memengaruhi AHH di Jawa Barat. Situasi ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa tingkat pendidikan ibu memegang peranan penting bagi kesehatan keluarga (Syartika, 2009) dan pengeluaran per kapita yang disesuaikan berpengaruh signifikan terhadap AHH (Rakhmawati, 2011).

Kondisi ini memberikan gambaran pentingnya peran perempuan Jawa Barat dalam upaya peningkatan kualitas kesehatan masyarakat. Walaupun perempuan memiliki berbagai peran dan pilihan karir di dalam pekerjaan, perempuan tetap memiliki peran utama yang sangat penting dalam kesehatan keluarga, yang secara agregat juga berpengaruh pada kesehatan masyarakat. Bagi perempuan sendiri, peningkatan perilaku sehat diperlukan agar bisa menjaga kesehatan dirinya, sekaligus mampu menyampaikan pesan kesehatan kepada pasangan dan membiasakan pola hidup sehat di keluarganya. Lebih jauh, kesehatan perempuan (calon ibu) saat kehamilan menentukan kesehatan bayi penerus keluarga yang dilahirkannya (Kementerian Kesehatan, 2018).

Peningkatan akses dan kontrol perempuan terhadap kesehatan, pendidikan, dan ekonomi perlu terus diupayakan. Ketika perempuan memiliki keleluasaan dalam menentukan pilihan dan pengambilan keputusan terkait kesehatan, pendidikan dan aktivitasnya dalam ekonomi, maka derajat kesehatan dapat ditingkatkan secara signifikan. Perempuan yang memiliki kedudukan, posisi maupun kewenangan dalam

pengambilan keputusan memegang peran penting dalam rumah tangga. Hasil analisis pada kajian ini menunjukkan bahwa kondisi berbeda terjadi di Jawa Barat pada periode 2013-2017. Hal ini dikarenakan keterlibatan perempuan sebagai pekerja profesional, manajer, administrasi dan teknis berkorelasi negatif dengan peningkatan angka harapan hidup.

## KESIMPULAN

Berdasarkan hasil dan pembahasan terlihat bahwa kualitas hidup perempuan memiliki pengaruh signifikan terhadap angka harapan hidup di Jawa Barat. Sebanyak 64,6% angka harapan hidup dapat dijelaskan oleh rata-rata lama sekolah perempuan, pengeluaran per kapita perempuan yang disesuaikan dan perempuan yang bekerja sebagai tenaga profesional, manajer, administrasi dan teknis. Sisanya sebanyak 35,4% dijelaskan oleh variabel-variabel lainnya.

Perlu dilakukan penelitian lanjutan yang lebih mendalam untuk menggali lebih lanjut determinan yang memengaruhi status kesehatan masyarakat di Jawa Barat. Penelitian dilanjutkan menggunakan pendekatan kualitatif agar memberikan nuansa dan konteks pemahaman hubungan antara kualitas hidup perempuan dengan AHH di Jawa Barat. Hal ini menunjukkan pentingnya penggunaan *mixed methods* dalam riset demografi kesehatan.

Bagi pemangku kebijakan, berbagai upaya perlu dilakukan untuk memastikan kehidupan yang sehat dan mendukung kesejahteraan bagi semua untuk semua usia. Untuk mempercepat capaian tujuan SDGs ketiga, perlu dilakukan peningkatan pengetahuan perempuan hamil tentang perawatan kehamilan dan kelahiran aman di fasilitas kesehatan. Peningkatan kompetensi SDM melalui pendidikan serta akses dan kontrol perempuan akan sumber daya ekonomi, baik pekerjaan maupun pendapatan perlu terus diupayakan. Hasil studi ini dapat digunakan sebagai bahan masukan atau memperkuat teori yang sudah ada, sehingga upaya peningkatan kualitas hidup perempuan di Jawa Barat dapat dirancang dan diimplementasikan dengan lebih baik.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alfana, M. A. F., Fauzan A, D., Laksmyasri, W., & Rahmaningtias, A. (2015). *Dinamika pembangunan manusia berbasis gender di Indonesia*. Prosiding Seminar Nasional Geografi UMS 2015, Surakarta. <https://doi.org/10.31227/osf.io/v6uey>
- Ananta, A., & Hatmadji, S. H. (1985). *Mutu modal manusia: Suatu analisis pendahuluan*. Lembaga Demografi Fakultas Ekonomi UI.
- Badan Pusat Statistik. (2016). *Profil penduduk Indonesia hasil SUPAS 2015*. Badan Pusat Statistik.
- \_\_\_\_\_. (2017). *Indikator kesejahteraan rakyat 2016*. Badan Pusat Statistik.
- \_\_\_\_\_. (2018). *Indeks pembangunan manusia 2017*. Badan Pusat Statistik.
- Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Barat. (2017). *Statistik kesejahteraan rakyat Provinsi Jawa Barat 2017*. Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Barat.
- \_\_\_\_\_. (2018a). *Indeks pembangunan manusia Provinsi Jawa Barat 2017*. Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Barat.
- \_\_\_\_\_. (2018b). *Indikator kesejahteraan rakyat Provinsi Jawa Barat 2018*. CV Adiatama.
- \_\_\_\_\_. (2018c). *Keadaan angkatan kerja Provinsi Jawa Barat Agustus 2017*. Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Barat.
- Bappenas. (2012). *Indeks kesetaraan dan keadilan gender (IKKG) & indikator kelembagaan pengarusutamaan gender (IKPUG): Kajian awal*. Direktorat Kependudukan, Pemberdayaan Perempuan, dan Perlindungan Anak, Kedeputusan Bidang Sumber Daya Manusia dan Kebudayaan.
- BKKBN, BPS, & Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. (2018). *Survei demografi dan kesehatan Indonesia 2017 Provinsi Jawa Barat*. BKKBN.
- Chioda, L., Garcia-Verdú, R., & Boudet, A. M. M. (2011). *Work and family: Latin American women in search of new balance*. Office of the Chief Economist and Poverty Gender Group, LAC, World Bank.
- Diana, R. (2018). Analisis ketimpangan gender di Provinsi Sumatera Barat. *Jurnal Kependudukan Indonesia*, 13(1), 55-66. <https://doi.org/10.14203/jki.v13i1.303>

- Firdaus, M. (2004). *Ekonometrika: Suatu pendekatan aplikatif*. Bumi Aksara.
- Galitsya, T. M. (2017). *Kualitas hidup perempuan berdasarkan dimensi kesetaraan gender di Indonesia dengan pendekatan PLS Prediction Orientation Segmentation (PLS-POS)* [Tesis Master, Institut Teknologi Sepuluh November, Surabaya]. ITS Repository. <http://repository.its.ac.id/2258/7/1315201711-Master-Theses.pdf>
- Indraswari. (2009). Perempuan dan kemiskinan. *Jurnal Analisis Sosial*, 14(2), 40-52. <https://www.neliti.com/id/publications/545/perempuan-dan-kemiskinan>
- Kementerian Kesehatan. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 97 tentang Pelayanan Kesehatan Kehamilan*. <http://kesga.kemkes.go.id/images/pedoman/PMK%20No.%2097%20ttg%20Pelayanan%20Kesehatan%20Kehamilan.pdf>
- Kementerian Kesehatan. (2018). *Tingkatkan peran pekerja perempuan dalam mewujudkan keluarga yang sehat*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Anak & Badan Pusat Statistik. (2017). *Pembangunan manusia berbasis gender*. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Anak.
- Kementerian PPN/Bappenas, BPS & UNFPA. (2013). *Proyeksi penduduk Indonesia 2010 - 2035*. Badan Pusat Statistik.
- Kementerian PPN/Bappenas. (2017). *Pedoman penyusunan rencana aksi Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB) / Sustainable Development Goals (SDGs)*. Kementerian PPN/Bappenas.
- Kementerian PPN/Bappenas & UNICEF. (2017). *Laporan baseline SDGs tentang anak-anak di Indonesia*. Kementerian PPN/Bappenas dan UNICEF.
- Khayati, E. Z. (2008). Pendidikan dan independensi perempuan. *Musawa Jurnal Studi Gender dan Islam*, 6(1), 19-35. <https://doi.org/10.14421/musawa.2008.61.19-35>
- Körreveski, K. (2011). Measuring well-being and quality of life using OECD indicators. *Quarterly Bulletin of Statistics Estonia*, 4(11), 38-44. <https://www.stat.ee/dokumendid/64160>
- Marseva, A. D., Putri, E. I. K., & Ismail, A. (2016). Analisis faktor resiliensi rumah tangga petani dalam menghadapi variabilitas iklim. *Jurnal Ekonomi dan Pembangunan Indonesia*, 17(1), 15-27. <https://doi.org/10.21002/jepi.v17i1.632>
- Mehra, R. (1997). Women, empowerment, and economic development. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 54(1), 136-149. <https://doi.org/10.1177/0002716297554001009>
- Nofianti, L. (2016). Perempuan di sektor publik. *Marwah Jurnal Perempuan, Agama dan Jender*, 15(1), 51-61. <http://dx.doi.org/10.24014/marwah.v15i1.2635>
- Nurhapipa, Z. S. (2015). Faktor yang mempengaruhi ibu dalam memilih penolong persalinan di Puskesmas XIII Koto Kampar I. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 2(6), 283-288. <http://jurnal.htp.ac.id/index.php/keskom/article/download/90/74/>
- Nurhidayanti, S., Margawati, A., & Kartasurya, M. I. (2018). Kepercayaan masyarakat terhadap penolong persalinan di wilayah Halmahera Utara. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 13(1), 46-60. <https://doi.org/10.14710/jpki.13.1.46-60>
- Nurhidayati, S. E. (1999). Profil kedudukan dan peran wanita di bidang ekonomi, kesehatan, dan keluarga berencana di Kabupaten Gresik. *Masyarakat, Kebudayaan dan Politik*, XII(3), 31-42. <http://journal.unair.ac.id/downloadfullpapers-04-Endah.pdf>
- Perls, T. & Fretts, R. (1998). *Why women live longer than men*. [https://www.cmu.edu/CSR/case\\_studies/women\\_live\\_longer.html](https://www.cmu.edu/CSR/case_studies/women_live_longer.html)
- Rahman, A. (2016). Hubungan pengetahuan dan sikap ibu dengan pertolongan persalinan pada tenaga kesehatan di Desa Lolu Kecamatan Biromaru Kabupaten Sigi. *Jurnal Kesehatan Tadulako*, 2(2), 1-72. <http://jurnal.untad.ac.id/jurnal/index.php/HealthyTadulako/article/view/8328/6609>
- Rakhmawati, D. P. (2011). *Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi angka harapan hidup di Provinsi Jawa Barat, 2007-2009* [Tesis Master, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta]. [http://etd.repository.ugm.ac.id/home/detail\\_pencarian/53356](http://etd.repository.ugm.ac.id/home/detail_pencarian/53356)
- Rao, S. V. (2014). Economic development, women's social and economic empowerment and reproductive health in rural India. *Asian Population Studies*, 10(1), 4-22. <https://doi.org/10.1080/17441730.2013.840083>
- Samadi, B. (2001). *Pengantar ekonomi sumber daya manusia*. Graha Ilmu.

- Sarumpaet, S. M., Tobing, B. L., & Siagian, A. (2012). Perbedaan pelayanan kesehatan ibu dan Anak di daerah perkotaan dan daerah terpencil. *Kesmas Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 6(4), 147-152. <http://dx.doi.org/10.21109/kesmas.v6i4.91>
- Setyowati, T. L., & Arsanti, T. A. (2015). *Perempuan dan jabatan manajerial dalam organisasi : WFC pada perempuan bekerja*. Prosiding Seminar Nasional Multi Disiplin dan Call for Papers, Universitas Stikubank Semarang. [https://www.unisbank.ac.id/ojs/index.php/sendu/\\_u/article/view/3304/911](https://www.unisbank.ac.id/ojs/index.php/sendu/_u/article/view/3304/911)
- Supranto, J. (2009). *Statistik teori dan aplikasi: Edisi ketujuh*. Erlangga.
- Syartika, R. (2009). *Determinan angka harapan hidup di Provinsi Sumatera Selatan 2005-2007* [Tesis Master, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta]. <https://repository.ugm.ac.id/id/eprint/82726>
- Wisana, I. D. G. K. (2001). Kesehatan sebagai suatu investasi. *Jurnal Ekonomi dan Pembangunan Indonesia*, 1(2), 42-51. <https://doi.org/10.21002/jepi.v1i2.613>

