ISSN 1907-2902
Nomor Akreditasi: 756/AU2/P2MI-LIPI/10/2016

Jurnal
Vol. 13, No. 1, Juni 2018

KEPENDUDUKAN INDONESIA

Reliabilitas dan Validitas Indikator Ketahanan Keluarga di Indonesia
Herien Puspitawati, Tin Herawati dan Ma'mun Sarma

Minilik Ulang Arti Keluarga pada Masyarakat Indonesia
Amorisa Wiratri

Dinamika Pemakaian Kontrasepsi Modern di Indonesia (Analisis Data Susenas 2015)
Mario Ekoriano dan Firma Novita

Determinan Perilaku Kesehatan Ibu pada Masa Kehamilan: Kasus Kota Medan
Yuly Astuti dan Widayatun

Analisis Ketimpangan Gender di Provinsi Sumatera Barat
Rita Diana

Penduduk dan Akses Air Bersih di Kota Semarang
Fadjri Alihar

Jurnal KEPENDUDUKAN INDONESIA Vol. 13 No. 1, Juni 2018

LIPI

LEMBAGA ILMU PENGETAHUAN INDONESIA

Jurnal Kependudukan Indonesia	Vol. 13	No. 1	1- 76	Jakarta, Juni 2018	ISSN 1907-2902

ISSN 1907-2902

JURNAL KEPENDUDUKAN INDONESIA

Jurnal Kependudukan Indonesia merupakan media informasi, komunikasi, dan pertukaran pemikiran mengenai masalah-masalah kependudukan, ketenagakerjaan dan ekologi manusia. Jurnal ini merupakan *peer-reviewed* jurnal Pusat Penelitian Kependudukan, Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (PPK-LIPI) yang diterbitkan dua kali dalam setahun. Artikel dapat berupa hasil penelitian, gagasan konseptual, tinjauan buku, dan jenis tulisan ilmiah lainnya yang ditulis dalam bahasa Inggris atau bahasa Indonesia.

Penanggung Jawab Prof. Dr. Aswatini, MA
Pemimpin Redaksi Dra. Mita Noveria, MA
Dewan Redaksi
Dra. Titik Handayani, M.Si
Widayatun, SH, MA
Dra. Ade Latifa, M.Hum
Zainal Fatoni, MPH
Vanda Ningrum, MGM
Meirina Ayumi Malamassam, S.Si, M.Sc, MSR
Laksmi Rachmawati, S.E, M.Ec.Dev
Intan Adhi Perdana Putri, M.Si
Puguh Prasetyoputra, M.H.Econ
Puji Hartana, S.Sos

Mitra Bestari
Prof. Gavin W. Jones, Ph.D., National University of Singapore, Singapore
Prof. Haruo Kuroyanagi, Sugiyama Jogakuen University, Japan
Prof. Terence H. Hull, Ph.D., Australian National University, Australia
Prof. Ben White, Ph.D, Institute of Social Studies, Erasmus University, Rotterdam, Netherland
Prof. Yoshifumi Azuma, Ph.D, Associate Professor, School of Human and Social Sciences, Ibaraki National University, Japan
Haidong Wang, Ph.D, Assistant Professor, Institute of Health Metrics and Evaluation, Department of Global Health, University of Washington, United States
Dr. L.G.H. Laurens Bakker, Assistant Professor, Faculty of Social and Behavioural Sciences, University of Amsterdam, Netherlands
Salahudin Muhidin, Ph.D, Faculty of Business and Economics, Macquarie University, Australia
Dr. Triarko Nurlambang, Universitas Indonesia, Indonesia
Dr. Irwan M. Hidayana, Fakultas FISIP, Universitas Indonesia, Indonesia
Dr. Wendy Hartanto, Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN)
Dr. Drs. Semiarti Aji Purwanto, M.Si, Universitas Indonesia, Indonesia
Sri Irianti, SKM, M.Phil, Ph.D, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Indonesia
Evi Nurvidya Arifin, Ph.D, Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Indonesia, Indonesia
Amich Alhumami, MA, M.Ed, Ph.D, Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas), Indonesia
Dr. Drs. Chotib M.Si, Lembaga Demografi, Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Indonesia, Indonesia
Dr. dr. Sabarinah B. Prasetyo, M.Sc, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Indonesia
Sukamdi, M.Sc, Ph.D, Fakultas Geografi, Universitas Gadjah Mada, Indonesia
Dr. Edy Priyono, ME, Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Indonesia, Indonesia
Prof. Drs. Heru Santosa, M.S, Ph.D, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara, Indonesia
Dr. Hardius Usman, Sekolah Tinggi Ilmu Statistik, Indonesia
Dr. Tiodora Hadumaon Siagian, Sekolah Tinggi Ilmu Statistik, Indonesia
Dr. Sri Sunarti Purwaningsih, Pusat Penelitian Kebudayaan dan Kemasyarakatan LIPI, Indonesia
Dr. Makmuri Sukarno, MA, Pusat Penelitian Kependudukan LIPI, Indonesia
Dr. Augustina Situmorang, MA, Pusat Penelitian Kependudukan LIPI, Indonesia
Drs. Soewartoyo, MA, Pusat Penelitian Kependudukan LIPI, Indonesia
Dr. Deny Hidayati, MA, Pusat Penelitian Kependudukan LIPI, Indonesia
Dr. Djoko Hartono, Konsultan Bank Dunia, Indonesia
Dr. Zuzy Anna, Padjajaran University, Indonesia
Dra. Wati Hermawati, M.Hum., Pusat Penelitian Perkembangan IPTEK-LIPI
Dr. Dyah Rahmawati Hizabaron, Universitas Gadjah Mada, Indonesia
Helena Rea, MA, BBC Media Action

Alamat Redaksi
Pusat Penelitian Kependudukan,
Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia
Widya Graha LIPI, lantai X
Jl. Jenderal Gatot Subroto No. 10 Jakarta Selatan 12190-Indonesia
Tromol Pos 250/JKT 1002,
Telp. +62 21 5207205, 5225711, 5251542 Pes/ext. 2106
Fax: +62 21 5207205
E-mail: jurnalkependudukanindonesia@mail.lipi.go.id
Website: http://ejurnal.kependudukan.lipi.go,id;
www.kependudukan.lipi.go.id

Penerbit
Pusat Penelitian Kependudukan,
Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia
Widya Graha LIPI, lantai X
Jl. Jenderal Gatot Subroto No. 10 Jakarta Selatan 12190-Indonesia
Telp. +62 21 5207205, 5225711, 5251542 Pes/ext. 2106

JURNAL KEPENDUDUKAN INDONESIA

Vol 13, No 1, Juni 2018

Reliabilitas dan Validitas Indikator Ketahanan Keluarga di Indonesia
Herien Puspitawati, Tin Herawati dan Ma'mun Sarma

Minilik Ulang Arti Keluarga pada Masyarakat Indonesia
Amorisa Wiratri

Dinamika Pemakaian Kontrasepsi Modern di Indonesia
(Analisis Data Susenas 2015)
Mario Ekoriano dan Firma Novita

Determinan Perilaku Kesehatan Ibu pada Masa Kehamilan:
Kasus Kota Medan
Yuly Astuti dan Widayatun

Analisis Ketimpangan Gender di Provinsi Sumatera Utara
Rita Diana

Penduduk dan Akses Air Bersih di Kota Semarang
Fadjri Alihar

LEMBAGA ILMU PENGETAHUAN INDONESIA

ISSN 1907-2902

JURNAL KEPENDUDUKAN INDONESIA

Volume 13 Nomor 1 Tahun 2018

DAFTAR ISI

Reliabilitas dan Validitas Indikator Ketahanan Keluarga di Indonesia 1-14
Herien Puspitawati, Tin Herawati dan Ma'mun Sarma

Minilik Ulang Arti Keluarga pada Masyarakat Indonesia 15-26
Amorisa Wiratri

Dinamika Pemakaian Kontrasepsi Modern di Indonesia
(Analisis Data Susenas 2015) 27-38
Mario Ekoriano dan Firma Novita

Determinan Perilaku Kesehatan Ibu pada Masa Kehamilan:
Kasus Kota Medan 39-54
Yuly Astuti dan Widayatun

Analisis Ketimpangan Gender di Provinsi Sumatera Barat 55-66
Rita Diana

Penduduk dan Akses Air Bersih di Kota Semarang 67-76
Fadjri Alihar

JURNAL KEPENDUDUKAN INDONESIA

Vol. 13, No. 1, Juni 2018

Herien Puspitawati, Tin Herawati, dan Ma'mun Sarma

RELIABILITAS DAN VALIDITAS INDIKATOR KETAHANAN KELUARGA DI INDONESIA

Jurnal Kependudukan Indonesia

Vol.13, No. 1, Juni 2018, Hal 1-14

Ketahanan keluarga dibutuhkan untuk membantu anggota keluarga dalam menghadapi tantangan dan mencegah risiko permasalahan di sekeliling mereka. Meskipun konsep ketahanan keluarga telah dicantumkan dalam UU No. 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, belum tersedia indikator universal untuk mengetahui gambaran tingkat ketahanan keluarga di Indonesia. Artikel ini bertujuan untuk (i) menganalisis perbedaan kategori ketahanan keluarga utuh dan keluarga tunggal; (ii) menguji reliabilitas dan validitas indikator ketahanan keluarga; dan (iii) menganalisis pengaruh struktur keluarga terhadap ketahanan keluarga. Kajian ini menggunakan data survei Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI & Pusat Kajian Gender dan Anak LPPM-IPB tahun 2015 di Kabupaten Bogor. Dari hasil uji statistik, indikator ketahanan keluarga dalam kajian ini termasuk reliabel dan valid. Di samping itu, keluarga utuh menunjukkan kondisi ketahanan keluarga yang lebih baik dibandingkan keluarga tunggal, pada tiap komponen maupun secara total. Dapat dikatakan, struktur keluarga berpengaruh signifikan terhadap ketahanan keluarga total. Kajian ini merekomendasikan uji validasi indikator ketahanan keluarga dengan cakupan yang lebih luas serta melihat berbagai perbedaan kondisi demografi dan kondisi sosial ekonomi wilayah.

Kata Kunci: reliabilitas, validitas, kekuatan keluarga, indikator ketahanan keluarga

Amorisa Wiratri

MENILIK ULANG ARTI KELUARGA PADA MASYARAKAT INDONESIA

Jurnal Kependudukan Indonesia

Vol.13, No. 1, Juni 2018, Hal 15-26

Saat ini, dinamika sosial di dunia berkembang sangat pesat. Hal yang sama juga terjadi dalam kehidupan masyarakat Indonesia, termasuk lingkup yang paling kecil yaitu keluarga. Studi ini bertujuan untuk menjawab apakah definisi keluarga yang sekarang ini digunakan oleh pemerintah Indonesia masih relevan untuk menggambarkan kondisi masyarakat di negara ini. Studi ini menggunakan kajian literatur sebagai sumber data utama dan pendekatan antropologi sebagai pisau analisis. Tulisan ini menyajikan pembahasan terkait dinamika keluarga yang terjadi di Indonesia, keluarga dan perkawinan, keluarga terpisah jarak, serta keluarga dan budaya Indonesia. Sebagai kesimpulan, bahwa konsep keluarga di Indonesia tidak lagi dapat dibatasi oleh struktur, lokasi, dan pembagian peran. Oleh karena itu, pemerintah perlu melakukan tinjauan ulang tentang konsep keluarga yang lebih elastis terhadap keragaman dan mempertimbangkan berbagai konteks dan pengalaman individu.

Kata Kunci: konsep keluarga, perkawinan, budaya

Mario Ekoriano dan Firma Novita

DINAMIKA PEMAKAIAN KONTRASEPSI MODERN DI INDONESIA (ANALISIS DATA SUSENAS 2015)

Jurnal Kependudukan Indonesia

Vol.13, No. 1, Juni 2018, Hal 27-38

Data pemakaian metode kontrasepsi diperlukan untuk mengevaluasi penggunaan kontrasepsi dan perencanaan kebutuhannya di masa mendatang. Oleh karena itu, penggantian metode kontrasepsi dan faktor-faktor yang memengaruhi penggunaan metode kontrasepsi tertentu menjadi penting untuk diperhatikan. Studi ini bertujuan untuk mengetahui dinamika dan alur perpindahan pemakaian kontrasepsi modern di Indonesia, baik metode kontrasepsi jangka panjang maupun jangka pendek. Studi ini menggunakan data Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) tahun 2015, khususnya yang terkait dengan pemakaian kontrasepsi pada pasangan usia subur (PUS) berusia 15-49 tahun. Teknik analisis yang digunakan dalam kajian ini adalah statistik deskriptif dan inferensial. Hasil analisis menunjukkan adanya pergeseran pemakaian kontrasepsi yang sebelumnya lebih didominasi metode jangka pendek menjadi metode jangka panjang, terutama oleh PUS dengan jumlah anak sedikit. Kajian ini juga menemukan adanya korelasi antara metode pemakaian kontrasepsi dan jumlah anak yang telah dilahirkan oleh PUS. Perubahan pola pikir PUS terkait jumlah anak yang akan dilahirkan umumnya menjadi pertimbangan peralihan pemakaian kontrasepsi jangka panjang, seperti metode kontrasepsi MOW, MOP, IUD, dan implan.

Kata Kunci: Metode kontrasepsi, Pemakaian kontrasepsi, Indonesia, Analisis Susenas 2015

Yuly Astuti dan Widayatun

DETERMINAN PERILAKU KESEHATAN IBU PADA MASA KEHAMILAN: KASUS KOTA MEDAN

Jurnal Kependudukan Indonesia

Vol.13, No. 1, Juni 2018, Hal 39-54

Kematian ibu dan anak masih menjadi isu kesehatan di Indonesia. Perilaku kesehatan selama kehamilan merupakan faktor penting yang menentukan kesehatan ibu dan bayi. Studi ini bertujuan untuk mengkaji perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan di Kota Medan dan menganalisis determinan sosial yang memengaruhinya. Pengumpulan data kuantitatif dilakukan dengan menggunakan metode survei terhadap 400 rumah tangga di 20 kelurahan di Kota Medan, Provinsi Sumatera Utara. Kajian ini menemukan bahwa 49% responden memiliki perilaku baik selama masa kehamilan, sedangkan responden yang memiliki perilaku sedang dan kurang baik selama masa kehamilan, masing-masing sebesar 22% dan 29%. Model regresi logistik ordinal menghasilkan pendidikan suami, kepemilikan asuransi, kualitas pelayanan, dan otonomi keuangan rumah tangga sebagai determinan sosial perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan. Berbagai faktor memengaruhi perilaku kesehatan ibu selama masa kehamilan, baik yang berasal dari sisi pengguna maupun penyedia layanan kesehatan. Oleh karena itu, agar dapat memperbaiki perilaku kesehatan ibu selama masa kehamilan, peningkatan pemahaman ibu mengenai pentingnya pemeriksaan kehamilan penting untuk diperhatikan. Penyedia layanan kesehatan perlu pula menjamin kualitas pelayanan kesehatan yang mereka sediakan.

Kata Kunci: perilaku kesehatan ibu, masa kehamilan, determinan sosial, Kota Medan.

Rita Diana

ANALISIS KETIMPANGAN GENDER DI PROVINSI SUMATERA BARAT

Jurnal Kependudukan Indonesia

Vol.13, No. 1, Juni 2018, Hal 55-66

Isu pemberdayaan perempuan telah menjadi agenda pembangunan penting, baik di tingkat nasional maupun internasional. Meskipun begitu, kaum perempuan sulit untuk berdaya secara optimal jika ketimpangan gender masih ditemui pada aspek-aspek penting dalam proses pembangunan. Artikel ini bertujuan untuk mengetahui kabupaten/kota yang memiliki tingkat ketimpangan gender tinggi di Provinsi Sumatera Barat. Kajian ini menggunakan metode biplot untuk menganalisis data Indeks Pemberdayaan Gender (IDG) tahun 2015. Metode ini mengategorikan kabupaten/kota di Sumatera Barat menjadi tiga kelompok berdasarkan variabel-variabel pembentuk IDG. Dari ketiga kelompok tersebut, kelompok pertama memiliki karakteristik yang menonjol yaitu masih tingginya ketimpangan gender dalam hal kedudukan perempuan dan laki-laki sebagai tenaga profesional, manajer, administrasi, teknisi, serta keterwakilan dalam parlemen. Sementara itu, kelompok kedua dicirikan dengan sumbangan perempuan dalam pendapatan dan keterwakilan perempuan dalam parlemen yang tergolong kategori sedang. Selanjutnya, kelompok ketiga memiliki kekhasan yaitu tingginya keterwakilan perempuan dalam parlemen. Hasil analisis dengan menggunakan metode biplot menunjukkan variabilitas sebesar 99,94% dan nilai STRESS sebesar 15,98%. Nilai ini mengindikasikan bahwa hasil kajian ini cukup cocok dengan kondisi sebenarnya.

Kata Kunci: metode biplot, ketimpangan gender, pemberdayaan gender

Fadjri Alihar

PENDUDUK DAN AKSES AIR BERSIH DI KOTA SEMARANG

Jurnal Kependudukan Indonesia

Vol.13, No. 1, Juni 2018, Hal 67-76

Semarang merupakan salah satu kota metropolitan yang terletak di bagian utara pantai Pulau Jawa dengan jumlah penduduk sekitar 1,7 juta jiwa. Kota ini menghadapi dua permasalahan yang terkait dengan air, yaitu banjir yang disebabkan oleh rob dan ketersediaan air bersih. Tulisan ini bertujuan mengkaji akses penduduk terhadap air bersih serta permasalahan yang dihadapi. Sumber data yang digunakan adalah hasil penelitian tim Perkotaan Ekologi Manusia, Pusat Penelitian Kependudukan (P2K) – LIPI pada tahun 2012. Kajian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan pengumpulan data melalui wawancara mendalam dan diskusi kelompok terfokus. Hasil kajian menunjukkan bahwa masyarakat yang tinggal di daerah yang sering dilanda rob tidak dapat memperoleh akses air bersih dan terpaksa harus membeli air untuk memenuhi kebutuhan rumah tangga. Persoalan lainnya adalah tidak semua air tanah di Kota Semarang dapat dimanfaatkan untuk kepentingan air minum karena degradasi lingkungan dan intrusi air laut. Di lain pihak, Perusahaan Daerah Air Minum (PDAM) belum mampu melayani seluruh wilayah Kota Semarang karena masih terbatasnya jaringan. Untuk memenuhi kebutuhan air bersih secara optimal, rekomendasi kebijakan yang disarankan adalah memperkuat institusi PDAM, baik melalui pengembangan kemampuan sumber daya manusia yang terlibat maupun perluasan pembangunan infrastruktur jaringan air bersih di Kota Semarang.

Kata Kunci: penduduk, akses air bersih, lingkungan, Kota Semarang

JURNAL KEPENDUDUKAN INDONESIA

Vol. 13, No. 1, Juni 2018

Herien Puspitawati, Tin Herawati, and Ma'mun Sarma

RELIABILITY AND VALIDITY OF FAMILY RESILIENCE INDICATORS IN INDONESIA

Jurnal Kependudukan Indonesia

Vol.13, No. 1, Juni 2018, Page 1-14

Family resilience is needed to support its members to face challenges and prevent them from risks of the problems around them. Although the concept of family resilience has been mentioned in Law No. 52/2009 on Population Growth and Family Development, universal indicators to understand the level of family resilience have not been available yet. This study aims to (i) analyze the category of family resilience between intact and single families; (ii) test the reliability and validity of family resilience indicators; and (iii) examine the effect of family structure towards family resilience. This paper used data from the study of the Ministry of Women Empowerment and Child Protection in collaboration with the Center for Gender and Children's Studies LPPM-IPB in 2015 in Bogor Regency. Reliability and validity tests indicate family resilience indicators that used in this study are reliable and valid. Also, intact families is more resilient than single families, both of each component and in total. These findings indicate the significant effect of family structure on total family resilience. Future research is recommended to test the validation of a broader scope of family resilience indicators that look at the different demographic and socio-economic conditions of the regions.

Keywords: reliability, validity, family strength, family resilience indicators.

Amorisa Wiratri

REVISITING THE CONCEPT OF FAMILY IN INDONESIAN SOCIETY

Jurnal Kependudukan Indonesia

Vol.13, No. 1, Juni 2018, Page 15-26

Currently, social dynamic is growing fastly. A similar situation can also be seen in Indonesian societies, including in the smallest scale, which is family. This study aims to answer whether the definition of family that is used by the Indonesian government is still relevant to portrait the condition of societies in this country nowadays. This study used literature review as the primary data source and anthropological approach as an analysis tool. This article presents discussions on family dynamics in Indonesia, family and marriage, long distance family, as well as family and Indonesian culture. In conclusion, the family concept in Indonesia should not be constrained by structure, location and gender division. Therefore, Indonesia as a state should construct a more flexible definition of family to adjust community diversity and to shed lights on various family contexts and individual experiences.

Keywords: concept of family, marriage, culture

Mario Ekoriano and Firma Novita

THE DYNAMIC OF MODERN CONTRACEPTIVE USE IN INDONESIA (ANALYSIS OF SUSENAS 2015 DATA)

Jurnal Kependudukan Indonesia

Vol.13, No. 1, Juni 2018, Page 27-38

Data on contraceptive methods use are needed to evaluate the family planning program and contraceptive needs in the future. Therefore, it is important to understand the changing of contraceptive methods' usage and influential factors to choose a certain contraceptive method. This study aims to find out the displacement dynamics of modern contraceptive use in Indonesia, both short term and long term methods. The study analyzed data from the National Socio-economic Survey (Susenas) in 2015 by using descriptive and inferential statistical techniques. The results of the study show a shifting on contraceptive use that was previously dominated by the short-term methods to the long terms ones, mostly by couples of childbearing age with a smaller number of children. This study also found a correlation between the choice of contraceptive method and the number of children ever born to couples of childbearing age. The changes of couples of childbearing age's mindset on the desirable number of children are likely to be considered when deciding to shift to long-term contraceptive methods, such as tubectomy, vasectomy, IUD, and implant.

Keywords: Contraceptive methods, contraceptive use, Indonesia, Susenas 2015 analysis

Yuly Astuti and Widayatun

DETERMINANT OF MATERNAL HEALTH BEHAVIOR DURING PREGNANCY: CASE OF MEDAN CITY

Jurnal Kependudukan Indonesia

Vol.13, No. 1, Juni 2018, Page 39-54

Maternal and child mortality is still considered a health issue in Indonesia. Health behavior during pregnancy is an essential factor that determines the health of mother and baby. This study aims to examine the behavior of maternal health during pregnancy in Medan City and to analyze its important social determinants. Quantitative data collection using a survey of 400 households in 20 urban villages in Medan City, North Sumatera Province. This study found that 49% of respondents had good behaviors during pregnancy, while those with moderate and poor behaviors during pregnancy were 22% and 29%, respectively. Ordinal logistic regression model indicates husband education, insurance ownership, service quality, and household financial autonomy as social determinants of maternal health behavior during pregnancy. Many factors influenced maternal health behavior during pregnancy both from supply and demand side of health services. Thus, to improve maternal health behavior during pregnancy, it is essential to develop the mother's knowledge of the importance of antenatal care. Besides that, health service providers also need to ensure the quality of their health services.

Keywords: maternal health behaviors, pregnancy period, social determinants, Medan City

Rita Diana

GENDER INEQUALITY ANALYSIS IN WEST SUMATERA PROVINCE

Jurnal Kependudukan Indonesia

Vol.13, No. 1, Juni 2018, Page 55-66

The issue of women empowerment has been a critical development agenda, both in national dan international level. However, it would be difficult for women to be empowered if gender inequality still exists in essential aspects in development processes. This article aims to find out regencies/municipalities with high gender inequality in West Sumatera Province. This study employed a biplot method to analyze the 2015 Gender Empowerment Index data. Such method categorized regencies and municipalities in West Sumatra into three groups based on the components of gender empowerment. Of the three groups, the first group has prominent characteristics regarding their gender inequality that shown from high gender imbalances concerning women and men as professionals, managers, administrators and technicians and representation in parliament. Meanwhile, the second group features regions with a medium level of women's contribution to income and women's representation in parliament. Furthermore, the third group is attributed to a high proportion of women in parliament. The results from biplot method analysis show of 99.94% and STRESS score of 15.98%. These values indicate that the results are quite similar to the real condition.

Keywords: biplot method, gender inequality, gender empowerment

Fadjri Alihar

POPULATION AND ACCESS TO CLEAN WATER IN SEMARANG CITY

Jurnal Kependudukan Indonesia

Vol.13, No. 1, Juni 2018, Page 67-76

Semarang is a metropolitan city located in the northern coast of Java Island with about 1.7 million inhabitants. This city encounters two problems concerning with water, namely rob floods and clean water availability. This paper aims to study about access of the population to clean water and the issues faced by the community related to its availability. This study used data from the research conducted by Urban Human Ecology research group, Research Center for Population - LIPI in 2012. This study applied a qualitative approach through interviews and focussed group discussions (FGDs). The results show that people who live in areas that are often hit by rob floods cannot access clean water and have to buy it to fulfil their household needs. Another problem faced in the city is undrinkable groundwater due to environmental degradation and seawater intrusion. On the other side, the regional water company (PDAM) in this city has not been able to serve clean and drinkable water for the entire area of Semarang due to its limited service network. In order to meet the need of water, it is recommended to strengthen the company capabilities through human capital development as well as an expansion of clean water networks in the city.

Key words: population, access to clean water, environment, Semarang City

JURNAL KEPENDUDUKAN INDONESIA

p-ISSN: 1907-2902 (Print)
e-ISSN: 2502-8537 (Online)

RELIABILITAS DAN VALIDITAS INDIKATOR KETAHANAN KELUARGA DI INDONESIA

(*RELIABILITY AND VALIDITY OF FAMILY RESILIENCE INDICATORS IN INDONESIA*)

Herien Puspitawati[1, 2*)], Tin Herawati[2], dan Ma'mun Sarma[3]
[1]Pusat Kajian Gender dan Anak, LPPM – Institut Pertanian Bogor;
[2]Departemen Ilmu Keluarga dan Konsumen, Fakultas Ekologi Manusia – Institut Pertanian Bogor;
[3]Departemen Manajemen, Fakultas Ekonomi dan Manajemen – Institut Pertanian Bogor.

Korespondensi penulis: herien_puspitawati@email.com

Abstract

Family resilience is needed to support its members to face challenges and prevent them from risks of the problems around them. Although the concept of family resilience has been mentioned in Law No. 52/2009 on Population Growth and Family Development, universal indicators to understand the level of family resilience have not been available yet. This study aims to (i) analyze the category of family resilience between intact and single families; (ii) test the reliability and validity of family resilience indicators; and (iii) examine the effect of family structure towards family resilience. This paper used data from the study of the Ministry of Women Empowerment and Child Protection in collaboration with the Center for Gender and Children's Studies LPPM-IPB in 2015 in Bogor Regency. Reliability and validity tests indicate family resilience indicators that used in this study are reliable and valid. Also, intact families is more resilient than single families, both of each component and in total. These findings indicate the significant effect of family structure on total family resilience. Future research is recommended to test the validation of a broader scope of family resilience indicators that look at the different demographic and socio-economic conditions of the regions.

Keywords: *reliability, validity, family strength, family resilience indicators.*

Abstrak

Ketahanan keluarga dibutuhkan untuk membantu anggota keluarga dalam menghadapi tantangan dan mencegah risiko permasalahan di sekeliling mereka. Meskipun konsep ketahanan keluarga telah dicantumkan dalam UU No. 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, belum tersedia indikator universal untuk mengetahui gambaran tingkat ketahanan keluarga di Indonesia. Artikel ini bertujuan untuk (i) menganalisis perbedaan kategori ketahanan keluarga utuh dan keluarga tunggal; (ii) menguji reliabilitas dan validitas indikator ketahanan keluarga; dan (iii) menganalisis pengaruh struktur keluarga terhadap ketahanan keluarga. Kajian ini menggunakan data survei Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI & Pusat Kajian Gender dan Anak LPPM-IPB tahun 2015 di Kabupaten Bogor. Dari hasil uji statistik, indikator ketahanan keluarga dalam kajian ini termasuk reliabel dan valid. Di samping itu, keluarga utuh menunjukkan kondisi ketahanan keluarga yang lebih baik dibandingkan keluarga tunggal, pada tiap komponen maupun secara total. Dapat dikatakan, struktur keluarga berpengaruh signifikan terhadap ketahanan keluarga total. Kajian ini merekomendasikan uji validasi indikator ketahanan keluarga dengan cakupan yang lebih luas serta melihat berbagai perbedaan kondisi demografi dan kondisi sosial ekonomi wilayah.

Kata kunci: reliabilitas, validitas, kekuatan keluarga, indikator ketahanan keluarga

PENDAHULUAN

Tantangan yang dihadapi bangsa Indonesia dalam jangka menengah adalah tercapainya Indonesia Sejahtera tahun 2025. Kondisi ini dapat diwujudkan dengan tercukupinya kebutuhan sandang, pangan, dan rasa aman. Dalam jangka panjang, target pembangunan yang ingin dicapai adalah Generasi Emas tahun 2045 yang akan menjadikan Indonesia sebagai negara unggul dan maju di dunia. Untuk mewujudkan harapan-harapan tersebut perlu persiapan kebijakan yang sistematis, termasuk dalam hal pembangunan sumber daya manusia berkualitas melalui pencapaian pembangunan ketahanan keluarga.

Ketahanan keluarga berperan penting dalam mewujudkan sumber daya manusia yang berkualitas. Keluarga merupakan pilar-pilar penyangga eksistensi suatu bangsa. Apabila pilar-pilar tersebut keropos, bangunan suatu bangsa tidak akan mempunyai landasan yang kokoh. Berbagai kajian menunjukkan banyak masalah sosial ekonomi masyarakat berawal dari masalah keluarga. Keluarga yang tidak berfungsi optimal akan menimbulkan keresahan pada anggota keluarga, yang akhirnya berdampak pada perilaku kurang terpuji. Sebagai contoh, hubungan ayah dan ibu yang tidak harmonis dapat mengakibatkan peran orang tua menjadi tidak optimal. Kondisi ini dapat menyebabkan anak tidak mendapatkan pengasuhan dan berdampak pada kurangnya kedekatan antara orang tua dan anak. Lebih lanjut, situasi tersebut dapat berakibat pada penyimpangan perilaku anak, anak kurang bahagia, dan konflik dalam keluarga (Puspitawati, Herawati, Hastuti, Sunarti, & Sarma, 2015). Hasil kajian Bae dan Kim (2007) juga menemukan adanya hubungan positif antara fungsi keluarga dan ketahanan keluarga. Studi tersebut menunjukkan bahwa keluarga yang dapat menjalankan fungsi dan perannya dengan baik terkait dengan kondisi ketahanan keluarga yang baik pula.

Konsep ketahanan keluarga dikaji berdasarkan berbagai permasalahan dan kesukaran yang dilalui oleh keluarga. Rolland dan Walsh (2005) menyatakan bahwa ketahanan keluarga dengan anggota yang memiliki penyakit kronis atau cacat dapat ditingkatkan dengan memanfaatkan waktu untuk memperdalam hubungan dengan orang terkasih dan berfokus pada waktu atau kejadian yang menyenangkan. Selanjutnya, Kelly (2007) menyatakan bahwa ketahanan keluarga pada keluarga bercerai, khususnya pascaperceraian, akan terganggu karena adanya pola pengaturan hidup baru, terutama terkait pengasuhan. Konsep ketahanan keluarga juga terkait dengan kesulitan pada keluarga yang menghadapi trauma (Again, Landau, & Agani, 2010).

Konsep ketahanan keluarga juga telah dijabarkan dalam Undang-Undang (UU) No. 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Pasal 1 Ayat 11, yang menyatakan bahwa "ketahanan dan kesejahteraan keluarga adalah kondisi keluarga yang memiliki keuletan dan ketangguhan serta mengandung kemampuan fisik materil guna hidup mandiri dan mengembangkan diri dan keluarganya untuk hidup harmonis dalam meningkatkan kesejahteraan dan kebahagiaan lahir dan batin". Sementara itu, Chapman (2000) menyatakan lima tanda ketahanan keluarga (*family strength*) yang berfungsi dengan baik (*functional family*) yaitu (i) sikap melayani sebagai tanda kemuliaan; (ii) keakraban antara suami dan istri menuju kualitas perkawinan yang baik; (iii) orang tua mengajar dan melatih anaknya dengan penuh tantangan kreatif, pelatihan yang konsisten dan mengembangkan keterampilan; (iv) suami dan istri yang menjadi pemimpin dengan penuh kasih; dan (v) anak-anak yang menaati dan menghormati orang tuanya".

Kajian lain oleh Sunarti (2001) mengemukakan bahwa konsep ketahanan keluarga adalah kemampuan keluarga dalam mengelola masalah yang dihadapinya berdasarkan sumber daya yang dimiliki untuk memenuhi kebutuhan keluarganya. Ketahanan keluarga dapat diukur dengan menggunakan pendekatan sistem yang meliputi komponen input (sumber daya fisik dan nonfisik), proses (manajemen keluarga, pemecahan masalah keluarga, mekanisme penanggulangan), dan output (terpenuhinya kebutuhan fisik dan psikososial). Konsep ketahanan keluarga lainnya dikembangkan oleh Otto dalam McCubbin dkk. (1980) yang terdiri atas 14 indikator meliputi (i) keutuhan keluarga, loyalitas, dan kerjasama dalam keluarga; (ii) ikatan emosi yang kuat; (iii) saling menghormati antar-anggota keluarga; (iv) fleksibilitas dalam melaksanakan peran keluarga; (v) kemampuan pengasuhan dan perawatan dalam tumbuh kembang anak; (vi) komunikasi yang efektif; (vii) kemampuan mendengarkan dengan sensitif; (viii) pemenuhan kebutuhan spiritual keluarga; (ix) kemampuan memelihara hubungan dengan lingkungan luar keluarga; (x) kemampuan untuk meminta bantuan apabila dibutuhkan; (xi) kemampuan untuk berkembang melalui pengalaman; (xii) mencintai dan mengerti; (xiii) komitmen spiritual; serta (xiv) berpartisipasi aktif dalam masyarakat.

Dari berbagai penjabaran konsep dan indikator ketahanan keluarga yang telah dibahas sebelumnya, belum ada ukuran dan indikator-indikator ketahanan keluarga yang bersifat handal dan dikembangkan dengan kontrol kualitas melalui uji reliabilitas dan validitas. Reliabilitas diartikan sebagai tingkatan yang menunjukkan bahwa hasil suatu eksperimen, tes, atau

prosedur pengukuran apapun akan sama dan konsisten walaupun dilakukan secara berulang-ulang (Carmines & Zeller, 1991; Rossi, Wright, & Anderson, 1983; Isaac & Michael 1990; Black & Champion 1992; Touliatos & Compton 1992). Selanjutnya, validitas menunjukkan bahwa suatu variabel mengukur apa yang seharusnya diukur. Validitas menekankan pada hubungan yang sangat penting antara konsep dan indikator (Puspitawati, 2013). Oleh karena itu, kajian ini bertujuan untuk (i) menganalisis indikator ketahanan keluarga berdasarkan struktur keluarga; (ii) menganalisis validitas dan reliabilitas indikator ketahanan keluarga; dan (iii) menganalisis pengaruh struktur keluarga terhadap ketahanan keluarga.

METODOLOGI

Tulisan ini bersumber dari hasil penelitian Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI & Pusat Kajian Gender dan Anak LPPM-IPB pada bulan Agustus hingga Desember 2015. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan kuantitatif melalui survei. Lokasi penelitian dipilih secara *purposive* di Kabupaten Bogor, dengan pertimbangan (i) jumlah keluarga prasejahtera di wilayah ini mencapai 188.393 keluarga pada tahun 2015 (BPS, 2016); (ii) rata-rata lama sekolah penduduk pada tahun 2015 sebesar 7,75 tahun atau rata-rata masyarakat Kabupaten Bogor belum lulus SMP; dan 3) Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Kabupaten Bogor tergolong cukup rendah, yaitu sebesar 67,77 pada tahun 2015.

Pemilihan responden dilakukan dengan metode sensus pada desa dan RW yang direkomendasikan oleh petugas kecamatan. Tiap rumah pada RW terpilih kemudian disensus satu per satu sesuai dengan kluster tempat tinggal. Jumlah populasi dari RW terpilih pada penelitian ini adalah 1.020 keluarga. Sumber informasi untuk keluarga utuh dan keluarga tunggal perempuan adalah ibu, sedangkan untuk keluarga tunggal laki-laki adalah ayah.

Karakteristik keluarga dalam kajian ini meliputi usia suami dan istri, lama pendidikan suami dan istri, jenis pekerjaan suami dan istri, jumlah tanggungan keluarga, dan pendapatan keluarga (Tabel 1).

Tabel 1. Keterangan pengukuran variabel-variabel karakteristik keluarga.

No.	Variabel Karakteristik Keluarga	Kategori
1	Usia suami dan istri diukur berdasarkan tahun	(1) 17-40 tahun; (2) 41-60 tahun; (3) > 60 tahun.
2	Pendidikan suami dan istri diukur berdasarkan lama pendidikan yang sudah diselesaikan (tahun)	(1) tidak sekolah; (2) tidak tamat SD; (3) tamat SD; (4) tidak tamat SMP; (5) tamat SMP; (6) tidak tamat SMA; (7) tamat SMA; (8) Diploma; (9) S1; (10) S2.
3	Jumlah tanggungan keluarga merupakan seluruh anggota keluarga yang masih tinggal satu atap	(1) keluarga kecil (≤ 4 orang); (2) keluarga sedang (5-7 orang); (3) keluarga besar (≥ 8 orang).
4	Pendapatan keluarga diukur dengan menghitung pendapatan seluruh anggota keluarga yang bekerja di sektor formal maupun nonformal selama satu bulan (Rupiah).	(1) < 1.000.000; (2) 1.000.001 – 2.000.000; (3) 2.000.001 – 3.000.000; (4) 3.000.001 – 4.000.000; (5) 4.000.001 – 5.000.000, (6) 5.000.001 – 6.000.000; (7) > 6.000.000.

Ketahanan keluarga dalam studi ini dikelompokkan dalam enam komponen, yaitu (i) legalitas dan struktur; (ii) ketahanan fisik; (iii) ketahanan ekonomi; (iv) ketahanan sosial psikologi; (v) ketahanan sosial budaya; dan (vi) kemitraan gender. Tiap komponen terdiri dari beberapa indikator pernyataan yang dapat dicermati dengan lengkap pada Lampiran 1. Selanjutnya, pengkodean respons dari tiap indikator pernyataan tersebut dijumlahkan menjadi komposit per komponen dan komposit variabel total ketahanan keluarga. Hasil penjumlahan tersebut kemudian diubah ke dalam indeks dari 0 sampai 100 yang dihitung dengan cara:

$$\text{Indeks} = \frac{\text{Skor yang diperoleh} - \text{skor minimum}}{\text{Skor maksimum} - \text{skor minimum}} \quad x\,100$$

Berdasarkan justifikasi, hasil indeks dikelompokkan menjadi (1) kurang tahan (0-50%); (2) cukup tahan (51-75%); dan (3) tahan (>75%). Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan aplikasi Microsoft Excel 2010 dan SPSS versi 20. Selanjutnya, data penelitian dianalisis secara deskriptif dan inferensial, sebagai berikut: (i) Analisis kategori ketahanan keluarga pada keluarga utuh dan keluarga tunggal menggunakan uji beda t rata-rata untuk *independent samples*; (ii) Analisis validitas dan reliabilitas indikator ketahanan keluarga menggunakan uji validitas isi dan reliabilitas *Cronbach Alpha*; dan (iii) Analisis pengaruh struktur keluarga terhadap ketahanan keluarga menggunakan uji *Structural Equation Modelling* (SEM). Selain data primer, studi ini mengkaji data sekunder berdasarkan hasil studi literatur.

STRUKTUR DAN KARAKTERISTIK DEMOGRAFI KELUARGA

Struktur keluarga dibedakan antara keluarga utuh dan keluarga tunggal. Keluarga utuh terdiri atas bapak dan ibu dan/atau anak-anak yang tinggal dalam satu rumah tangga atau bapak/ibu sementara bekerja di luar rumah/luar kota dan kembali secara rutin ke rumah. Adapun keluarga tunggal terdiri atas ayah yang telah berstatus duda atau ibu yang telah berstatus janda dan/atau anak-anak yang tidak tinggal serumah. Keluarga tunggal dapat disebabkan karena cerai hidup atau cerai mati.

Tabel 2 menunjukkan jumlah keluarga utuh sebesar 861 keluarga (84,4%) dan keluarga tunggal sebesar 159 keluarga (15,6%). Mayoritas responden pada studi ini (>90%), baik pada keluarga utuh maupun keluarga tunggal, berjenis kelamin perempuan. Proporsi terbesar usia responden pada kedua jenis struktur keluarga adalah kelompok usia muda dan produktif (17-40 tahun). Rata-rata lama pendidikan responden keluarga utuh sebesar 8,88 tahun atau lebih tinggi dari keluarga tunggal yang hanya mencapai 6,55 tahun. Jumlah tanggungan keluarga, baik pada keluarga utuh (72,9%) maupun keluarga tunggal (96,2%) umumnya sebanyak 1-4 orang (keluarga kecil). Selanjutnya, rata-rata pendapatan keluarga utuh sebesar Rp2.700.256,98, dengan pendapatan terendah Rp200.000,00 dan tertinggi Rp300.000.000,00. Sementara itu, rata-rata pendapatan keluarga tunggal adalah Rp1.065.854,43, dengan pendapatan terendah adalah Rp.100.000,00 dan tertinggi Rp5.800.000,00.

Tabel 2. Karakteristik demografi responden berdasarkan struktur keluarga

No	Karakteristik Demografi	Struktur Keluarga		Uji Beda	
		Utuh (N= 861)	Tunggal (N= 159)	t	p
1	Rata-rata usia responden (tahun)	41,17	57,84	-14,070	0,000
2	Rata-rata lama pendidikan (tahun)	8,88	6,55	7,281	0,000
3	Rata-rata jumlah tanggungan keluarga (orang)	1,28	1,04	9,677	0,000
4	Rata-rata pendapatan keluarga (Rp/bulan)	2.700.256,98	1.065.854,43	4,524	0,048

Sumber: Survei Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI & Pusat Kajian Gender dan Anak LPPM-IPB (2015)

KETAHANAN KELUARGA

Hasil analisis komponen ketahanan keluarga pada kajian ini disajikan pada Tabel 3, Tabel 4, dan Tabel 5. Tabel 3 menunjukkan distribusi respons pada tiap pernyataan dalam komponen ketahanan keluarga. Selanjutnya, Tabel 4 menyajikan rata-rata perhitungan indeks untuk tiap komponen ketahanan keluarga dan Tabel 5 menerangkan distribusi responden berdasarkan struktur keluarga dan kondisi ketahanan keluarga. Bahasan berikut ini memaparkan komponen-komponen ketahanan keluarga yang dikaji dalam tulisan ini.

Legalitas dan struktur

Hampir seluruh keluarga utuh (>90%) memiliki surat nikah yang dikeluarkan KUA dan tinggal dalam satu rumah (semua anggota keluarga). Sementara itu, terdapat sekitar 25% keluarga utuh yang tidak semua anaknya memiliki akte kelahiran. Pada keluarga tunggal, sekitar 84% keluarga memiliki surat nikah dari KUA. Selain itu, anak-anak pada hampir 40% responden dengan struktur keluarga ini tidak mempunyai akte kelahiran (Tabel 3).

Hasil uji beda rata-rata pada Tabel 4 menunjukkan perbedaan signifikan dan positif antara ketahanan legalitas dan struktur pada keluarga utuh dan tunggal (p=0,000). Dengan rata-rata indeks 88,63 pada keluarga utuh yang tergolong kategori tahan dan 72,01 pada keluarga tunggal yang tergolong kategori cukup tahan, dapat disimpulkan bahwa ketahanan keluarga dari aspek komponen legalitas dan struktur pada keluarga utuh lebih baik dibandingkan dengan keluarga tunggal. Hal ini dapat dilihat dari temuan sekitar 73% keluarga utuh termasuk kategori tahan, sedangkan hanya 55,3% keluarga tunggal tergolong kategori tahan (Tabel 5).

Ketahanan fisik

Mayoritas keluarga utuh (>90%) mampu makan lengkap minimal dua kali sehari atau lebih, serta tidak menderita masalah gizi. Namun, sekitar sepertiga keluarga utuh memiliki anggota keluarga yang menderita penyakit akut/kronis, seperti diabetes dan jantung. Selain itu, terdapat sekitar 24% keluarga yang tidak memiliki ruang tidur terpisah antara orang tua tidak terpisah dan anak.

Tabel 3. Persentase komponen dan indikator ketahanan keluarga (N=1020)

No	Komponen Ketahanan Keluarga / Indikator- Pernyataan	Keluarga Utuh (N=861)				Keluarga Tunggal (N=159)			
		Tidak	Ya	NA	Total	Tidak	Ya	NA	Total
		%	%	%	%	%	%	%	%
	I. Legalitas dan Struktur (LS)								
1	Bapak dan ibu memiliki surat nikah yang dikeluarkan KUA	7,0	93,0	0,0	100,0	15,7	84,3	0,0	100,0
2	Semua anak memiliki akte kelahiran	24,6	71,1	4,3	100,0	39,6	57,9	2,5	100,0
3	Semua anggota keluarga (suami, istri, dengan atau tanpa anak) tinggal dalam satu rumah	2,4	97,6	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	100,0
	II. Ketahanan Fisik (KF)								
4	Semua anggota keluarga mampu makan lengkap (nasi, sayur, ikan, tempe, tahu, buah) dua kali per hari	9,2	90,8	0,0	100,0	11,9	88,1	0,0	100,0
5	Ada anggota keluarga yang menderita penyakit akut/ kronis	66,8	33,2	0,0	100,0	56,6	43,4	0,0	100,0
6	Ada anggota keluarga yang menderita masalah gizi	94,8	5,2	0,0	100,0	98,1	1,9	0,0	100,0
7	Rumah yang ditempati memiliki ruang tidur terpisah antara orang tua dan anak	23,6	72,1	4,3	100,0	18,2	79,2	2,6	100,0
	III. Ketahanan Ekonomi (KE)								
8	Keluarga memiliki rumah	28,8	71,2	0,0	100,0	15,1	84,9	0,0	100,0
9	Suami dan/atau istri mempunyai penghasilan tetap per bulan sesuai dengan nilai upah minimum regional	70,7	29,3	0,0	100,0	93,1	6,9	0,0	100,0
10	Suami dan/atau istri memiliki pekerjaan tetap dengan pendapatan berapa saja	12,4	87,6	0,0	100,0	66,0	34,0	0,0	100,0
11	Suami dan/atau istri mempunyai tabungan dalam bentuk uang minimal sebesar tiga kali upah minimum regional	86,9	13,1	0,0	100,0	95,6	4,4	0,0	100,0
12	Anggota keluarga memiliki asuransi kesehatan (BPJS atau lainnya), minimal 1 orang	45,9	54,1	0,0	100,0	41,5	58,5	0,0	100,0
13	Keluarga mampu membayar listrik per bulan	4,6	95,4	0,0	100,0	10,7	89,3	0,0	100,0
14	Keluarga mampu membayar pendidikan anak minimal hingga tingkat SMP	7,2	61,8	31,0	100,0	15,7	77,4	6,9	100,0
15	Anak putus sekolah	75,6	11,4	13,0	100,0	73,.6	23,9	2,5	100,0
16	Anggota keluarga yang berusia 15 tahun ke atas minimal berpendidikan SMP	11,5	88,5	0,0	100,0	17,0	83,0	0,0	100,0
	IV. Ketahanan Sosial Psikologis (KSP)								
17	Terjadi kekerasan antara suami dan istri	91,4	8,6	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	100,0
18	Terjadi kekerasan antara orang tua dan anak	82,0	13,7	4,3	100,0	86,2	11,3	2,5	100,0
19	Anggota keluarga terlibat masalah seperti mencuri, tawuran, berkelahi, kabur dari rumah, narkoba, ditilang, melanggar lalu lintas, memukul, dan lainnya	93,7	6,3	0,0	100,0	96,9	3,1	0,0	100,0
20	Anak diberikan kesempatan untuk mengemukakan pendapat, ide, keinginan, kebutuhannya, menceritakan cita-cita, atau mengemukakan yang tidak disukai dan lainnya	4,5	90,0	5,5	100,0	5,7	91,8	2,5	100,0
21	Suami dan istri saling menghargai, menyayangi, berbagi pendapat, saling menolong, dan bekerja sama	3,6	96,4	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	100,0
	V. Ketahanan Sosial Budaya (KSB)								
22	Anggota keluarga berpartisipasi dalam kegiatan sosial, seperti pengajian, posyandu, kerja bakti, kematian, kelahiran, ronda, kesenian, penyuluhan, dan pelatihan	9,2	90,8	0,0	100,0	11,9	88,1	0,0	100,0
23	Anggota keluarga memberi perhatian dan merawat orang tua lanjut usia (di atas 60 tahun)	0,8	61,9	37,3	100,0	1,3	16,4	82,4	100,0
24	Anggota keluarga berkomunikasi dengan baik, termasuk dengan keluarga besarnya	0,5	99,5	0,0	100,0	2,5	97,5	0,0	100,0
25	Anggota keluarga melakukan kegiatan agama secara rutin	8,2	91,8	0,0	100,0	3,1	96,9	0,0	100,0
	VI. Kemitraan Gender (KG)								
26	Ayah menyisihkan waktu khusus bersama anak	3,8	91,9	4,3	100,0	11,3	0,0	88,7	100,0
27	Ibu menyisihkan waktu khusus bersama anak	1,4	94,3	4,3	100,0	4,4	84,3	11,3	100,0
28	Suami dan istri berbagi peran dengan baik	8,5	91,5	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	100,0
29	Suami dan istri bersama-sama mengelola secara terbuka keuangan keluarga, merencanakan keuangan, saling melapor keadaan keuangan, dan berdiskusi apabila ada masalah keuangan & lainnya	7,2	92,8	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	100,0
30	Suami dan istri merencanakan bersama jumlah anak yang diinginkan atau alat kontrasepsi yang dipakai	21,6	78,4	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	100,0

Keterangan: NA= *Not Applicable* (tidak dapat diaplikasikan)
Sumber: Survei Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI & Pusat Kajian Gender dan Anak LPPM-IPB (2015)

Tabel 4. Rata-rata indeks dan hasil uji beda-t berdasarkan komponen ketahanan keluarga (N=1.020)

Komponen Ketahanan Keluarga	Keluarga Utuh (N=861)		Keluarga Tunggal (N=159)		Uji Beda-t	
	Rata-rata	SD	Rata-rata	SD	t	P
Legalitas dan struktur (LS)	88,63	20,346	72,01	34,491	8,326	**0,000**
Ketahanan fisik (KF)	82,03	18,565	81,08	19,045	0,589	0,556
Ketahanan ekonomi (KE)	66,37	17,956	57,77	16,693	5,612	**0,000**
Ketahanan sosial psikologis (KSP)	92,50	14,110	93,35	14,327	-0,692	0,489
Ketahanan sosial budaya (KSB)	94,94	11,780	94,07	13,278	0,839	0,402
Kemitraan gender (KG)	91,39	15,071	-	-	-	-
Ketahanan keluarga total	83,27	9,299	74,79	10,200	10,405	**0,000**

Sumber: Survei Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI & Pusat Kajian Gender dan Anak LPPM-IPB (2015)

Tabel 5. Persentase keluarga berdasarkan kategori ketahanan keluarga per komponen dan total

No	Komponen Ketahanan	Keluarga Utuh (N=861)				Keluarga Tunggal (N=159)			
		Tidak Tahan (≤ 50,0)	Cukup Tahan (51,0-75,0)	Tahan (>75,0)	Total	Tidak Tahan (≤ 50,0)	Cukup Tahan (50,0-75,0)	Tahan (>75,0)	Total
1	Legalitas dan struktur (LS)	7,0	20,2	72,8	100,0	44,7	0,0	55,3	100,0
2	Ketahanan fisik (KF)	13,0	43,4	43,6	100,0	14,5	44,0	41,5	100,0
3	Ketahanan ekonomi (KE)	20,7	45,9	33,4	100,0	29,6	52,2	18,2	100,0
4	Ketahanan sosial psikologis (KSP)	1,5	7,9	90,6	100,0	1,3	17,6	81,1	100,0
5	Ketahanan sosial budaya (KSB)	1,6	15,4	82,9	100,0	1,3	16,4	82,4	100,0
6	Kemitraan gender (KG)	2,4	6,0	91,5	100,0	-	-	-	100,0
Ketahanan Keluarga Total		0,3	16,7	82,9	100,0	100,0	46,5	50,9	100,0

Sumber: Survei Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI & Pusat Kajian Gender dan Anak LPPM-IPB (2015)

Untuk keluarga tunggal, sekitar 85% anggota keluarga dengan struktur ini tidak memiliki masalah gizi dan mampu makan lengkap minimal dua kali per hari. Akan tetapi, proporsi keluarga tunggal yang memiliki anggota keluarga dengan penyakit akut/kronis seperti jantung, diabetes, dan tekanan darah tinggi juga cukup besar (43,4%). Selain itu, masih terdapat sekitar 18% responden keluarga tunggal yang mengalami kondisi ruang tidur orang tua tidak terpisah dengan anak (Tabel 3).

Hasil uji beda rata-rata menunjukkan tidak terdapat perbedaan signifikan antara keluarga utuh dan keluarga tunggal untuk komponen ketahanan fisik (Tabel 4). Secara umum, hal ini berarti bahwa ketahanan fisik, baik keluarga utuh maupun keluarga tunggal, berada pada kategori tahan. Jika dijabarkan lebih lanjut, sekitar 43,4% dan 43,6% keluarga utuh tergolong cukup tahan dan tahan. Pada keluarga tunggal, proporsi responden yang tergolong cukup tahan sebesar 44% dan tahan sebesar 41,5% (Tabel 5). Rata-rata indeks ketahanan fisik pada keluarga utuh adalah 82,03 dan keluarga tunggal adalah 81,08.

Ketahanan ekonomi

Mayoritas suami atau istri pada keluarga utuh memiliki pekerjaan tetap dan mereka mampu membayar listrik per bulan. Selain itu, anggota keluarga utuh yang berusia 15 tahun ke atas umumnya minimal berpendidikan SMP. Selanjutnya, lebih dari sebagian keluarga utuh memiliki rumah, minimal satu orang memiliki asuransi kesehatan, serta mampu membayar pendidikan anak minimal hingga tingkat SMP. Namun, sekitar 70% keluarga utuh tidak mempunyai penghasilan tetap per bulan sebesar upah minimum regional (UMR) di wilayah tinggal mereka.[1] Cukup besar pula proporsi keluarga utuh (87%) yang tidak mempunyai tabungan dalam bentuk uang minimal sebesar tiga kali UMR di wilayah ini. Selain itu, masih

[1] Upah minimum regional (UMR) Kabupaten Bogor pada tahun 2015 sebesar Rp2.655.000,00.

terdapat 11,4% keluarga utuh yang memiliki anak putus sekolah.

Pada keluarga tunggal, proporsi yang memiliki pekerjaan tetap lebih rendah dibanding keluarga utuh. Meskipun begitu, mayoritas dari mereka mampu membayar listrik per bulan, pendidikan anak minimal hingga tingkat SMP, serta anggota keluarga berusia 15 tahun ke atas minimal berpendidikan SMP. Lebih dari sebagian keluarga tunggal memiliki minimal satu orang anggota keluarga yang memiliki asuransi kesehatan (BPJS atau lainnya). Kondisi rentan yang dialami keluarga tunggal dapat dicermati dari sekitar dua per tiga responden keluarga tunggal yang tidak memiliki pekerjaan tetap dengan pendapatan berapa saja. Bahkan, sebanyak 24% dari mereka memiliki anak yang putus sekolah. Mayoritas dari mereka juga tidak mempunyai penghasilan tetap per bulan minimal senilai UMR dan tidak mempunyai tabungan dalam bentuk uang minimal sebesar tiga kali UMR (Tabel 3).

Hasil uji beda rata-rata pada Tabel 4 menunjukkan adanya perbedaan signifikan dan positif antara ketahanan ekonomi pada keluarga utuh dan tunggal (p=0,000). Dengan rata-rata indeks 66,37 pada keluarga utuh dan 57,77 pada keluarga tunggal, dapat disimpulkan bahwa ketahanan ekonomi keluarga utuh lebih baik dibandingkan dengan keluarga tunggal. Berdasarkan kategori tingkat ketahanan, 45,9% keluarga utuh dan 52,2% keluarga tunggal tergolong cukup tahan dari aspek ketahanan ekonomi (Tabel 5).

Ketahanan sosial psikologis

Mayoritas keluarga utuh menyatakan bahwa, dalam keluarga mereka, tidak terjadi kekerasan antara suami dan istri, tidak ada anggota keluarga yang terlibat masalah, anak diberikan kesempatan mengemukakan pendapat dan kebutuhannya, serta suami istri saling menghargai, menyayangi, berbagi pendapat, dan bekerjasama. Namun, masih terdapat 8,6% keluarga yang mengalami kekerasan antara suami dan istri serta 13,7% keluarga mengalami kekerasan antara orangtua dan anak. Selanjutnya, hasil analisis pada keluarga tunggal juga menunjukkan bahwa hampir seluruh responden keluarga tunggal menyatakan tidak ada anggota keluarga mereka yang terlibat masalah dan anak diberikan kesempatan mengemukakan pendapat dan kebutuhannya. Namun, masih terdapat 11,3% keluarga tunggal yang mengalami kekerasan antara orangtua dan anak (Tabel 3).

Hasil uji beda rata-rata menunjukkan tidak terdapat perbedaan signifikan antara keluarga utuh dan keluarga tunggal untuk komponen ketahanan sosial psikologis (Tabel 4). Hal ini berarti bahwa, secara umum, ketahanan sosial psikologis, baik keluarga utuh maupun keluarga tunggal, berada dalam kategori tahan. Selanjutnya, pengelompokan kategori menunjukkan bahwa 90,6% keluarga utuh dan 81,1% keluarga tunggal tergolong tahan dari sisi ketahanan sosial psikologis (Tabel 5). Rata-rata indeks ketahanan sosial psikologis pada keluarga utuh adalah 92,50 dan pada keluarga tunggal adalah 93,35.

Ketahanan sosial budaya

Hasil analisis menunjukkan bahwa hampir seluruh keluarga utuh (90%) berpartisipasi dalam kegiatan sosial, anggota keluarga berkomunikasi dengan baik termasuk dengan keluarga besar, dan anggota keluarga melakukan kegiatan agama secara rutin. Sekitar 62% responden dalam struktur keluarga utuh menyatakan mereka memberi perhatian dan merawat orang tua lanjut usia (di atas 60 tahun). Sementara itu, lebih dari 85% keluarga tunggal menyatakan berpartisipasi dalam kegiatan sosial, anggota keluarga berkomunikasi dengan baik termasuk dengan keluarga besar, serta anggota keluarga melakukan kegiatan agama secara rutin (Tabel 3).

Hasil uji beda rata-rata menunjukkan tidak terdapat perbedaan signifikan antara keluarga utuh dan keluarga tunggal untuk komponen ketahanan sosial psikologis (Tabel 4). Hal ini berarti bahwa secara umum ketahanan sosial budaya, baik keluarga utuh dan keluarga tunggal, tergolong kategori tahan. Analisis kategori pada ketahanan sosial budaya menemukan bahwa lebih dari 80% keluarga utuh dan tunggal termasuk kategori tahan (Tabel 5). Rata-rata indeks ketahanan sosial budaya keluarga utuh adalah 94,94 dan keluarga tunggal adalah 94,07.

Kemitraan gender

Pada mayoritas keluarga utuh (>90%), ayah dan ibu menyisihkan waktu khusus bersama anak, serta suami dan istri berbagi peran dengan baik dan bersama-sama mengelola keuangan secara terbuka. Selain itu, sebanyak 22% keluarga utuh menyatakan suami dan istri tidak merencanakan secara bersama jumlah anak yang diinginkan atau alat kontrasepsi yang dipakai (Tabel 3). Hasil analisis komponen kemitraan gender pada keluarga utuh menunjukkan besarnya proporsi keluarga yang tergolong dalam kategori tahan (91,5%) (Tabel 5).

Ketahanan keluarga total

Berdasarkan perhitungan indeks enam komponen ketahanan keluarga, didapatkan nilai ketahanan keluarga total yang dihitung dari keseluruhan indikator ketahanan keluarga (Tabel 5). Sekitar 83% keluarga utuh tergolong dalam kategori tahan, sedangkan hanya 51% keluarga tunggal yang masuk dalam kategori yang sama. Hal ini menunjukkan adanya perbedaan antara ketahanan keluarga utuh dan keluarga tunggal. Hasil uji beda rata-rata pada Tabel 4 juga menunjukkan adanya perbedaan signifikan dan positif antara ketahanan keluarga total pada keluarga utuh dan tunggal (p=0,000) dengan rata-rata indeks 83,27 pada keluarga utuh dan 74,79 pada keluarga tunggal. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa ketahanan keluarga utuh lebih baik dibandingkan dengan keluarga tunggal.

HASIL UJI RELIABILITAS DAN VALIDITAS

Uji reliabilitas dalam kajian ini menggunakan nilai *Cronbach's alpha* yaitu besaran nilai untuk mengukur keandalan indikator-indikator yang dipakai dalam kuesioner penelitian. *Cronbach's Alpha* merupakan sebuah ukuran keandalan yang memiliki nilai berkisar dari nol sampai satu. Hasil uji reliabilitas terhadap pernyataan-pernyataan indikator ketahanan keluarga menunjukkan nilai *Cronbach's Alpha* sebesar 0,659. Hal ini mengindikasikan indikator ketahanan keluarga dalam kajian ini sudah reliabel. Dengan kata lain, indikator ketahanan keluarga yang digunakan pada studi ini dapat memberikan hasil yang konsisten pada pengukuran yang berulang-ulang.

Uji validasi isi juga dilakukan pada kajian ini yang mengarah pada konsep ketahanan keluarga berdasarkan berbagai pendapat para ahli dan aturan legal (Undang-Undang), seperti yang telah dikemukakan di bagian pendahuluan. Secara keseluruhan, hasil uji validitas isi terhadap indikator ketahanan keluarga menunjukkan bahwa nilai validitas, yang dinyatakan oleh koefisien korelasi, berkisar antara 0,231 – 0,864 (Tabel 6). Nilai minimum terdapat pada pernyataan anggota keluarga berkomunikasi dengan baik, termasuk dengan keluarga besarnya (0,231) yang merupakan komponen ketahanan sosial budaya. Sebaliknya, nilai maksimum berada pada pernyataan legalitas anak yang ditunjukkan dengan akte kelahiran (0,864) pada komponen legalitas dan struktur. Secara umum, pernyataan-pernyataan dari indikator ketahanan keluarga tergolong cukup valid.

Nilai validitas untuk komponen legalitas dan struktur berkisar antara 0,343 dan 0,864. Pernyataan legalitas anak yang ditunjukkan dengan akte kelahiran memiliki validitas yang tinggi, sedangkan validitas terendah ditemukan pada pernyataan keutuhan keluarga yang ditunjukkan dengan tinggal bersama dalam ikatan keluarga (suami, istri, dengan atau tanpa anak). Hal ini kemungkinan berkaitan dengan realitas bahwa kebersamaan dalam tempat tinggal belum sepenuhnya menjamin komunikasi dan relasi intensif dalam keluarga yang berpengaruh terhadap ketahanan keluarga. Berdasarkan hasil tersebut, dapat disimpulkan bahwa komponen legalitas dan struktur sudah cukup valid.

Pada komponen ketahanan fisik, nilai validitas isi di seluruh lokasi adalah 0,366 (nilai minimum) dan 0,644 (nilai maksimum). Nilai validitas terendah ditemukan pada pernyataan tidak ada anggota keluarga yang menderita masalah gizi. Meskipun begitu, pernyataan ini dapat berupa sekedar pengakuan atau persepsi responden yang bersifat subyektif, berbeda apabila pengukuran gizi keluarga dilakukan melalui uji laboratorium yang lebih obyektif. Sementara itu, nilai validitas tertinggi ditunjukkan pada pernyataan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit akut/kronis atau cacat. Berdasarkan hasil tersebut, dapat disimpulkan bahwa komponen ketahanan fisik tergolong valid.

Pada komponen ketahanan ekonomi, nilai validitas minimum dan maksimum adalah 0,278 dan 0,596. Nilai validitas tertinggi terdapat pada kondisi suami dan/atau istri mempunyai penghasilan tetap per bulan minimal sebesar UMR. Sementara itu, nilai validitas terendah ditemukan pada pernyataan keluarga mampu membayar pengeluaran untuk kebutuhan listrik. Dapat disimpulkan bahwa komponen ketahanan ekonomi cukup valid.

Nilai validitas untuk komponen ketahanan sosial psikologis yaitu berkisar antara 0,348 hingga 0,708. Nilai validitas tertinggi yaitu pada pernyataan tidak terjadi kekerasan antara orangtua dan anak. Nilai validitas terendah ditunjukkan pada pernyataan anak diberikan kesempatan untuk mengemukakan pendapat. Berdasarkan hasil tersebut, dapat dikatakan bahwa ketahanan keluarga dari aspek sosial psikologis pada kajian ini tergolong cukup valid.

Selanjutnya, pada komponen ketahanan sosial budaya, nilai validitas minimum sebesar 0,231 dan maksimum 0,756. Nilai validitas terendah ditemukan pada pernyataan anggota keluarga berkomunikasi dengan baik, termasuk dengan keluarga besarnya. Sementara itu, pernyataan anggota keluarga berpartisipasi dalam kegiatan sosial kemasyarakatan memiliki nilai validitas tertinggi. Hasil analisis tersebut menunjukkan bahwa komponen ketahanan sosial budaya cukup valid.

Nilai validitas untuk komponen kemitraan gender berkisar antara 0,466 dan 0,692. Pernyataan ayah mengalokasikan waktu bersama anak memiliki nilai validitas terendah. Sebaliknya nilai validitas tertinggi ditemukan pada pernyataan suami dan istri merencanakan bersama jumlah anak yang diinginkan Hasil tersebut juga menunjukkan bahwa komponen kemitraan gender tergolong valid.

Hasil lebih rinci mengenai uji validitas isi tersebut dapat dicermati pada Tabel 6.

Tabel 6. Hasil uji validasi isi komponen dan indikator ketahanan keluarga (N=1.020)

No	Pernyataan	Koefisien Korelasi (Item dengan Komposit)
	Legalitas dan Struktur (LS)	**Min-Maks (0,343-0,864)**
1	Legalitas perkawinan suami-istri yang ditunjukkan dengan akte nikah	0,702**
2	Legalitas anak yang ditunjukkan dengan kepemilikan akte kelahiran	0,864**
3	Keutuhan keluarga yang ditunjukkan dengan tinggal bersama dalam ikatan keluarga (suami, istri, dengan atau tanpa anak)	0,343**
	Ketahanan Fisik (KF)	**Min-Maks (0,366-0,644)**
1	Mampu makan lengkap minimal dua kali sehari untuk semua anggota keluarga	0,455**
2	Tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit akut/kronis atau cacat.	0,644**
3	Tidak ada anggota keluarga yang menderita masalah gizi	0,366**
4	Rumah yang ditempati memiliki ruang tidur terpisah antara orangtua dan anak	0,533**
	Ketahanan Ekonomi (KE)	**Min-Maks (0,278-0,596)**
1	Kepemilikan rumah	0,406**
2	Suami dan/atau istri mempunyai penghasilan tetap per bulan minimal UMR	0,596**
3	Suami dan/atau istri memiliki pekerjaan tetap	0,364**
4	Suami dan/atau istri mempunyai tabungan dalam bentuk uang minimal sebesar 3 kali UMR	0,487**
5	Anggota keluarga memiliki asuransi kesehatan	0,521**
6	Keluarga mampu membayar pengeluaran untuk kebutuhan listrik	0,278**
7	Keluarga mampu membayar pengeluaran untuk pendidikan anak minimal hingga tingkat SMP	0,536**
8	Tidak ada anak yang *drop out* dari sekolah	0,430**
9	Anggota keluarga yang berusia 15 tahun ke atas minimal berpendidikan SMP	0,433**
	Ketahanan Sosial Psikologis (KSP)	**Min-Maks (0,348-0,708)**
1	Tidak terjadi kekerasan antara suami dan istri	0,657**
2	Tidak terjadi kekerasan antara orangtua dan anak	0,708**
3	Tidak ada anggota keluarga yang terlibat masalah pelanggaran hukum	0,496**
4	Anak diberikan kesempatan untuk mengemukakan pendapat	0,348**
5	Suami dan istri saling menghargai dan menyayangi	0,449**
	Ketahanan Sosial Budaya (KSB)	**Min-Maks (0,231-0,756)**
1	Anggota keluarga berpartisipasi dalam kegiatan sosial kemasyarakatan	0,756**
2	Anggota keluarga peduli kepada/merawat orang tua lansia	0,245**
3	Anggota keluarga berkomunikasi dengan baik, termasuk dengan keluarga besarnya	0,231**
4	Suami dan/atau istri melakukan kegiatan budaya/agama secara rutin	0,623**
	Kemitraan Gender (KG)	**Min-Maks (0,466-0,692)**
1	Ayah mengalokasikan waktu bersama anak	0,466**
2	Ibu mengalokasikan waktu bersama anak	0,535**
3	Ayah dan ibu berbagi peran dengan baik	0,586**
4	Pengelolaan keuangan dilakukan bersama suami dan istri secara transparan	0,640**
5	Suami dan istri merencanakan bersama jumlah anak yang diinginkan	0,692**
	Kisaran Korelasi	**0,231**- 0,864****

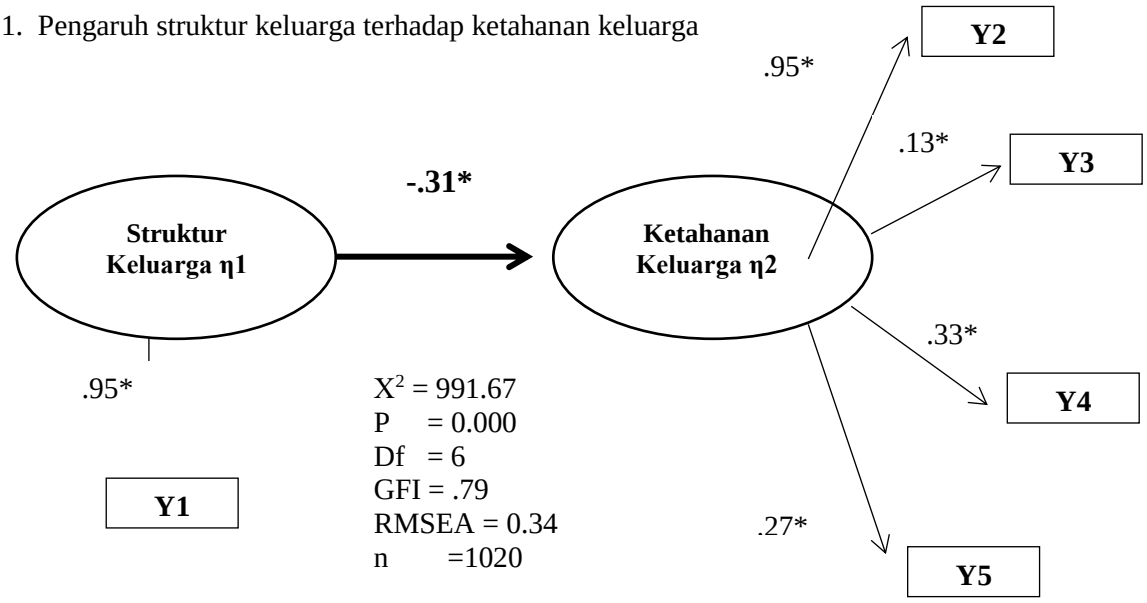
Keterangan: ** signifikan pada (p≤ 0,01)

Sumber: Survei Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI & Pusat Kajian Gender dan Anak LPPM-IPB (2015)

PENGARUH STRUKTUR KELUARGA TERHADAP KETAHANAN KELUARGA

Berdasarkan hasil uji instrumen diketahui bahwa instrumen ketahanan keluarga pada penelitian ini reliabel dan valid. Selanjutnya, berdasarkan hasil uji beda antara struktur keluarga utuh dan keluarga tunggal, didapatkan hasil yang berbeda dan signifikan pada komponen-komponen ketahanan keluarga. Dengan demikian, perlu dilakukan triangulasi pengujian ke tahapan analisis uji pengaruh struktur keluarga terhadap ketahanan keluarga. Gambar 1 menunjukkan pengaruh struktur keluarga terhadap ketahanan keluarga. Berdasarkan hasil uji *Structural Equation Modelling* (SEM), nilai *chi-square* (X^2), GFI (*Goodness of Fit Index*), dan RMSEA (*The Root Mean Square Error of Approximation*) berturut-turut adalah 991,67 (p= 0,00), 0,79, dan 0,34. Dengan demikian, model yang disusun dalam kajian ini dapat dikatakan cocok atau *fit* dengan data yang dikumpulkan.

Gambar 1. Pengaruh struktur keluarga terhadap ketahanan keluarga



Keterangan: * p ≤ 0,05
Y1= Struktur Keluarga (keluarga utuh atau tunggal), Y2= legalitas struktur, Y3= ketahanan ekonomi, Y4= ketahanan sosial psikologi- sosial budaya dan kemitraan gender, Y5= ketahanan fisik

Variabel laten struktur keluarga (η1) diukur melalui indikator yaitu struktur keluarga (1=utuh, 2=tunggal) dengan *loading factor* 0,95 (p≤0,05). Selanjutnya, hasil analisis membuktikan bahwa indikator-indikator dari variabel laten ketahanan keluarga (η2) diindikasikan oleh empat komponen dengan tingkat *loading factor* tertinggi sampai terendah, berturut-turut adalah legalitas struktur (δe=0,95; p≤0,05); ketahanan ekonomi (δe=0,33; p≤0,05); ketahanan sosial psikologi, sosial budaya, dan kemitraan gender (δe=0,27; p≤0,05); dan ketahanan fisik (δe=0,13; p≤0,05).

Analisis selanjutnya dilakukan untuk melihat pengaruh variabel laten struktur keluarga terhadap variabel laten ketahanan keluarga. Hasil analisis menunjukkan bahwa variabel laten struktur keluarga memiliki kontribusi pengaruh secara langsung sebesar 9,61% terhadap variabel laten ketahanan keluarga ($-0,31^2$). Hal ini bermakna bahwa struktur keluarga utuh dinilai lebih tahan dalam membentuk ketahanan keluarga dibandingkan dengan keluarga tunggal.

Kondisi ketahanan keluarga yang lebih baik pada keluarga utuh dibandingkan dengan keluarga tunggal dapat dijelaskan dengan pendekatan teori struktural fungsional. Stephens dalam Eshelman (1991) menyatakan bahwa keluarga adalah suatu susunan sosial karena adanya kontrak perkawinan termasuk pengenalan hak-hak dan tugas orang tua, tempat tinggal suami-istri-anak, serta adanya kewajiban ekonomi antara suami dan istri yang bersifat *reciprocal*. Menurut teori struktural fungsional, keluarga merupakan suatu sistem yang seimbang, harmonis, dan berkelanjutan. Untuk mencapai kondisi tersebut, setiap anggota keluarga berkontribusi dengan melaksanakan peran dan fungsi masing-masing. Pendekatan teori Struktural Fungsional (SF) dapat digunakan untuk menganalisis peran keluarga agar dapat berfungsi dengan baik untuk menjaga keutuhan keluarga dan masyarakat (Newman & Grauerholz, 2002). Pada keluarga utuh, struktur keluarga inti yang ada adalah suami, istri dan anak, tetapi pada keluarga tunggal terdapat satu struktur yang tidak dapat berperan/berfungsi. Ketiadaan peran ini

dapat mengganggu berjalannya suatu sistem keluarga bahkan tujuan keluarga.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa, baik ditinjau dari tiap komponen maupun secara total, keluarga utuh mempunyai daya tahan dalam menyesuaikan hidup yang lebih baik dibandingkan dengan keluarga tunggal. Hal ini sejalan dengan McCubbin (1989) yang menyatakan bahwa keluarga demgan orangtua tunggal mempunyai tingkat kesejahteraan yang rendah dipandang dari aspek kesejahteraan keuangan, serta koping ibu dalam menjaga integrasi keluarga, kerjasama, dan optimisme tentang situasi pada keluarga. Rice (2000) juga menyatakan bahwa keluarga dengan orang tua tunggal memiliki pendapatan yang lebih rendah secara signifikan dibanding keluarga dengan orang tua lengkap. Namun, keluarga dengan orang tua tunggal dapat mempunyai kemampuan adaptasi yang lebih tinggi dibandingkan dengan keluarga dengan orang tua utuh. Selanjutnya, ketahanan keluarga juga berkaitan dengan bagaimana keluarga mengelola sumber dayanya dan digunakan untuk mencapai tujuannya. Sementara itu, Sunarti (2001) menyatakan bahwa semakin baik manajemen sumber daya keluarga dan semakin rendah kerentanan keluarga, maka ketahanan keluarga akan semakin tinggi.

KESIMPULAN

Pada keluarga utuh, kelima komponen ketahanan keluarga yaitu komponen legalitas dan struktur, ketahanan fisik, ketahanan sosial psikologis, ketahanan sosial budaya, dan kemitraan gender termasuk kategori "tahan". Sementara itu, komponen ketahanan ekonomi tergolong kategori "cukup tahan". Namun, secara umum, ketahanan keluarga utuh termasuk kategori "tahan". Di sisi lain, pada keluarga tunggal, komponen legalitas termasuk kategori "kurang tahan", tetapi ketahanan fisik dan ekonomi tergolong "cukup tahan". Selanjutnya, komponen ketahanan sosial psikologis dan ketahanan sosial budaya termasuk "tahan". Secara umum, ketahanan keluarga tunggal termasuk kategori antara "cukup tahan" dan "tahan".

Perbedaan kondisi ketahanan keluarga antara dua struktur keluarga yang berbeda tersebut sejalan dengan hasil analisis SEM yang menunjukkan bahwa struktur keluarga berpengaruh signifikan terhadap ketahanan keluarga total. Situasi ini menunjukkan ketahanan keluarga pada keluarga utuh lebih baik dibandingkan dengan keluarga tunggal, baik ditinjau dari tiap komponen maupun secara total. Keluarga utuh yang terdiri atas suami dan istri, dengan atau tanpa anak-anak, mempunyai daya tahan yang lebih baik dalam menyesuaikan hidup dibandingkan dengan keluarga tunggal yang terdiri atas ayah atau ibu dengan atau tanpa anak-anak. Hasil uji reliabilitas dan validitas menunjukkan indikator ketahanan keluarga termasuk reliabel dan cukup valid.

Cakupan kajian ini masih terbatas di wilayah Kabupaten Bogor yang memiliki karakteristik jumlah keluarga prasejahtera relatif besar, rata-rata lama sekolah penduduk yang masih kurang dari 9 tahun (di bawah SMP), dan nilai Indeks Pembangunan Manusia yang tergolong cukup rendah. Oleh karena itu, studi ini merekomendasikan perlunya uji validasi indikator ketahanan keluarga di masa mendatang dengan lingkup yang lebih luas serta melihat berbagai perbedaan kondisi demografi, kondisi sosial ekonomi wilayah, dan capaian pembangunan yang berbeda. Hal ini diperlukan untuk mendapatkan instrumen yang lebih makro dalam pengukuran kondisi ketahanan keluarga di Indonesia. Selain itu, studi selanjutnya dapat mencermati perbedaan kondisi ketahanan keluarga antara keluarga utuh yang memiliki anak usia SD, SMP, dan SMA, ataupun perbedaan kondisi ketahanan keluarga antara keluarga tunggal dengan kepala keluarga laki-laki dan perempuan.

DAFTAR PUSTAKA

Again, F., Landau, J., & Agani, N. (2010). Community-building before, during, and after times of trauma: the application of the LINC model of community resilience in Kosovo. *American Journal of Orthopsychiatry*, *80*(1), 143-149. doi: 10.1111/j.1939-0025.2010.01017.x

Badan Pusat Statistik [BPS]. (2016). *Provinsi Jawa Barat dalam angka 2015*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.

Bae, K. E., & Kim, E. H. (2007). Relationship of family strengths, family function, ego-identity and depression in adolescence. *J Korean Acad Child Health Nurs*, *13* (3), 357-366. Diakses dari https://www.e-chnr.org/upload/pdf/jkachn-13-357.pdf

Black J.A. & Champion D.J. (1992). *Metode dan masalah penelitian sosial* (E. Koeswara, D. Salam, & A. Ruzhendi, Terj.). Bandung: Penerbit PT Eresco.

Carmines, E.G. & Zeller, R.A. (1991). *Reliability and validity assessment*. Newbury Park, CA: Sage Publications. doi: 10.4135/9781412985642

Chapman, G. (2000). *Five signs of a functional family (Lima tanda keluarga yang mantap).* Batam: Interaksara.

Eshelman J.R. (1991). *Family*. Boston: Allyn and Bacon Inc.

Isaac, S., & Michael, W.B. (1990). *Handbook in research and evaluation for education and the behavioral sciences (2nd edition*). San Diego, California: Edits Publishers.

Kelly, J.B. (2007). Children's living arrangements following separation and divorce: insights from empirical and clinical research. *Family Process*, *46*(1), 35-52. doi: 10.1111/j.1545-5300.2006.00190.x

McCubbin, H.I., Joy. C.B., Cauble, A.E., Comeau, J.K., Patterson, J.M., & Needle, R.H. (1980). Family stress and coping: a decade review. *Journal of Marriage and the Family*, *42*, 855-871. Diakses dari https://www.jstor.org/stable/pdf/351829.pdf

McCubbin, M.A. (1989). Family stress and family strengths: A comparison of single-and two- parent families with handicapped children. *Res Nurs. Health*, *12*(2), 101-110. doi: 10.1002/nur.4770120207

Newman, D.M., & Grauerholz, L. (2002). *Sociology of families (Second edition*). California: Pine Forge Press.

Puspitawati, H. (2013). *Metode penelitian keluarga*. Bogor: IPB Press.

Puspitawati, H., Herawati, T., Hastuti, D., Sunarti, T., & Sarma, M. (2015). P*engembangan model operasional pendataan ketahanan keluarga untuk kegiatan pembangunan di tingkat kabupaten*. Laporan penelitian, Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak-RI dengan Pusat Kajian Gender dan Anak-IPB.

Rice, V.H. (Ed.). (2000). *Handbook of stress, coping and health: Implications for nursing research, theory and practice*. California, USA: Sage Publications, Inc.

Rolland, J.S. & Walsh F. (2005). Systemic training for healthcare professionals: the Chicago center for family health approach. *Family Process*, *44*(4), 283-301. doi: 10.1111/j.1545-5300.2005.00060.x

Rossi, P.H., Wright, J.D., & Anderson, A.B. (1983). *Handbook of survey research*. Orlando, Florida: Academic Press, Inc.

Sunarti, E. (2001). *Studi ketahanan keluarga dan ukurannya: telaah kasus pengaruhnya terhadap kualitas kehamilan* (Disertasi). Institut Pertanian Bogor, Bogor.

Touliatos, J., & Compton, N.H. (1992). *Research methods in human ecology/home economics*. Ames: Iowa State University Press.

Lampiran 1. Instrumen Ketahanan Keluarga Berdasarkan Komponen dan Indikator.

Komponen	No.	Indikator
Legalitas dan Struktur (LS)	1.	Legalitas perkawinan suami-istri yang ditunjukkan dengan akte nikah
	2.	Legalitas anak yang ditunjukkan dengan kepemilikan akte kelahiran
	3.	Keutuhan keluarga yang ditunjukkan dengan tinggal bersama dalam ikatan keluarga (suami, istri, dengan atau tanpa anak)
Ketahanan Fisik (KF)	4.	Mampu makan lengkap minimal dua kali sehari untuk semua anggota keluarga
	5.	Tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit akut/kronis atau cacat.
	6.	Tidak ada anggota keluarga yang menderita masalah gizi
	7.	Rumah yang ditempati memiliki ruang tidur terpisah antara orangtua dan anak
Ketahanan Ekonomi (KE)	8.	Kepemilikan rumah
	9.	Suami dan/atau istri mempunyai penghasilan tetap per bulan minimal sebesar Upah Minimum Regional (UMR)
	10.	Suami dan/atau istri memiliki pekerjaan tetap
	11.	Suami dan/atau istri mempunyai tabungan dalam bentuk uang minimal sebesar 3 kali UMR
	12.	Anggota keluarga memiliki asuransi kesehatan
	13.	Keluarga mampu membayar pengeluaran untuk kebutuhan listrik
	14.	Keluarga mampu membayar pengeluaran untuk pendidikan anak minimal hingga tingkat SMP
	15.	Tidak ada anak yang *drop out* dari sekolah
	16.	Anggota keluarga yang berusia 15 tahun ke atas minimal berpendidikan SMP
Ketahanan Sosial Psikologis (KSP)	17.	Tidak terjadi kekerasan antar suami-istri
	18.	Tidak terjadi kekerasan antar orangtua-anak
	19.	Tidak ada anggota keluarga yang terlibat masalah pelanggaran hukum
	20.	Anak diberikan kesempatan untuk mengemukakan pendapat
	21.	Suami-istri saling menghargai dan menyayangi
Ketahanan Sosial Budaya (KSB)	22.	Anggota keluarga berpartisipasi dalam kegiatan sosial kemasyarakatan
	23.	Anggota keluarga peduli merawat/kepada orangtua lansia
	24.	Anggota keluarga berkomunikasi dengan baik, termasuk dengan keluarga besarnya
	25.	Suami dan/atau istri melakukan kegiatan budaya/agama secara rutin
Kemitraan Gender (KG)	26.	Ayah mengalokasikan waktu bersama anak
	27.	Ibu mengalokasikan waktu bersama anak
	28.	Ayah dan Ibu berbagi peran dengan baik
	29.	Pengelolaan keuangan dilakukan bersama suami dan istri secara transparan
	30.	Suami dan istri merencanakan bersama jumlah anak yang diinginkan

Jurnal Kependudukan Indonesia | Vol. 13 No. 1 Juni 2018 | 15-26

JURNAL KEPENDUDUKAN INDONESIA

p-ISSN: 1907-2902 (Print)
e-ISSN: 2502-8537 (Online)

MENILIK ULANG ARTI KELUARGA PADA MASYARAKAT INDONESIA

(REVISITING THE CONCEPT OF FAMILY IN INDONESIAN SOCIETY)

Amorisa Wiratri
Pusat Penelitian Sumber Daya Regional - LIPI

Korespondensi penulis: amorisa.wiratri@gmail.com

Abstract

Currently, social dynamic is growing fastly. A similar situation can also be seen in Indonesian societies, including in the smallest scale, which is family. This study aims to answer whether the definition of family that is used by the Indonesian government is still relevant to portrait the condition of societies in this country nowadays. This study used literature review as the primary data source and anthropological approach as an analysis tool. This article presents discussions on family dynamics in Indonesia, family and marriage, long distance family, as well as family and Indonesian culture. In conclusion, the family concept in Indonesia should not be constrained by structure, location and gender division. Therefore, Indonesia as a state should construct a more flexible definition of family to adjust community diversity and to shed lights on various family contexts and individual experiences.

Keywords: *concept of family, marriage, culture*

Abstrak

Saat ini, dinamika sosial di dunia berkembang sangat pesat. Hal yang sama juga terjadi dalam kehidupan masyarakat Indonesia, termasuk lingkup yang paling kecil yaitu keluarga. Studi ini bertujuan untuk menjawab apakah definisi keluarga yang sekarang ini digunakan oleh pemerintah Indonesia masih relevan untuk menggambarkan kondisi masyarakat di negara ini. Studi ini menggunakan kajian literatur sebagai sumber data utama dan pendekatan antropologi sebagai pisau analisis. Tulisan ini menyajikan pembahasan terkait dinamika keluarga yang terjadi di Indonesia, keluarga dan perkawinan, keluarga terpisah jarak, serta keluarga dan budaya Indonesia. Sebagai kesimpulan, bahwa konsep keluarga di Indonesia tidak lagi dapat dibatasi oleh struktur, lokasi, dan pembagian peran. Oleh karena itu, pemerintah perlu melakukan tinjauan ulang tentang konsep keluarga yang lebih elastis terhadap keragaman dan mempertimbangkan berbagai konteks dan pengalaman individu.

Kata Kunci: konsep keluarga, perkawinan, budaya

PENDAHULUAN

Dinamika sosial di dunia berkembang sangat pesat. Hal yang sama juga terjadi dalam kehidupan masyarakat Indonesia, mulai dari lingkup yang paling kecil yaitu keluarga, hingga ke tingkat yang lebih luas yaitu negara. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2016) mendefinisikan keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan. Kajian oleh Puspitawati (2012) mendefinisikan keluarga sebagai unit sosial-ekonomi terkecil dalam masyarakat yang merupakan landasan dasar dari semua institusi. Keluarga dipahami sebagai kelompok primer yang terdiri dari dua atau lebih orang yang mempunyai jaringan interaksi interpersonal, hubungan darah, hubungan perkawinan, dan adopsi. Definisi tersebut menunjukkan bahwa keluarga mensyaratkan adanya hubungan perkawinan, hubungan darah, maupun adopsi sebagai pengikat. Seluruh anggota keluarga juga harus tinggal bersama-sama di bawah satu atap. Selain itu, kepala keluarga dalam definisi ini selalu mengacu kepada suami atau ayah, seperti yang dapat dirujuk pada Undang Undang (UU) No. 1 Tahun 1974 tentang Perkawinan.

Selanjutnya, keluarga juga dipahami sebagai kesatuan interaksi dan komunikasi yang terlihat dari keterlibatan semua orang dalam memainkan peran, baik itu sebagai suami dan istri, orang tua dan anak, maupun anak dan saudara. Dari proses interaksi dan komunikasi tersebut, keluarga diharapkan dapat berperan penting dalam mempertahankan suatu kebudayaan bersama, sebagaimana juga dinyatakan dalam UU No. 1 Tahun 1974.

Definisi keluarga di atas dan konsekuensinya sudah tidak sejalan lagi dengan dinamika sosial masyarakat Indonesia sekarang ini. Meskipun terdapat syarat yang masih relevan, beberapa syarat dari definisi keluarga tersebut sudah tidak sesuai lagi untuk diterapkan. Syarat yang masih relevan adalah keluarga membutuhkan dasar perkawinan, hubungan darah, maupun adopsi. Meskipun syarat perkawinan hingga kini masih menjadi perdebatan dalam ilmu sosial di dunia, tetapi tatanan sosial dan budaya masyarakat Indonesia masih menganggap bahwa perkawinan itu penting maka syarat ini masih sangat relevan untuk diterapkan. Syarat lain yang masih relevan adalah fungsi keluarga sebagai penerus kebudayaan. Hal ini tercermin dalam pengalaman sehari-hari ketika generasi muda lebih banyak belajar dari keluarga mengenai masakan, bahasa, silsilah keluarga, ataupun cara berinteraksi dibandingkan dari pihak lain selain keluarga. Ikatan kekeluargaan yang masih sangat kuat di Indonesia menjadi dasar argumen relevansi syarat ini.

Namun, terdapat pula beberapa syarat yang sudah tidak relevan lagi. Salah satunya adalah adanya syarat seluruh anggota keluarga tinggal di bawah satu atap yang sama. Sekarang ini, banyak pasangan yang harus hidup terpisah ataupun banyak orang tua yang tinggal berjauhan dengan anak mereka karena alasan pekerjaan, studi maupun alasan lainnya. Jarak tidak lagi menjadi alasan terbentuknya keluarga yang utuh karena semakin variatifnya media komunikasi dan alat transportasi yang ada. Seperti konsep *imagined community* yang dikemukakan oleh Anderson (1991), konsep keluarga masa kini pun dapat dibentuk berdasarkan imajinasi dan ikatan perasaan yang dibangun antar anggota dalam keluarga itu tanpa mewajibkan kehadiran fisik mereka pada tempat dan waktu yang sama.

Hal lain yang tidak lagi relevan dalam pendefinisian keluarga adalah syarat keberadaan suami sebagai kepala keluarga dan peran anggota keluarga yang sangat deterministik. Sekarang ini, peran masing-masing anggota dalam keluarga tidak lagi bersifat patron-klien seperti masa sebelumnya. Ibu dapat menjadi kepala keluarga, anak perempuan dapat berfungsi sebagai pencari nafkah utama, dan ayah sebagai pengurus rumah tangga di rumah. Meskipun masih banyak masyarakat yang menyangkal, tetapi keberadaan situasi keluarga seperti ini tidak dapat dipungkiri dapat dijumpai di Indonesia. Oleh karena itu, keberadaan suami sebagai kepala rumah tangga sudah tidak lagi relevan. Semestinya, keberadaan dan penetapan kepala keluarga diserahkan ke masing-masing keluarga karena mereka berhak menentukan sendiri siapa yang paling sesuai untuk menjadi kepala keluarga. Selain itu, interaksi antar-anggota keluarga sekarang ini sangat cair sehingga peran tradisional antara orang tua dan anak ataupun antara suami dan istri sudah mulai luntur dengan kesetaraan posisi untuk semua anggota keluarga.

Pembahasan di atas menunjukkan definisi keluarga yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2016) sudah tidak relevan dengan konsep keluarga yang ada pada masyarakat Indonesia saat ini. Konsep keluarga sekarang ini harus dapat mengakomodir batas-batas geografis, interaksi, dan posisi tiap anggota keluarga secara egaliter dan demokratis. Lebih lanjut, definisi keluarga seharusnya dapat mempertimbangkan aspek imajinasi dan ikatan perasaan antar-anggota keluarga yang terikat dalam hubungan perkawinan, hubungan darah, maupun adopsi.

Artikel ini bertujuan untuk menjawab apakah definisi lama tentang keluarga masih tepat untuk menggambarkan kondisi keluarga masa kini di Indonesia. Studi ini merupakan studi literatur yang mengkaji sumber-sumber tulisan yang terkait dengan tema keluarga. Kajian ini bermaksud mencari kesenjangan antara definisi keluarga yang ada selama ini dan kondisi yang ditemui di masyarakat. Selain itu, kajian ini bertujuan untuk memberikan alternatif definisi yang dapat menggambarkan keragaman kondisi keluarga di Indonesia saat ini. Sumber literatur diperoleh melalui penelusuran jurnal ilmiah, buku-buku akademik yang sesuai dengan tema studi ini, serta penelusuran *online* dengan kata kunci keluarga dan dinamikanya di Indonesia.

Studi ini diharapkan dapat memberi perspektif baru pada studi keluarga di Indonesia melalui pembahasan terkait dinamika sosial keluarga, khususnya dalam perkawinan, lokasi geografis, dan budaya. Pemahaman mengenai dinamika dan keragaman keluarga diharapkan dapat memberi masukan bagi pemerintah untuk meredefinisi arti keluarga di Indonesia. Hal ini diperlukan sebab konsep keluarga membutuhkan definisi yang lebih luas, lebih komprehensif dan dapat mengakomodasi berbagai ragam perbedaan kelompok masyarakat di negara ini.

KELUARGA DULU DAN SEKARANG

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 1988 telah mendefinisikan keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul, serta tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan. Definisi ini digunakan pada pengajaran di sekolah-sekolah, seperti yang terdapat pada salah satu modul pengajaran sosiologi yang menjelaskan bahwa keluarga adalah kelompok sosial terkecil dalam masyarakat, yang terdiri dari orang tua (ayah dan ibu) serta anak (Soemanto, 2002). Modul tersebut juga menyebutkan bahwa setiap anggota dalam keluarga memiliki peranan yang berbeda. Lebih lanjut, Soemanto (2002) menyebutkan bahwa, pada masa lampau, peran ayah seringkali diasosiasikan sebagai pencari nafkah utama. Sementara itu, ibu mengurus semua kebutuhan di rumah, seperti memasak, membersihkan rumah, dan mengasuh anak. Namun, mereka adalah satu kesatuan yang tidak terpisahkan.

Pemerintah mendefinisikan pengertian keluarga pada masa itu tentunya disesuaikan dengan kondisi riil yang banyak ditemui di masyarakat. Pada akhir tahun 1980-an, keluarga ideal adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, nenek, kakek, paman, bibi, dan anak. Tiap anggota keluarga tersebut memiliki peran yang berbeda-beda namun saling melengkapi. Dalam hal ini, peran ayah adalah sebagai kepala keluarga dan pencari nafkah utama. Dengan kata lain, ayah adalah orang yang bertanggungjawab di ranah publik. Di lain pihak, ibu adalah orang yang bertanggung jawab di ranah privat atau domestik sebab mereka memiliki tugas utama merawat dan mengasuh anak, serta mengurus keperluan rumah tangga. Anak juga digambarkan sebagai pribadi yang senantiasa menurut perintah orang tua.

Gambaran ideal tentang keluarga ini tidak hanya diperoleh dari pendidikan formal seperti modul pelajaran dan bahan ajar lainnya, tetapi juga melalui media massa, seperti televisi. Televisi memuat berbagai program acara yang disesuaikan dengan kondisi masyarakat pada zaman itu dan arahan dari pemerintah. Salah satu acara yang menggambarkan keluarga pada tahun 1980-an adalah sinetron *Rumah Masa Depan*, yang menggambarkan keluarga ideal, terdiri dari kakek nenek, ayah, ibu dan dua anak yang tinggal di desa (Gambar 1). Mereka tinggal dalam satu rumah dengan peran yang berbeda dan anak-anaknya digambarkan sebagai anak yang penurut, pasif dan tidak memiliki kebebasan untuk menentukan pilihannya.

Gambar 1. Sinetron Rumah Masa Depan yang diputar tiap hari Minggu pada tahun 1985

Sumber: "Rumah masa depan" (2006)

Gambaran keluarga ideal juga terkait dengan pelaksanaan program Keluarga Berencana (KB) oleh pemerintah. Banyak iklan dan propaganda lain terkait program ini yang menggambarkan keluarga dengan memiliki dua anak (Gambar 2).

Gambar 2. Iklan Keluarga Berencana Lestari pada tahun 1980-an

Sumber: "Iklan layanan masyarakat" (2010)

Situasi tersebut menunjukkan bagaimana pemerintah memiliki kontrol yang kuat terhadap masyarakat pada masa itu, baik melalui media maupun pendidikan. Hal ini tidak mengherankan sebab pembatasan jumlah anak menjadi salah satu prioritas pembangunan utama oleh pemerintah masa itu. Sebagai konsekuensinya, definisi keluarga pun mengikuti arah pembangunan tersebut.

Laksmiwati (2003) menjelaskan perubahan utama pada bentuk keluarga modern di Indonesia adalah perubahan bentuk keluarga dari keluarga luas (*extended family*) menjadi keluarga batih (*nuclear family*).

Definisi keluarga pada masa lampau masih digunakan oleh pemerintah Indonesia hingga kini. Padahal, definisi tersebut tidak dapat lagi menggambarkan kondisi riil keluarga Indonesia terkini. Saat ini, struktur dan komposisi keluarga di Indonesia sangat beragam. Kondisi ini dapat terlihat dari banyaknya keluarga yang tidak tinggal serumah karena alasan pekerjaan, sekolah, dan sebagainya. Ada ayah yang tinggal di luar kota atau luar negeri untuk bekerja atau sekolah, tak sedikit pula ibu dan anak yang bekerja atau sekolah di luar kota atau luar negeri. Selain itu, ada pasangan yang tinggal serumah, memiliki anak ataupun tidak, tetapi tidak menikah secara legal. Belum lagi poligami yang dapat ditemui di masyarakat kita, baik itu dilakukan melalui pernikahan resmi ataupun tidak. Sebagai tambahan, peran laki-laki sebagai kepala keluarga dan pencari nafkah utama juga sudah mengalami pergeseran karena posisi mereka dapat digantikan oleh perempuan, baik istri maupun anak.

KELUARGA DAN PERKAWINAN

Keberadaan keluarga tidak dapat dipisahkan dengan perkawinan. Soemanto (2002:17) menyatakan bahwa "keluarga sebagai satu institusi biososial yang terbentuk oleh sedikitnya dua orang dewasa laki-laki dan perempuan yang tidak memiliki hubungan darah, tetapi terikat tali perkawinan, dengan atau tanpa/belum memiliki anak". Lebih lanjut, keluarga dinyatakan sebagai "satu kumpulan manusia yang dihubungkan dan dipertemukan melalui pertalian/hubungan darah, perkawinan atau melalui adopsi (pengambilan) anak angkat". Secara umum, hubungan-hubungan sosial keluarga didasarkan atas ikatan perasaan dan batin yang kuat, serta orang tua berperan mengawasi dan memotivasi pengembangan tanggung jawab sosial dalam keluarga dan masyarakat. Lebih lanjut, keluarga juga dapat didefinisikan sebagai "sekumpulan orang yang tinggal dan hidup bersama di bawah satu atap (rumah)" (Soemanto, 2002:17). Keluarga juga terdiri atas orang-orang yang berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain sesuai perannya masing-masing, misalnya sebagai suami, istri, ayah, ibu, anak laki-laki, anak perempuan, serta kakak atau adik laki-laki atau perempuan.

Perkawinan menjadi bagian integral dari sebuah keluarga dan memiliki posisi penting dalam masyarakat Indonesia. Hal ini dikarenakan, secara hukum, Indonesia tidak mengakui keluarga tanpa pernikahan. Selain itu, Hays (2008) menulis bahwa perkawinan di Indonesia diakui hanya jika dilakukan berdasarkan agama. Pasangan yang akan menikah harus memiliki agama yang sama dan melakukan upacara perkawinan sesuai agama yang diakui oleh negara. Negara akan mencatat perkawinan tersebut melalui Kantor Catatan Sipil. Pernikahan yang akan dicatat oleh Kantor Catatan Sipil adalah perkawinan tunggal atau hanya ada satu pasangan yang terdiri dari laki-laki dan perempuan. Pernikahan yang melibatkan lebih dari satu pasangan dan hanya terdiri dari satu jenis kelamin tidak diakui oleh negara. Seperti yang dijelaskan Sunaryo (2010), UU No.1 Tahun 1974 menyebutkan bahwa asas pernikahan adalah monogami. Poligami hanya dibolehkan dengan syarat dan dalam keadaan tertentu. Hal ini menunjukkan bahwa poligami adalah hal yang sebaiknya tidak dilakukan jika tidak dapat memenuhi syarat dan kondisi yang telah ditentukan.

Blackburn dan Bessel (1997) menjelaskan sejarah legalitas perkawinan di Indonesia dimulai sejak kemerdekaan Republik Indonesia. Pada tahun 1946, Kementerian Agama mengeluarkan UU No.22 Tahun 1946 yang mengatur masalah perkawinan, perceraian, dan penyanggahan terhadap anak. Aturan ini kemudian disusul dengan dikeluarkannya instruksi resmi mengenai pencegahan pernikahan dini dan pernikahan anak. Selanjutnya, Blackburn dan Bessel (1997) menjelaskan bahwa, saat pemerintahan Orde Baru tahun 1965, Presiden Soeharto memberi perhatian khusus pada perempuan dalam hal pengendalian jumlah kelahiran yang sangat tinggi pada masa itu. Salah satu upaya pembatasan kelahiran tersebut diwujudkan dalam bentuk peluncuran program Keluarga Berencana sebagai prioritas Rencana Pembangunan Lima Tahun selama 2 periode (Repelita 1969-1979) pada tahun 1968. Selain itu, pemerintah mengeluarkan kebijakan untuk membatasi usia minimal perkawinan untuk perempuan. Meskipun pembatasan umur ini mendapatkan pertentangan dari kelompok agama (Blackburn & Bessel, 1997), tetapi program ini tetap dijalankan meskipun tidak masuk dalam program prioritas.

Selain karena intervensi pemerintah dalam perkawinan yang berdampak pada struktur pembentukan keluarga, Buttenheim & Nobles (2009) berpendapat bahwa modernisasi telah banyak membawa perubahan dalam pembentukan keluarga. Perubahan tersebut khususnya terkait usia pernikahan dan kebebasan wanita untuk menentukan pasangan. Seiring dengan waktu, perubahan pandangan terhadap pernikahan pun berubah. Nilan (2008) berpendapat bahwa, seperti negara di kawasan Asia lainnya, usia pernikahan di Indonesia juga mengalami peningkatan seiring dengan meningkatnya pendidikan dan pertumbuhan ekonomi.

Meskipun begitu, pemerintah Indonesia saat ini masih mengacu pada UU Perkawinan pada tahun 1974 yang mengatur batas usia minimum untuk melakukan pernikahan adalah 19 tahun bagi laki-laki dan 16 tahun bagi perempuan.

Perubahan usia pernikahan ini tentu saja berdampak pada kepemilikan anak atau keturunan. Saat ini, jarang ditemui keluarga dengan anak lebih dari dua di wilayah perkotaan. Penelitian yang dilakukan oleh Oktriyanto, Puspitawati, dan Muflikati (2015) tentang nilai dan jumlah anak yang diinginkan oleh pasangan usia subur menemukan bahwa pasangan usia subur di wilayah perkotaan cenderung menginginkan jumlah anak paling banyak dua orang.

Tabel 1 menunjukkan bahwa mayoritas pasangan subur di perkotaan menginginkan memiliki anak kurang dari dua orang (78,3%). Sebaliknya, hanya sekitar 13,3% pasangan usia subur di perkotaan yang menginginkan anak kurang dari dua orang. Tingginya biaya hidup, kesibukan kerja, dan ambisi untuk mengembangkan diri menjadi alasan utama para pasangan yang memilih untuk tidak memiliki anak. Sayangnya, studi mengenai fenomena ini masih terbatas dan belum banyak literatur yang membahasnya.

Tabel 1. Sebaran keluarga di wilayah perdesaan dan perkotaan berdasarkan jumlah anak yang diinginkan (dalam persen)

Jumlah anak yang diinginkan	Desa	Kota	Total
< 2 orang	13,3	78,3	45,8
> 2 orang	86,7	21,7	54,2
Total	100,0 N: 60	100,0 N: 60	100,0 N: 120

Sumber: Oktriyanto dkk (2015:5)

Selain perubahan usia pernikahan yang banyak ditemui pada keluarga di Indonesia, hal lain yang banyak ditemui dalam kaitan struktur keluarga dan perkawinan adalah praktik poligami. Rohman (2013) menyebutkan bahwa poligami masih menjadi isu sensitif di Indonesia hingga kini, tetapi keberadaannya tidak dapat dipungkiri. Banyak ditemukan pemuka agama dan orang terkenal yang melakukan praktik poligami, seperti ulama terkenal Abdullah Gymnastiar atau yang lebih dikenal dengan sebutan Aa Gym. Selain itu, Puspo Wardoyo, pemilik rumah makan Wong Solo yang memiliki empat istri dan mengadakan 'Piala Poligami' setiap tahun sejak 2003. Rohman (2013) menjelaskan bahwa acara tersebut ditujukan untuk mengkampanyekan praktik poligami di Indonesia dan pemenangnya mendapat hadiah berupa uang.

Debat mengenai poligami ini masih sering terjadi pada masyarakat Indonesia hingga saat ini. Sebagian penganut Islam fundamentalis menyatakan bahwa poligami ini diijinkan oleh ajaran agama dan sifatnya *sunnah*. Rohman (2013) menjelaskan bahwa para pelaku poligami menggunakan ayat kitab suci sebagai justifikasi pendapat mereka bahwa seorang laki-laki dapat menikah dengan empat orang wanita. Mereka yang menentang interpretasi ini dianggap tidak memahami agama dan telah terkontaminasi dengan ajaran Barat. Lebih lanjut, Rohman (2003) menjelaskan bahwa berdasarkan sejarah, praktik poligami ini sangat ditentang pada pemerintahan Presiden Soeharto. Pada masa ini, seseorang yang akan melakukan poligami harus mendapat ijin dari istri pertama untuk menikah kembali. Mereka yang melakukan poligami tidak berani menyatakan secara terbuka dan pernikahan kedua atau seterusnya tidak didaftarkan secara resmi ke kantor Catatan Sipil. Namun, praktik poligami mulai terbuka sejak keruntuhan rezim Orde Baru.

Para pendukung praktik poligami meyakini bahwa praktik ini memiliki tujuan mulia karena populasi perempuan lebih besar dibandingkan laki-laki. Selain itu, mereka juga percaya bahwa istri yang merelakan suaminya untuk melakukan poligami maka akan dimudahkan jalannya menuju surga. Nurmila (2007) mengkategorisasikan pemeluk agama Islam di Indonesia menjadi tiga kelompok terkait pandangan mereka terhadap poligami. Kelompok pertama adalah mereka yang setuju dan mengijinkan praktik poligami, kelompok kedua adalah mereka yang setuju dan mengijinkan tetapi dengan syarat tertentu, serta kelompok ketiga adalah mereka yang tidak setuju dan melarang praktik tersebut. Tidak dijelaskan proporsi dari masing-masing kelompok tersebut, namun keberadaan kelompok pertama dan kedua memiliki pengaruh yang besar bagi kelompok Muslim secara umum.

Selain praktik poligami, praktik tinggal bersama tanpa pernikahan dapat ditemui pada masyarakat Indonesia. Maizufri, Ratna, Cika, dan Kusuma (2014) menyebutkan bahwa praktik tinggal bersama tanpa pernikahan ini lazim disebut sebagai *samen leven* di masyarakat Indonesia. Bahasa tersebut merupakan adaptasi dari bahasa Belanda yang artinya *living together* atau tinggal bersama tanpa pernikahan resmi. Mereka yang tinggal bersama dan memiliki anak maka anak tersebut tidak dapat diakui sah oleh negara sehingga hanya nama ibu yang tertera di akta kelahirannya.

Samen leven ini dikenal juga sebagai kumpul kebo. Angelina (2014) menyebutkan bahwa praktik tinggal bersama atau *samen leven* banyak ditemui di berbagai

wilayah di Indonesia, khususnya pada masa lampau. Hal ini dikarenakan masih rendahnya pengetahuan mengenai hukum dan legalitas perkawinan. Namun, tidak ada data resmi tentang kehidupan *samen leven* dari pemerintah Indonesia. Hal tersebut dikarenakan ketiadaan sensus khusus terkait isu ini yang dilakukan oleh pemerintah Indonesia sebagaimana yang dilakukan di negara-negara Eropa, Amerika, dan Australia. Walaupun tidak diketahui jumlahnya secara pasti, pada kenyataannya, terdapat anggota masyarakat yang melakukan kehidupan *samen leven*. Lebih lanjut, Angelina (2014) menjelaskan bahwa alasan tidak adanya data yang menunjang dari pemerintah Indonesia mengenai hubungan *samen leven* karena Indonesia merupakan negara yang melarang adanya hubungan ini. Keputusan hidup bersama sering kali dituding sebagai sebuah sikap yang tidak menghargai lembaga perkawinan karena hubungan pernikahan di Indonesia diatur dalam UU No.1 Tahun 1974 tentang Perkawinan.

Perkawinan sesama jenis juga tidak diakui oleh pemerintah, meskipun tidak dapat dipungkiri bahwa praktik ini terjadi dalam masyarakat kita. Kebanyakan pasangan sesama jenis hidup bersama secara sembunyi-sembunyi. Situasi ini dapat dicermati dari berita di koran dan media massa lainnya mengenai pernikahan sesama jenis, laki-laki atau perempuan yang merasa tertipu karena ternyata pasangannya adalah sesama jenis, dan berita lain yang serupa. Namun demikian, praktik pernikahan sesama jenis ini masih belum dapat diterima oleh masyarakat karena sejarah dan budaya Indonesia. Hal ini sesuai dengan tulisan Hamdi (2017) mengenai hasil survei Wahid Foundation pada Maret-April 2016 yang mengungkapkan bahwa masyarakat Indonesia tidak menyukai komunitas LGBT (*Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender*). Kondisi ini menunjukkan bahwa masyarakat Indonesia belum dapat menerima pasangan sesama jenis sebagai keluarga, meskipun pada praktiknya keluarga seperti ini ada di Indonesia.

Hal lebih lazim yang dapat ditemui di Indonesia adalah pasangan yang menikah meskipun berbeda agama. Seperti yang telah diketahui, Indonesia hanya mengenal perkawinan antara pemeluk agama yang sama. Bagi pasangan yang menganut agama dan keyakinan yang berbeda, mereka harus memilih antara mengubah salah satu keyakinannya; mendaftarkannya di satu institusi agama dan tetap menjalani keyakinan agama yang berbeda; atau memilih mendaftarkan pernikahan di luar negeri dan melaporkannya di Kantor Catatan Sipil di Indonesia. Pilihan terakhir tersebut banyak dilakukan pasangan selebritas Indonesia maupun pasangan dari golongan pada tingkat ekonomi menengah ke atas. Santoso (2003) menuliskan bahwa banyak pasangan berbeda agama di Indonesia memilih menikah di Singapura atau Australia. Tak jarang pula, ada yang memilih tidak melaporkannya secara resmi dan memilih untuk tinggal bersama saja.

Praktik-praktik tersebut di atas tentu saja akan membentuk keragaman dalam susunan keluarga yang dapat ditemui dalam masyarakat Indonesia. Peningkatan usia pada pasangan yang menikah tentu saja berpengaruh pada keturunan, bahkan ada pula yang memilih tidak mau memiliki keturunan. Selain itu, praktik poligami dan *samen leven* masih dapat ditemui hingga kini pada masyarakat kita. Sayangnya, variasi struktur keluarga seperti di atas tentu saja belum dapat diakomodasi oleh negara melalui UU Perkawinan ataupun pendefinisian keluarga yang dirumuskan secara legal.

KELUARGA TERPISAH JARAK

Selain perubahan keluarga dalam kaitannya dengan perkawinan, banyak ditemui perubahan keluarga dalam kaitannya dengan jarak atau posisi geografis. Sekarang ini, banyak keluarga yang salah satu atau lebih anggota keluarganya berada di tempat yang berbeda, baik untuk alasan kerja, sekolah, berobat ataupun alasan lainnya. Rubis (2011) menyebutkan bahwa bentuk baru keluarga telah terbentuk saat ini akibat tekanan ekonomi yang semakin berat sehingga memunculkan adanya *long distance family* atau keluarga terpisah jarak. Di Indonesia, kasus keluarga terpisah jarak ini banyak ditemui pada keluarga buruh migran yang menghadapi situasi ibu bekerja di luar negeri dan meninggalkan anak serta suami mereka di desa.

Wanita yang bekerja terpisah dari keluarga mengalami dilema. Pada kasus wanita sebagai pekerja migran yang harus berpisah dengan keluarganya, kebanyakan dari mereka justru terjebak pada ideologi patriarki (Friedman & Schultermandl, 2011). Hal ini disebabkan karena mereka berjuang untuk memenuhi kebutuhan keluarga dengan bekerja. Namun, sebagai pencari nafkah (bahkan banyak di antara mereka menjadi pencari nafkah utama), mereka tetap tidak dapat memenuhi konstruksi ideal masyarakat karena para buruh migran perempuan tersebut tidak bisa mengasuh dan merawat anak dan suami mereka secara langsung. Situasi ini menunjukkan adanya beban ganda wanita sebagai pekerja dan istri/ibu yang menuntut mereka selalu bernegosiasi atas keberadaan mereka di ruang privat dan publik.

Keberadaan keluarga terpisah jarak ini tidak hanya terbatas pada kasus buruh migran yang berperan sebagai ibu atau anak yang meninggalkan keluarga. Banyak pula suami dan anak yang memilih untuk

terpisah jarak karena alasan pekerjaan ataupun untuk menuntut ilmu. Pembangunan yang belum merata di Indonesia menyebabkan adanya ketimpangan antarperkotaan dan pedesaan. Hal inilah yang mendorong para pencari kerja, khususnya dari perdesaan, untuk mengadu nasib di kota. Mereka meninggalkan keluarga di desa dan akan membawa mereka jika kondisi mereka telah stabil di kota. Namun, tak sedikit dari mereka yang berakhir dengan tetap meninggalkan keluarga di desa karena pekerjaan yang diperoleh tidak dapat memenuhi kebutuhan seluruh keluarganya. Fenomena ini menunjukkan bagaimana modernisasi dan globalisasi yang terjadi di Indonesia, tanpa disadari, telah mendorong terjadinya bentuk keluarga baru yang anggotanya tidak lagi tinggal bermukim di satu tempat yang sama.

Fenomena adanya keluarga yang terpisah dan berbeda tempat tinggal semakin mudah ditemui. Komitmen perkawinan dan anak menjadi alasan utama mereka untuk tetap menjaga pernikahan. Untuk mengatasi perbedaan jarak ini, maka teknologi telekomunikasi menjadi hal yang sangat penting pada keluarga. Von Der Borch (2008) menyebutkan bahwa komunikasi dengan keluarga menjadi salah satu strategi para pekerja migran untuk menegosiasikan konflik batin karena harus meninggalkan keluarganya. Von Der Borch (2008) juga berpendapat bahwa hal tersebut untuk mengatasi rasa bersalah para pekerja migran, khususnya perempuan, karena meninggalkan tugas utama mereka sebagai ibu. Mereka menyisihkan sebagian besar penghasilannya untuk berkomunikasi dengan cara mengirim surat, menelepon, mengirim pesan teks singkat (SMS), ataupun berinteraksi melalui aplikasi *instant messenger* seperti *WhatsApp*.

Seiring dengan berjalannya waktu, keluarga dengan kondisi seperti di atas banyak ditemui di Indonesia dan masyarakat pun sudah dapat menerimanya. Hal ini tentu saja menunjukkan dinamika keluarga yang tidak hanya dibatasi oleh lokasi tempat tinggal yang sama. Anggota keluarga dapat tinggal di manapun tanpa kehilangan identitas mereka sebagai bagian dari keluarga yang mereka tinggalkan. Jarak tidak lagi menjadi halangan dalam pembentukan keluarga. Meminjam konsep *imaginary community* oleh Anderson (1991), keluarga masa kini dibentuk berdasarkan imajinasi dan ikatan perasaan yang dibangun antar-anggota dalam keluarga tanpa mewajibkan kehadiran fisik mereka pada tempat dan waktu yang sama. Selama tiap anggota keluarga masih memiliki imajinasi dan ikatan perasaan sebagai sebuah keluarga, mereka tetap dapat dianggap sebagai sebuah keluarga yang utuh meskipun mereka tinggal terpisah secara geografis.

KELUARGA DAN BUDAYA INDONESIA

Seperti telah banyak diketahui, Indonesia memiliki budaya yang kental dengan ideologi patriarki. Hal ini dipengaruhi oleh konstruksi budaya, agama, dan tradisi yang diajarkan melalui pendidikan, baik formal maupun nonformal, ataupun melalui media (Hatmadji & Utomo 2004). Media memiliki andil besar dalam membentuk konsep gambaran ideal keluarga dan peran-peran yang harus diemban oleh tiap anggota keluarga. Sebagai contoh, iklan alat-alat rumah tangga, deterjen, atau alat masak seringkali menggunakan wanita sebagai representasi peran ibu dalam rumah tangga (Gambar 3). Sangat jarang ditemui, media yang menggambarkan peran rumah tangga dengan representasi laki-laki. Tanpa disadari budaya ini merasuk ke masyarakat Indonesia terkait peran dan tanggung jawab anggota keluarga.

Gambar 3. Salah satu iklan produk rumah tangga yang menggunakan perempuan sebagai representasi peran domestik

Sumber: "Analisis proses bisnis" (2013)

Dalam budaya Indonesia, ibu atau istri memiliki peran utama mengurus urusan domestik rumah tangga. Sementara itu, ayah memiliki peran sebagai pencari nafkah utama. Meskipun begitu, saat ini, banyak istri atau ibu yang bekerja di luar rumah yang masih terikat dengan konstruksi ideologi bahwa ibu harus bertanggung jawab pada urusan domestik. Robertson dalam Hatmadji dan Utomo (2004) berpendapat bahwa keluarga memiliki fungsi tradisional, khususnya terkait dalam merawat dan membesarkan anak dan orangtua. Selain itu, mereka juga bertugas memelihara tradisi dan budaya dari leluhur mereka. Akibatnya, perempuan mendapat beban ganda untuk membantu suami mendapatkan penghasilan lebih dan tetap tidak meninggalkan tugas utamanya (Hatmadji & Utomo 2004: 8). Hal yang sama juga akan dialami oleh laki-laki yang tidak dapat menjalankan fungsinya sebagai pencari nafkah utama.

Duval dan Miller dalam Supriyantini (2002) menjelaskan bahwa batasan perkawinan tidak hanya sebagai legitimasi hubungan antara laki-laki dan perempuan, tetapi juga terkait hak dan kewajiban yang menyertai di belakangnya. Dalam hal ini, terdapat hak dan kewajiban dalam pembagian tugas dan peran dalam rumah tangga. Lebih jauh lagi, Pogrebin dalam Supriyantini (2002:3) menjelaskan bahwa "kegiatan rumah tangga adalah kegiatan yang mencakup segala aktivitas sehari-hari yang bertujuan mengatur kelancaran kehidupan dalam rumah tangga, seperti mengasuh dan mendidik anak, menyiapkan makanan untuk kesejahteraan seluruh keluarga, merawat rumah dan segala isinya, serta tidak melupakan kegiatan rekreasi sebagai faktor penyeimbang kehidupan keluarga".

Selanjutnya, secara lebih rinci, Strong & De Vault dalam Supriyantini (2002:9) menyebutkan delapan peran dalam rumah tangga yang seharusnya dijalankan oleh suami dan istri, yaitu:

> "*The housekeeper role*: bertanggung jawab pada kebersihan rumah, mencuci pakaian dan alat-alat makan, berbelanja dan menyiapkan makanan, dan mengatur keuangan rumah tangga; *the provider role*: bertanggung jawab mencari uang untuk mendukung keluarga; *the childcare role*: merawat anak secara fisik seperti memberi makan, mengenakan pakaian, memandikan dan menjaga anak; *the child socialization role*: mengajarkan nilai-nilai moral pada anak, sikap, ketrampilan-ketrampilan, dan perilaku yang disetujui masyarakat; *the sexual role*: bereaksi terhadap kebutuhan seksual dari pasangan; *the kinship role*: memelihara hubungan keluarga dan mengunjungi sanak keluarga bila diperlukan; *the recreational role*: mengorganisasi kegiatan rekreasi keluarga; dan *the therapeutic role*: mendengarkan, mau mengerti, bersimpati, membantu dan merawat anggota lain dalam keluarga"

Sayangnya, semua peran yang disebutkan di atas, didominasi oleh peran istri. Kompromi antarpasangan terkait delapan peran tersebut kemungkinan besar dapat ditemui pada keluarga muda. Meskipun begitu, pada kenyataannya, peran di atas masih banyak dianggap sebagai peran istri oleh masyarakat Indonesia. Pandangan masyarakat Indonesia yang melihat keluarga sebagai institusi dasar dalam pembentukan karakter dan kepribadian anak belum dapat tergoyahkan hingga kini. Berdasarkan pandangan tersebut, peran orang tua, khususnya ibu, sebagai *primary caregiver* sangat penting kehadirannya dalam keluarga. Anggapan seperti ini kemudian mengakibatkan ibu yang tidak dapat menjalankan fungsinya akan dianggap sebagai orang tua yang gagal, tanpa melihat alasan yang melatarbelakangi kondisi tersebut.

Berdasarkan penjabaran di atas, keluarga memiliki peran vital dalam kehidupan masyarakat Indonesia. Belandina (2015) menegaskan bahwa tradisi adat istiadat dari berbagai suku di Indonesia mencerminkan bagaimana peranan keluarga di dalam kehidupan setiap individu manusia. Namun, mulai banyak ditemui keluarga dengan pembagian peran yang lebih egaliter dan demokratis, khususnya pada keluarga muda. Mereka yang sudah dapat menerapkan hal tersebut umumnya didominasi oleh generasi muda dengan pendidikan dan pengetahuan yang lebih luas. Mereka tidak lagi memandang suami yang berkewajiban sebagai pencari nafkah utama. Hal ini dikarenakan istri pun memiliki kewajiban yang sama dalam mencari nafkah, serta mereka berbagi hak dan kewajiban sesuai kemampuan.

Selain itu, keluarga muda dengan tipe ini juga lebih fleksibel dalam menjalankan pembagian kerja rumah tangga, seperti mengurus rumah dan anak. Tak sedikit laki-laki yang melakukan pekerjaan seperti mencuci dan memasak dalam kesehariannya. Selain itu, anak pun memiliki peran yang lebih aktif. Sebagai contoh, seorang anak menjadi buruh migran dan menjadi tulang punggung utama keluarga. Kondisi ini menunjukkan adanya pergeseran peran dari tiap anggota keluarga.

Penjelasan di atas menunjukkan bahwa telah terjadi pergeseran pada peran anggota keluarga di masyarakat Indonesia. Namun demikian, fenomena ini belum dapat digeneralisasi karena masih banyak pula keluarga yang memiliki pandangan konservatif terhadap pembagian peran rumah tangga. Hal ini sejalan dengan pandangan Beasley (1994) bahwa konsep Barat tidak bisa serta merta ditiru, utamanya terkait keterlibatan wanita pada dunia kerja dan perubahan struktur di masyarakat yang dapat memuluskan jalan mereka menuju kesetaraan. Hal ini disebabkan budaya dan latar belakang sejarah juga harus dipertimbangkan. Pada kasus di Indonesia, keterlibatan wanita di dunia kerja dan perubahan peran dalam keluarga tidak cukup untuk merubah pandangan masyarakat dan budaya yang telah mendarah daging secara turun menurun.

DISKUSI

Penjelasan mengenai kondisi keluarga di Indonesia terkait pembangunan dan modernisasi, perkawinan, lokasi geografis, serta budaya menunjukkan variasi struktur dan komposisi keluarga dalam masyarakat Indonesia. Menurut Goode (1963), hal ini acapkali terjadi di negara yang sedang membangun, serta sering dikaitkan sebagai dampak industrialisasi dan modernisasi. Salah satu poin terpenting dari perubahan struktur keluarga yang dapat ditemui adalah perubahan keluarga yang terfokus pada keluarga inti. Hal ini sesuai dengan pendapat Buttenheim dan Nobles (2009:228) yang menyebutkan bahwa modernisasi, tanpa disadari, telah melemahkan ikatan jaringan keluarga besar (*extended family*) dan lebih terfokus pada keluarga inti (*nuclear family*).

Hal lain yang juga mengalami perubahan adalah syarat perkawinan dalam pembentukan keluarga. Jika mengacu pada UU Perkawinan, syarat pembentukan keluarga di Indonesia melalui pernikahan adalah sepasang laki-laki dan perempuan berbeda jenis kelamin, serta menganut agama dan keyakinan yang sama. Pada praktiknya, tentu saja banyak deviasi dalam masyarakat yang dapat ditemui. Salah satu situasi yang mudah ditemui adalah adanya praktik poligami ketika keluarga terdiri dari satu ayah dan beberapa ibu. Selain itu, ada praktik pasangan sejenis yang jumlahnya masih sangat sedikit dan dilakukan tidak secara terbuka. Keragaman dalam bentuk perkawinan ini menjadi bagian penting dalam mendefinisikan keluarga di Indonesia karena negara wajib memberikan perlakuan yang sama pada warganya.

Fenomena keluarga yang terpisah jarak yang satu atau lebih anggota keluarganya tidak tinggal bersama, khususnya yang tinggal di negara yang berbeda, memunculkan tantangan baru terkait dengan ideologi tentang keluarga, utamanya menyangkut perubahan peran dari masing-masing anggota keluarga. Pada *transnational family*, saat ibu pergi meninggalkan keluarganya maka ia dianggap gagal dalam memenuhi konsep ideal perempuan untuk melayani suami, menjalankan peran domestik dan mengasuh anak secara langsung (Parrenas, 2005). Selain itu, Nilan (2008) menjelaskan bahwa UU Perkawinan Indonesia Tahun 1974 menyatakan peran suami sebagai kepala keluarga yang bertugas menjaga istri dan memenuhi semua kebutuhannya. Hal ini menjelaskan bahwa budaya Indonesia diterjemahkan oleh negara melalui perundang-undangan yang mengikat semua warganya tanpa mengindahkan keragaman dan konteks individu yang terjadi dalam masyarakat.

Perbedaan lokasi geografis antar-anggota keluarga pun dapat dilihat dengan konsep *imagined community* oleh Anderson (1991). Imajinasi dapat terbentuk walaupun mereka tidak sering atau tidak pernah berjumpa, bahkan jarang mendengar kabar tentang mereka. Hal ini dimungkinkan sebab para anggota keluarga yang terpisah jauh tetap mempercayai bahwa mereka adalah satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dari keluarganya. Dalam pandangan Anderson (1991), komunitas tidak dicirikan berdasarkan keunikannya, tetapi tergantung pada bayangan atas konsep keluarga yang dimiliki oleh tiap anggotanya.

Pada kasus negara, Anderson (1991) mencontohkan bahwa orang Jawa akan selalu terikat dengan orang Jawa lainnya meskipun mereka tidak pernah bertemu ataupun memiliki budaya yang tidak sepenuhnya sama. Imajinasi mereka tentang Jawa yang mengikat mereka sebagai satu komunitas. Hal yang sama juga terjadi pada keluarga terpisah jarak ini karena keluarga dibentuk berdasarkan imajinasi dan ikatan perasaan yang dibangun antar-anggota keluarga itu tanpa mewajibkan kehadiran fisik mereka pada tempat dan waktu yang sama.

Berdasarkan fenomena yang terjadi di masyarakat Indonesia sekarang ini, posisi keluarga di Indonesia juga sesuai dengan konsep kajian antropologi terkait *intersectionality*. Brah dan Phoenix (2004) berpendapat bahwa *intersectionality* menggarisbawahi dimensi berbeda dari kehidupan sosial yang tidak terpisahkan dari elemen-elemen yang menyusunnya. Lebih lanjut, Brah dan Phoenix (2004) mengklaim bahwa *intersectionality* menunjukkan kerumitan, keragaman, variasi, dan dampak yang dapat terjadi ketika berbagai dimensi tersebut dipertemukan, misalnya dimensi ekonomi, politik, budaya, fisik, pengalaman personal bertemu dalam konteks sejarah. Hal inilah juga dapat ditemui pada konteks keluarga di Indonesia. Banyak ditemui, tulang punggung dan pencari nafkah utama dalam keluarga bukanlah ayah maupun ibu, melainkan anak. Situasi seperti ini banyak ditemukan pada kasus buruh migran. Para buruh migran yang telah menikah dan memiliki anak juga terpaksa bekerja ke luar negeri dan meninggalkan anak mereka untuk diasuh oleh anggota keluarga lainnya, misalnya orang tua mereka. Perubahan dalam struktur keluarga, perubahan komposisi anggota keluarga, perbedaan konteks lokasi geografis, serta pergeseran peran dalam rumah tangga dapat ditinjau melalui kacamata *intersectionality*. Konsep ini melihat hubungan antara sejarah dan budaya ketika bertemu dengan pengalaman personal dari perilakunya.

KESIMPULAN

Berdasarkan konsep *imagined community* dan *intersectionality*, dapat disimpulkan bahwa konsep keluarga di Indonesia tidak lagi dapat dibatasi oleh struktur, lokasi, dan pembagian peran. Definisi keluarga mesti melampaui ketiga batasan tersebut meskipun budaya masih menjadi pengikat utama, khususnya dalam kaitannya dengan perkawinan. Melihat fakta tersebut, negara, khususnya Indonesia hendaknya memberikan definisi keluarga yang lebih elastis terhadap keragaman dan mempertimbangkan berbagai konteks dan pengalaman individu dari masyarakat yang selama ini tidak pernah terakomodasi melalui Undang-Undang. Pemahaman mengenai keragaman ini hendaknya menjadi basis dari penyusunan Undang-Undang. Negara juga tidak bisa lagi menggeneralisasi masyarakat Indonesia menjadi satu definisi keluarga yang bersifat homogen. Pemahaman mengenai keragaman dalam keluarga yang banyak ditemui sekarang ini akan menjadikan Indonesia sebagai salah satu negara dengan masyarakat yang inklusif dan menjunjung tinggi kesetaraan pada semua lapisan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

"Analisis proses bisnis PT. Wings". (2013). *Catatan Digital.* Diakses dari http://jefryrifkiefahrezy.blogspot.co.id/2013/11/analisis-proses-bisnis-ptwings.html

Anderson, B. (1991). *Imagined communities: Reflections on the origin and spread of nationalism (Revised Edition)*. London and New York: Verso.

Angelina, M. (2014). *Gambaran komitmen pasangan samen leven (kumpul kebo)* (Skripsi). Universitas Indonesia Esa Unggul, Jakarta. Diakses dari http://digilib.esaunggul.ac.id/UEU-Undergraduate-2007-71-091/1668

Beasley, C. (1994). *Sexual economyths: Conceiving a feminist economics.* New South Wales, Australia: Allen and Unwin.

Belandina, L. (2015). *Peranan keluarga dalam budaya Indonesia*. Diakses dari www.fokal.info/fokal/2015/10/peranan-keluarga-dalam-budaya-indonesia/

Blackburn, S. & Bessel, S. (1997). Marriageable age: Political debates on early marriage in twentieth-century Indonesia. *Indonesia, 63*, 107-141. doi: 10.2307/3351513

Brah, A & Phoenix, A. (2004). Ain't I a woman: Revisiting intersectionality. *Journal of International Women's Studies, 5*(3), 75-86.

Buttenheim, A.M. & Nobles, J. (2009). Ethnic diversity, traditional norms, and marriage behaviour in Indonesia. *Population Studies: A Journal of Demography, 63*(3), 277-294. doi: 10.1080/00324720903137224

Friedman, M & Schultermandl, S (Ed). (2011). *Growing up transnational: Identity and kinship in a global era*. Toronto: University of Toronto Press.

Goode, W. (1963). *World revolution and family patterns*. New York: Free Press.

Hamdi, I. (2017, 17 Februari). Hasil survei, orang Indonesia paling intoleran dengan LGBT. *Tempo Online.* Diakses dari https://nasional.tempo.co/read/news/2017/02/17/173847431/hasil-survei-orang-indonesia-paling-intoleran-dengan-lgbt

Hatmadji, S.H & Utomo, I D (Ed). (2004). *Empowerment of Indonesian women: Family, reproductive health, employment and migration*. Jakarta: Demographic Institute, Faculty of Economics University of Indonesia.

Hays, J. (2008). *Marriage, polygami and divorce in Indonesia.* Diakses dari http://factsanddetails.com/indonesia/People_and_Life/sub6_2d/entry-3989.html.

"Iklan layanan masyarakat". (2010, 13 Januari). *Jual Iklan Jadul*. Diakses dari http://iklan-jadul.blogspot.com/2010/01/iklan-layanan-masyarakat.html

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Pedoman umum program Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI

Laksmiwati, I.A.A. (2003). Transformasi sosial dan perilaku reproduksi remaja. *Jurnal Studi Jender SRIKANDI, 3*(1), 1-11, Diakses dari http://docplayer.info/30868510-Transformasi-sosial-dan-perilaku-reproduksi-remaja-ida-ayu-alit-laksmiwati.html

Maizufri, Ratna, I.N.K.R, Cika, I.K., & Kusuma, I.N.W. (2014). Cultural diversity in three Motingo Busye's romance 'popular' novel, *e-Journal of Linguistics*. Diakses dari http://ojs.unud.ac.id/index.php/eol/article/viewFile/4531/3446

Nilan, P. (2008). Youth transitions to urban, middle-class marriage in Indonesia: Faith, family and finances. *Journal of Youth Studies 11*(1), 65-82. doi: 10.1080/13676260701690402

Nurmila, N. (2007). *Negotiating polygamy in Indonesia: Between Muslim discourse and women's lived experiences* (Unpublished Ph.D. Thesis). University of Melbourne, Melbourne.

Oktriyanto, Puspitawati, H. & Muflikhati, I. (2015). Nilai anak dan jumlah anak yang diinginkan pasangan usia subur di wilayah perdesaan dan perkotaan. *Jurnal Ilmu Keluarga dan Konsumen 8*(1), 1-9. doi: 10.24156/jikk.2015.8.1.1

Parrenas, R.S. (2005). *Children of global migration: Transnational families and gendered woes*. Stanford, California: Stanford University Press.

Puspitawati, H. (2012). *Gender dan keluarga: Konsep dan realita di Indonesia*. Bogor: PT IPB Press.

Rohman, A. (2013). Reinterpret polygamy in Islam: A case study in Indonesia. *International Journal of Humanities and Social Science Invention*, *2*(10), 68-74. doi: 10.2319/ssrn.2258284

Rubis, A. (2011). The long-distance family: New, and made in America. *Huffington Post.* Diakses dari http://www.huffingtonpost.com/anastasia-rubis/long-distance-families_b_1136438.html

"Rumah masa depan". (2006, 13 Oktober). *80-an*. Diakses dari http://lapanpuluhan.blogspot.co.id/2006/10/rumah-masa-depan.html

Santoso, D. (2003, 1 Desember). Getting around the inter-religious marriage law. *The Jakarta Post*. Diakses dari http://www.thejakartapost.com/news/2003/12/01/getting-around-interreligious-marriage- law.html

Soemanto, R.B. (2002). *Pengertian dan ruang lingkup sosiologi keluarga.* Diakses dari repository.ut.ac.id/4652/1/SOSI4413-M1.pdf.

Sunaryo, A. (2010). Poligami di Indonesia (Sebuah analisis normatif-sosiologis). *Yin Yang: Jurnal Studi Gender dan Anak, 5*(1), 143-167. Diakses dari http://ejournal.iainpurwokerto.ac.id/index.php/yinyang/article/view/265

Supriyantini, S. (2002). *Hubungan antara pandangan peran gender dengan keterlibatan suami dalam kegiatan rumah tangga* (Tesis). Universitas Sumatera Utara, Medan. Diakses dari library.usu.ac.id/download/fk/psiko-sri.pdf

Von Der Borch, R. (2008). Straddling worlds: Indonesian migrant domestic workers, dalam M. Ford & L. Parker, *Women and work in Indonesia.* Oxon, UK: Routledge.

Jurnal Kependudukan Indonesia | Vol. 13 No. 1 Juni 2018 | 27-38

JURNAL KEPENDUDUKAN INDONESIA

p-ISSN: 1907-2902 (Print)
e-ISSN: 2502-8537 (Online)

DINAMIKA PEMAKAIAN KONTRASEPSI MODERN DI INDONESIA (ANALISIS DATA SUSENAS 2015)

THE DYNAMIC OF MODERN CONTRACEPTIVE USE IN INDONESIA (ANALYSIS OF SUSENAS 2015 DATA)

Mario Ekoriano[1] dan Firma Novita[2]
[1] Pusat Penelitian dan Pengembangan KB dan KS– BKKBN
[2] Pusdiklat Kependudukan dan KB – BKKBN

Korespondensi penulis: marioekoriano@gmail.com

Abstract

Data on contraceptive methods use are needed to evaluate the family planning program and contraceptive needs in the future. Therefore, it is important to understand the changing of contraceptive methods' usage and influential factors to choose a certain contraceptive method. This study aims to find out the displacement dynamics of modern contraceptive use in Indonesia, both short term and long term methods. The study analyzed data from the National Socio-economic Survey (Susenas) in 2015 by using descriptive and inferential statistical techniques. The results of the study show a shifting on contraceptive use that was previously dominated by the short-term methods to the long terms ones, mostly by couples of childbearing age with a smaller number of children. This study also found a correlation between the choice of contraceptive method and the number of children ever born to couples of childbearing age. The changes of couples of childbearing age's mindset on the desirable number of children are likely to be considered when deciding to shift to long-term contraceptive methods, such as tubectomy, vasectomy, IUD, and implant.

Keywords*: Contraceptive methods, contraceptive use, Indonesia, Susenas 2015 analysis*

Abstrak

Data pemakaian metode kontrasepsi diperlukan untuk mengevaluasi penggunaan kontrasepsi dan perencanaan kebutuhannya di masa mendatang. Oleh karena itu, penggantian metode kontrasepsi dan faktor-faktor yang memengaruhi penggunaan metode kontrasepsi tertentu menjadi penting untuk diperhatikan. Studi ini bertujuan untuk mengetahui dinamika dan alur perpindahan pemakaian kontrasepsi modern di Indonesia, baik metode kontrasepsi jangka panjang maupun jangka pendek. Studi ini menggunakan data Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) tahun 2015, khususnya yang terkait dengan pemakaian kontrasepsi pada pasangan usia subur (PUS) berusia 15-49 tahun. Teknik analisis yang digunakan dalam kajian ini adalah statistik deskriptif dan inferensial. Hasil analisis menunjukkan adanya pergeseran pemakaian kontrasepsi yang sebelumnya lebih didominasi metode jangka pendek menjadi metode jangka panjang, terutama oleh PUS dengan jumlah anak sedikit. Kajian ini juga menemukan adanya korelasi antara metode pemakaian kontrasepsi dan jumlah anak yang telah dilahirkan oleh PUS. Perubahan pola pikir PUS terkait jumlah anak yang akan dilahirkan umumnya menjadi pertimbangan peralihan pemakaian kontrasepsi jangka panjang, seperti metode kontrasepsi MOW, MOP, IUD, dan implan.

Kata kunci: Metode kontrasepsi, Pemakaian kontrasepsi, Indonesia, Analisis Susenas 2015

PENDAHULUAN

Salah satu prioritas pemerintah melalui Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) adalah meningkatkan kesertaan pemakaian metode kontrasepsi jangka panjang dari 20,5% di tahun 2015 menjadi 21,1% pada tahun 2016. Program ini menjadi target pemerintah sebab kontrasepsi jangka panjang memungkinkan kontinuitas penggunaan layanan KB oleh pasangan usia subur (PUS). Metode kontrasepsi jangka panjang juga dapat meminimalisasi angka *drop out* pemakaian kontrasepsi yang umum dijumpai pada penggunaan layanan metode kontrasepsi jangka pendek, seperti suntik dan pil. Dalam konteks yang lebih luas, peningkatan penggunaan layanan metode kontrasepsi jangka panjang dapat membantu perencanaan pemerintah terkait penyediaan kebutuhan kontrasepsi tiap tahunnya. Perencanaan yang tepat terkait penyediaan metode kontrasepsi yang diperlukan oleh masyarakat dibutuhkan agar tidak terjadi kondisi *stock out* atau kekurangan penyediaan alat kontrasepsi.

Hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) pada tahun 2015 menunjukkan bahwa pemakaian metode kontrasepsi jangka panjang di Indonesia baru mencapai 10,2%. Kondisi ini sesuai dengan temuan pada kajian Imbarwati (2009) yang mendapatkan bahwa sebagian besar masyarakat lebih memilih menggunakan metode kontrasepsi jangka pendek. Penelusuran terkait faktor-faktor sosial demografi PUS dalam kajian tersebut memperlihatkan bahwa faktor-faktor seperti tingkat kesejahteraan keluarga, kepemilikan jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas), tingkat pengetahuan, dukungan pasangan, dan pengaruh agama tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan oleh pasangan usia subur (PUS). Meskipun begitu, umur istri menjadi faktor yang paling berpengaruhi dalam pemilihan metode kontrasepsi yang digunakan PUS. Kajian lainnya oleh Ekoriano dan Nasution (2012) menunjukkan bahwa dokter dan bidan yang telah dilatih sebagai pemberi layanan pemasangan kontrasepsi jangka panjang tidak memiliki pengaruh signifikan untuk meningkatkan kesertaan pemakaian kontrasepsi jangka panjang tersebut.

Salah satu upaya peningkatan penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang oleh pemerintah tertuang dalam Peraturan Kepala BKKBN No.165/PER/E1/2011 tentang Pelayanan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang bagi seluruh PUS. Tujuan kebijakan ini adalah untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan program keluarga berencana (KB) jangka panjang melalui pemberian pelatihan pemasangan alat kontrasepsi jangka panjang pada bidan dan dokter. Metode kontrasepsi jangka panjang yang termaksud dalam aturan tersebut meliputi implan, metode operasi wanita (MOW), metode operasi pria (MOP), dan IUD.

Meskipun pemakaian metode kontrasepsi, khususnya yang bersifat jangka panjang, dan kebutuhan alat kontrasepsi selalu dievaluasi pemerintah Indonesia tiap tahun, belum ada analisis dan evaluasi dinamika perpindahan pemakaian alat kontrasepsi oleh pengguna layanan program KB. Oleh karena itu, tulisan ini bertujuan untuk mengetahui dinamika penggunaan alat kontrasepsi di Indonesia, khususnya yang terkait dengan perpindahan pemakaian metode kontrasepsi jangka panjang. Kajian ini juga bermaksud menelusuri persebaran penggunaan metode kontrasepsi berdasarkan karakteristik sosial demografi PUS, antara lain melalui variabel kelompok umur, kelompok usia kawin pertama, jumlah anak, tingkat pendidikan, dan wilayah tempat tinggal. Secara khusus, kajian ini juga membahas dinamika pemakaian kontrasepsi modern pada dua provinsi di Indonesia, yaitu Provinsi Bali yang merupakan provinsi dengan capaian pemakaian kontrasepsi jangka panjang tertinggi di Indonesia dan Provinsi Gorontalo yang merupakan provinsi dengan capaian pemakaian kontrasepsi implan (gabungan) tertinggi di Indonesia. Sasaran kajian ini adalah untuk memberikan gambaran kebutuhan alat kontrasepsi yang perlu disediakan oleh pemerintah.

METODE PENELITIAN

Data yang digunakan dalam kajian ini bersumber dari data sekunder, yaitu hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) pada tahun 2015. Survei ini merupakan survei yang rutin dilakukan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) yang memberikan informasi terkait kondisi sosial ekonomi masyarakat, seperti kondisi kesehatan, pendidikan, fertilitas, keluarga berencana, dan perumahan. Data yang dimanfaatkan dalam studi ini adalah informasi tentang pemakaian kontrasepsi oleh PUS dan peralihan jenis kontrasepsi yang digunakan. Informasi tersebut memungkinkan studi ini mengidentifikasi konsistensi ataupun perubahan penggunaan metode kontrasepsi tertentu.

Unit analisis pada kajian ini adalah sampel pasangan usia subur (PUS) berumur 15-49 tahun yang menyatakan menggunakan metode kontrasepsi, baik sebelum survei maupun saat survei dilakukan. Sampel yang menjadi unit analisis berjumlah 29.907 PUS, sedangkan untuk taksiran populasi (*weighted*) berjumlah 7,7 juta PUS berstatus kawin yang mengaku beralih dari satu metode kontrasepsi modern ke metode lainnya dalam satu tahun terakhir.

Data pada kajian ini dianalisis menggunakan dua pendekatan yaitu secara deskriptif dan inferensial. Analisis deskriptif dengan tabulasi silang menyajikan aliran perpindahan pemakaian kontrasepsi modern yang digunakan pasangan usia subur, dengan membandingkan kontrasepsi saat survei dilakukan dan kontrasepsi yang digunakan sebelumnya, baik di tingkat nasional maupun pada dua provinsi yang dikaji khusus dalam studi ini.

Selanjutnya, analisis inferensial dengan uji korelasi dilakukan untuk mengetahui keterkaitan antara faktor sosial demografi PUS dan pilihan metode kontrasepsi modern yang digunakan. Pada kajian ini, faktor sosial demografi yang ditelusuri keterkaitannya adalah jumlah anak yang telah dimiliki PUS. Studi ini mengacu pada Nugroho (2005) dalam interpretasi nilai korelasi yang didapatkan pada analisis ini. Ambang batas nilai korelasi yang diacu sebagai berikut:

a. 0 sampai dengan 0,2 berarti korelasi sangat lemah.
b. 0,21 sampai dengan 0,40 berarti korelasi lemah.
c. 0,41 sampai dengan 0,7 berarti korelasi kuat.
d. 0,71 sampai dengan 0,90 berarti korelasi sangat kuat.
e. 0,91 sampai dengan 0,99 berarti korelasi sangat kuat sekali.
f. 1 berarti korelasi sempurna.

Meskipun data yang tersedia dapat memberikan informasi tentang perpindahan jenis kontrasepsi yang digunakan oleh PUS, tetapi ada keterbatasan informasi terkait episode atau jarak antara waktu pemakaian kontrasepsi sebelumnya dan kontrasepsi yang sedang digunakan saat survei. Dengan demikian, durasi perpindahan pemakaian kontrasepsi dan jumlah kontrasepsi yang telah digunakan dalam rentang episode tertentu tidak diketahui secara pasti. Selain itu, kajian ini hanya dapat memberikan gambaran aliran perpindahan pemakaian kontrasepsi sebelumnya hingga kontrasepsi yang digunakan saat ini (terakhir kali).

KONTRASEPSI MODERN DAN KUALITAS PELAYANAN KELUARGA BERENCANA

Kontrasepsi Modern

Metode kontrasepsi yang digunakan untuk membatasi jumlah anak yang dilahirkan wanita usia subur (15-49 tahun) dapat dikelompokkan menjadi dua jenis, yaitu metode kontrasepsi modern dan metode kontrasepsi tradisonal. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) mengklasifikasikan metode kontrasepsi tradisional meliputi pantang berkala, senggama terputus, kalender, dan sebagainya. Selanjutnya, metode kontrasepsi modern meliputi sterilisasi wanita, sterilisasi pria, pil, IUD, suntik, implan, kondom, dan amenorea laktasi (MAL) (BPS, BKKBN, Kementerian Kesehatan, & ICF International, 2013).

Prawirohardjono (1996) menjelaskan lebih lanjut tentang metode kontrasepsi modern, sebagai berikut:

a. Metode Amonera Laktasi (MAL): metode kontrasepsi yang mengandalkan pemberian air susu ibu (ASI) secara eksklusif. Artinya, bayi hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya. Metode ini mempunyai efektivitas tinggi, yakni 98% pada enam bulan pasca persalinan.
b. Kondom: metode kontrasepsi yang tidak hanya mencegah kehamilan, tetapi juga mencegah infeksi menular seksual (IMS), termasuk HIV/AIDS. Kondom cukup efektif bila dipakai secara benar pada setiap kali berhubungan seksual. Pada beberapa pasangan, pemakaian kondom tidak efektif karena tidak dipakai secara konsisten. Secara alamiah, angka kegagalan kondom tercatat rendah yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun.
c. Pil: metode kontrasepsi modern yang efektif dan reversibel, serta harus dikonsumsi setiap hari. Efek samping pada bulan-bulan pertama berupa mual dan pendarahan bercak yang tidak berbahaya dan akan segera hilang. Pil dapat digunakan oleh semua wanita usia reproduksi, baik yang sudah maupun belum mempunyai anak, tetapi tidak dianjurkan pada ibu menyusui.
d. Suntikan: metode kontrasepsi dengan efektivitas tinggi (0,3 kehamilan per 100 perempuan per tahun), tetapi perlu dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan.
e. Implan: metode kontrasepsi yang aman digunakan pada masa laktasi, nyaman, efektif selama lima tahun untuk jenis norplan, serta tiga tahun untuk jadena, indoplan, dan implanon.
f. IUD: metode kontrasepsi modern yang sangat efektif, reversibel, dan berjangka panjang. Sebagai contoh, CuT-308A dapat digunakan hingga 10 tahun.
g. Tubektomi (steril wanita): metode kontrasepsi dengan menggunakan prosedur bedah sukarela untuk menghentikan fertilitas (kesuburan) seorang wanita. Mekanisme metode tubektomi adalah mengoklusi tuba fallopi (mengikat dan mendorong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.

h. Vasektomi (steril pria): metode kontrasepsi dengan melakukan prosedur klinis untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan okulasi vasa deferensia sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilasi (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi.

Kualitas Pelayanan Keluarga Berencana

Akses terhadap pelayanan KB yang berkualitas merupakan suatu unsur penting dalam upaya mencapai pelayanan kesehatan reproduksi, sebagaimana tercantum dalam program aksi dari *International Conference on Population and Development* (ICPD) di Kairo tahun 1994. Pelayanan kesehatan reproduksi merupakan hak setiap orang untuk memperoleh informasi dan akses terhadap berbagai metode kontrasepsi yang aman, efektif, dan terjangkau. Agar dapat memberikan pelayanan KB yang bermutu, pelayanan perlu disesuaikan dengan kebutuhan klien, dilakukan secara profesional dan memenuhi standar pelayanan, kerahasiaan, serta tidak membiarkan pihak pengguna layanan terlalu lama menunggu (Prawirohardjono, 1996).

Petugas fasilitas kesehatan berperan penting dalam pemberian layanan KB yang berkualitas. Mereka bertanggung jawab untuk memberikan informasi tentang pilihan kontrasepsi yang tersedia dan menjelaskan kepada para calon penggunan kontrasepsi terkait kemampuan fasilitas kesehatan dalam melayani berbagai pilihan kontrasepsi. Petugas fasilitas kesehatan juga harus memastikan pelayanan yang diberikan memenuhi persyaratan yang diinginkan, tersedia pada waktu yang telah ditentukan, nyaman bagi klien, dan kontrasepsi yang diinginkan pengguna tersedia dalam jumlah yang cukup. Pemberian pelayanan KB yang berkualitas diharapkan dapat mendorong pemakaian kontrasepsi dalam jangka waktu yang lama dan tidak terputus.

Penggunaan kontrasepsi dalam jangka panjang tidak semata-mata dipengaruhi oleh keberadaan pelayanan KB yang berkualitas. Pola pemanfaatan layanan KB oleh PUS juga turut memengaruhi keberlangsungan penggunaan kontrasepsi. Dari pihak pengguna layanan, pemahaman mengenai pentingnya dan manfaat metode kontrasepsi jangka panjang perlu ditingkatkan, tidak hanya bagi istri, tetapi juga pihak suami. Hal ini dapat dilakukan antara lain dengan cara meningkatkan komunikasi antara suami dan istri, meningkatkan penggunaan metode kontrasepsi pria, serta meningkatkan upaya pencegahan IMS.

DINAMIKA PERUBAHAN PENGGUNAAN KONTRASEPSI MODERN DI INDONESIA

Seperti yang telah dibahas di bagian sebelumnya, kontrasepsi modern dapat dibedakan menjadi metode jangka pendek dan metode jangka panjang. Dalam kajian ini, metode kontrasepsi jangka pendek meliputi suntikan, pil, dan kondom, sedangkan metode kontrasepsi jangka panjang meliputi IUD, suntikan, implan, MOW (tubektomi), dan MOP (vasektomi). Seperti yang dicermati pada Tabel 1, kontrasepsi yang paling banyak digunakan PUS adalah metode suntik, diikuti oleh metode pil. Kondisi ini menandakan bahwa metode kontrasepsi jangka pendek masih menjadi pilihan utama layanan KB di Indonesia.

Jika ditinjau dari metode kontrasepsi yang digunakan sebelumnya, sebagian besar PUS yang saat ini menggunakan alat KB berupa suntikan atau pil juga sebelumnya memanfaatkan kontrasepsi jangka pendek lainnya. Hal ini dapat dilihat dari persentase perpindahan kontrasepsi pil ke kontrasepsi suntik sebesar 78,4% ataupun persentase perpindahan dari kontrasepsi suntik ke kontrasepsi pil sebesar 49,9%. Besarnya proporsi perpindahan dari satu metode kontrasepsi jangka pendek ke metode jangka pendek lainnya mengakibatkan tingginya tingkat putus pakai kontrasepsi pada metode ini. Sebagai contoh, tingkat putus pakai kontrasepsi pil sebesar 40,7% (BPS, BKKBN, Kemenkes, & ICF International, 2013).

Tabel 1. Pemakaian metode kontrasepsi modern di Indonesia (%)

		Metode kontrasepsi yang sedang digunakan							Total
		MOW	MOP	IUD	Suntikan	Implan	Pil	Kondom	
Metode kontrasepsi digunakan sebelumnya	IUD	13,5	0,7	11,1	44,7	5,3	20,2	4,5	100
	Suntikan	7,0	0,4	10,1	16,5	14,1	49,9	2,0	100
	Implan	5,1	0,5	4,5	61,4	4,6	23,1	0,8	100
	Pil	3,5	0,2	5,2	78,4	6,1	5,5	1,1	100
	Kondom	6,1	-	9,8	51,6	5,6	21,3	5,6	100
Total		6,0	0,4	8,0	43,4	9,9	30,5	1,8	100

Sumber: Olah data Susenas 2015

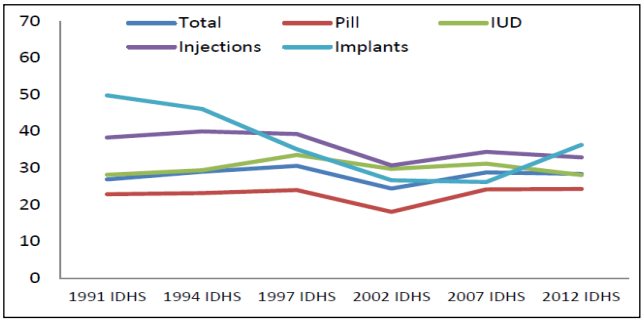
Peralihan ke metode kontrasepsi suntik juga dilakukan oleh PUS yang sebelumnya menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang. Misalnya, proporsi PUS yang awalnya menggunakan metode implan dan beralih menggunakan suntik sebesar 61,4%. Selain itu, terdapat sekitar 44,7% pengguna metode kontrasepsi IUD yang kemudian beralih ke metode suntikan. Situasi ini sejalan dengan kajian Ekoriano dan Raharja (2014) yang memperlihatkan bahwa tingginya proporsi peralihan pemakaian kontrasepsi ke metode pil dan metode suntikan terkait dengan sosialisasi yang dilakukan oleh kader kepada masyarakat. Serupa dengan itu, kajian Ekoriano, Kasmiyati, Hadriah, dan Sari (2016) menemukan bahwa sosialisasi yang dilakukan oleh kader program KB lebih banyak memperkenalkan kontrasepsi suntik dan pil. Oleh karena itu, tidak mengherankan jika suntik dan pil merupakan metode kontrasepsi modern yang dikenal dan digunakan secara umum oleh PUS di Indonesia.

Hal lain yang dapat dicermati dari Tabel 1 adalah rendahnya proporsi perpindahan penggunaan metode kontrasepsi jangka pendek ke metode jangka panjang. Sebagai contoh, proporsi pengguna alat KB berupa suntikan yang kemudian beralih ke metode kontrasepsi jangka panjang (MOW, MOP, IUD, dan implan) sebesar 31,6%, sedangkan proporsi pengguna alat KB pil dan kondom yang beralih ke metode kontrasepsi jangka panjang berturut-turut sebesar 15% dan 21,5%. Situasi ini senada dengan kajian Raharja (2011) yang menemukan bahwa proporsi penggantian metode kontrasepsi jangka pendek ke jangka panjang tergolong relatif kecil.

Temuan ini menunjukkan perlunya usaha yang lebih optimal untuk meningkatkan minat akseptor menggunakan kontrasepsi jangka panjang, sesuai dengan kebijakan pemerintah. Dengan menggunakan kontrasepsi jangka panjang, akseptor tidak perlu pergi ke tempat pelayanan KB dalam jangka waktu singkat. Kondisi ini juga sekaligus dapat menurunkan tingkat putus pakai kontrasepsi. Untuk itu, kualitas dan efektivitas kontrasepsi perlu diperhatikan. Rajagukguk (1997) menyatakan bahwa elemen kualitas pelayanan KB tertumpu pada perspektif klien yang berdampak pada kelangsungan penggunaan meliputi pilihan metode, informasi, kemampuan teknis petugas, hubungan petugas-klien, ketersediaan layanan lanjut, dan ketepatan konstelasi pelayanan.

Besarnya pemakaian kontrasepsi jangka pendek umumnya berimbas pada tingginya tingkat putus pakai (*discontinuation rate*) alat kontrasepsi. Gambar 1 menunjukkan tingkat putus pakai alat kontrasepsi pada satu tahun pertama pemakaian yang disebabkan oleh efek samping. Dapat dicermati bahwa kontrasepsi pil, suntik, implan dan IUD menunjukkan tingkat putus pakai di atas 20% selama 12 bulan pertama yang disebabkan oleh efek samping. Efek samping dapat menyebabkan PUS berhenti menggunakan jenis kontrasepsi tertentu atau beralih menggunakan metode kontrasepsi jenis lainnya. Meskipun begitu, jika penghentian penggunaan metode kontrasepsi disebabkan oleh efek samping umumnya tidak langsung diikuti dengan penggunaan metode kontrasepsi lainnya dalam waktu singkat. Tingkat putus pakai alat kontrasepsi yang berhubungan dengan perpindahan metode kontrasepsi umumnya terjadi pada wanita dengan jumlah anak tertentu (Fathonah, 1996).

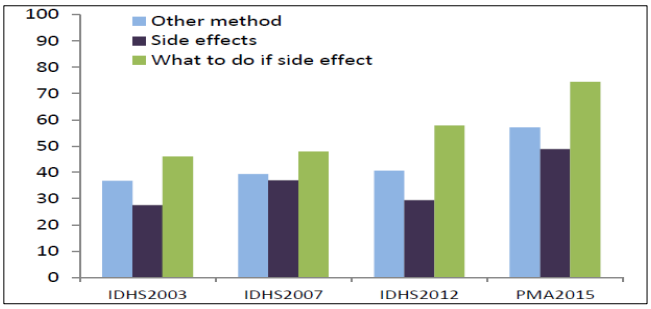
Gambar 1. Tingkat putus pakai kontrasepsi akibat efek samping dalam 12 bulan pertama pemakaian



Sumber: BPS, BKKBN, Kemenkes, & ICF International (2013)

Tingginya tingkat putus pakai sejumlah alat kontrasepsi juga dapat disebabkan penilaian terhadap kualitas pelayanan metode kontrasepsi tertentu, termasuk efek samping yang dapat ditimbulkan dan kenyamanan penggunaan kontrasepsi (Bachrun, 2009; Leite, Diamond, & Smith, 1999). Kondisi ini dapat mengindikasikan keterbatasan *informed choice* yang diperoleh oleh PUS memengaruhi pilihan penggunaan kontrasepsi. Gambar 2 menyajikan fluktuasi tren pemberian *informed choice* semenjak tahun 2002-2003 hingga tahun 2015.

Gambar 2. Perbandingan *Method Information Index* (MII)



Sumber: BPS, BKKBN, Kemenkes, & ICF International (2013); BKKBN, UGM, UNHAS & USU (2015)

Seperti yang dapat dicermati pada Gambar 2, pada tahun 2015, *Method Information Index* (MII) terkait informasi efek samping tidak lebih dari 50%. Rendahnya angka MII tersebut menunjukkan bahwa tidak seluruh PUS mendapatkan informasi terkait kontrasepsi yang cocok bagi mereka. Padahal, pasangan usia subur usia 15-49 tahun yang akan menggunakan alat kontrasepsi seharusnya mendapatkan *informed choiced* yang menyeluruh sehingga angka MII mencapai 100%.

Kajian ini selanjutnya mengamati alur perpindahan penggunaan metode kontrasepsi (Tabel 2) berdasarkan karakteristik sosial demografi penggunanya. Dapat dicermati bahwa sekitar sepertiga PUS dengan kategori tingkat pendidikan tinggi yang awalnya menggunakan IUD tetap menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang saat survei dilakukan, baik berpindah ke MOW, MOP, dan implan, ataupun tetap menggunakan metode IUD. Hasil tabulasi silang juga menunjukkan bahwa PUS yang memiliki tingkat pendidikan tinggi lebih memilih beralih menggunakan kontrasepsi jangka panjang non hormonal. Sementara itu, PUS dengan tingkat pendidikan sedang dan rendah cenderung memilih kontrasepsi jangka pendek dan kontrasepsi jangka panjang hormonal (implan).

Selanjutnya, Tabel 2 memperlihatkan bahwa PUS yang kawin pada kelompok usia ideal (di atas 20 tahun) cenderung memilih beralih menggunakan kontrasepsi jangka panjang. Selanjutnya, bagi PUS yang telah mempunyai banyak anak (>2 orang), mayoritas jenis kontrasepsi yang digunakan adalah kontrasepsi steril seperti MOP dan MOW. Berdasarkan kelompok umur, pemakai kontrasepsi yang beralih ke metode MOW dan MOP berusia pada kelompok 35 tahun ke atas.

Lebih lanjut, PUS yang berpendidikan tinggi yang semula menggunakan kontrasepsi suntik beralih menggunakan kontrasepsi jangka panjang (MOW, MOP, IUD). Sebaliknya, PUS berpendidikan rendah cenderung memilih kontrasepsi jangka pendek (suntik, dan pil). Temuan di atas sesuai dengan yang dikemukakan oleh Fathonah (2000) yaitu persentase wanita berpendidikan tinggi yang pindah ke kontrasepsi lain lebih besar dibandingkan dengan wanita yang berpendidikan rendah, masing-masing sebesar 16,5% dan 11,7% secara berturut-turut. Jika diperhatikan dari kelompok usia kawin, PUS yang kawin pada usia muda mempunyai masa untuk bereproduksi lebih lama dibandingkan PUS yang menikah pada usia ideal. PUS yang kawin pada kelompok usia 10-14 tahun yang beralih menggunakan kontrasepsi MOW cukup tinggi (11,9%) dibandingkan kelompok umur lainnya. Hal ini juga memperkuat temuan pada karakteristik jumlah anak, yaitu mayoritas PUS yang mempunyai lebih dari 2 orang anak beralih ke metode kontrasepsi MOW (13% dan 16,4% untuk yang mempunyai anak 3-4 orang dan >4 orang secara berturut-turut). Sementara itu, peralihan pada metode kontrasepsi lainnya tidak menunjukan perbedaan yang berarti. Lebih lanjut, pada kelompok umur terendah, peralihan metode kontrasepsi terjadi dari suntik ke metode kontrasepsi selain steril (MOP dan MOW). Jika ditinjau dari wilayah tempat tinggal, pergantian metode kontrasepsi di perkotaan didominasi oleh metode kontrasepsi MOW dan IUD (8,7%). Sebaliknya metode kontrasepsi implan mayoritas digunakan oleh PUS di wilayah perdesaan (19,4%).

Hal yang sama ditemukan pada PUS yang sebelumnya menggunakan metode kontrasepsi implan, pil, dan kondom yang beralih menggunakan kontrasepsi MOW, MOP, dan IUD. Mayoritas dari mereka adalah PUS yang mempunyai tingkat pendidikan tinggi, dengan status kawin pada kelompok umur 10-14 tahun, mempunyai lebih dari dua orang anak, berdomisili di daerah perkotaan, dan meningkat pada kelompok umur menjelang usia akhir reproduksi (40-44 tahun). Sementara itu, PUS yang berganti cara ke metode kontrasepsi suntik, kondom, pil, dan implan tidak menunjukkan perbedaan yang berarti. Namun, PUS yang beralih menggunakan metode kontrasepsi implan mempunyai status kawin pertama kali pada usia di atas 35 tahun, telah mempunyai banyak anak, dan mayoritas berdomisili di wilayah perdesaan. Hal yang menarik dari analisis ini adalah pada PUS yang sebelumnya menggunakan kondom, tidak satupun suami yang memutuskan untuk menggunakan metode kontrasepsi steril pria (MOP). Hal lainnya adalah PUS yang memutuskan untuk beralih menggunakan metode kontrasepsi implan sebagian besar ditemukan pada wanita yang kawin pertama kali pada kelompok usia muda 10-14 tahun dan saat survei berada pada kelompok usia muda.

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa peralihan pemakaian kontrasepsi atau ganti cara ke metode kontrasepsi implan mayoritas ditemukan pada PUS yang berdomisili di wilayah perdesaan dan mempunyai banyak anak (>2 orang). Di sisi lain, mereka yang mengganti cara menggunakan metode kontrasepsi MOW dan IUD umumnya merupakan PUS yang berpendidikan tinggi, memiliki banyak anak, berusia di atas 40 tahun, dan berdomisili di wilayah perkotaan.

Tabel 2. Distribusi responden berdasarkan alur perpindahan penggunaan metode kontrasepsi dan karakteristik sosial demografi

Karakteristik sosial demografi				Metode kontrasepsi yang sedang digunakan						
				MOW	MOP	IUD	Suntikan	Implan	Pil	Kondom
Metode kontrasepsi yang digunakan sebelumnya	IUD	Tingkat pendidikan	Rendah	11,7%	0,4%	6,7%	56,0%	6,0%	18,7%	0,5%
			Sedang	14,1%	0,5%	5,1%	49,9%	4,3%	23,0%	3,0%
			Tinggi	14,8%	0,9%	16,8%	34,5%	5,1%	20,2%	7,8%
		Usia kawin pertama	10-14	18,3%	5,4%	2,4%	48,5%	3,4%	22,0%	-
			15-19	13,0%	0,1%	5,7%	51,4%	5,3%	22,5%	2,1%
			20-24	14,5%	0,6%	13,5%	41,8%	4,9%	18,9%	5,9%
			25-29	11,4%	1,8%	20,6%	36,0%	6,4%	17,3%	6,6%
			30-34	10,7%	3,3%	16,4%	20,1%	10,5%	20,6%	18,4%
			35-39	100,0%	-	-	-	-	-	-
		Jumlah anak	0-2	6,3%	0,2%	13,6%	48,5%	5,7%	21,1%	4,6%
			3-4	20,5%	1,3%	9,2%	39,7%	3,9%	20,9%	4,6%
			>4	24,7%	0,3%	5,6%	46,4%	9,8%	10,0%	3,1%
		Kelompok umur	15-19	-	-	100,0%	-	-	-	-
			20-24	-	-	7,6%	76,8%	-	11,4%	4,2%
			25-29	3,1%	-	10,7%	54,6%	2,1%	25,6%	3,9%
			30-34	8,0%	-	13,9%	48,9%	6,8%	16,9%	5,6%
			35-39	9,9%	0,3%	11,6%	44,0%	5,6%	23,0%	5,6%
			40-44	15,7%	0,4%	11,8%	43,6%	5,4%	20,2%	3,0%
			45-49	20,6%	1,9%	8,6%	40,0%	5,2%	19,0%	4,7%
		Wilayah	Perkotaan	13,4%	0,7%	13,0%	40,4%	4,7%	21,2%	6,7%
			Perdesaan	13,7%	0,7%	8,2%	51,8%	6,3%	18,6%	0,8%
		Total		13,5%	0,7%	11,1%	44,7%	5,3%	20,2%	4,5%
	Suntikan	Tingkat pendidikan	Rendah	6,9%	0,5	5,7	17,9%	16,3%	51,9%	0,8%
			Sedang	5,2%	0,3	10,1	15,9%	14,2%	52,6%	1,6%
			Tinggi	8,6%	0,4	15,8	14,6%	10,9%	45,7%	4,0%
		Usia kawin pertama	10-14	11,9%	0,4%	2,5%	12,1%	19,2%	53,7%	0,2%
			15-19	6,6%	0,4%	7,4%	16,9%	15,9%	51,7%	1,0%
			20-24	7,0%	0,4%	12,2%	16,8%	12,3%	48,4%	2,9%
			25-29	7,5%	0,6%	16,4%	14,7%	11,3%	45,7%	3,9%
			30-34	8,3%	0,5%	13,3%	14,1%	9,3%	51,6%	3,0%
			35-39	15,8%	-	11,8%	27,0%	4,1%	41,4	-
		Jumlah anak	0-2	2,4%	0,2%	9,5%	17,8%	13,2%	54,6%	2,1%
			3-4	13,0%	0,7%	11,2%	14,2%	15,2%	43,8%	1,9%
			>4	16,4%	0,7%	9,8%	16,1%	15,1%	40,0%	1,8%
		Kelompok umur	15-19	-	-	3,6%	15,1%	5,1%	76,3%	-
			20-24	-	-	6,2%	19,9%	12,9%	59,4%	1,5%
			25-29	1,3%	0,1%	7,0%	21,7%	14,5%	53,7%	1,7%
			30-34	3,4%	0,1%	10,1%	20,2%	15,8%	48,3%	2,1%
			35-39	7,7%	0,2%	11,8%	14,7%	14,9%	48,4%	2,3%
			40-44	12,2%	1,1%	10,9%	12,1%	13,7%	48,2%	1,9%
			45-49	15,9%	1,1%	11,9%	11,5%	9,8%	47,4%	2,5%
		Wilayah	Perkotaan	8,7%	0,4%	13,6%	15,4%	8,7%	50,1%	3,1%
			Perdesaan	5,3%	0,4%	6,5%	17,6%	19,4%	49,7%	1,0%
		Total		7,0%	0,4%	10,1%	16,5%	14,1%	49,9%	2,0%
	Implan	Tingkat pendidikan	Rendah	5,3%	0,5%	2,4%	63,7%	4,8%	22,9%	0,4%
			Sedang	3,3%	0,1%	4,3%	67,9%	4,0%	19,8%	0,6%
			Tinggi	6,3%	1,0%	9,8%	48,4%	4,7%	27,8%	2,0%
		Usia kawin pertama	10-14	4,2%	-	-	65,4%	1,9%	28,5%	-
			15-19	5,0%	0,4%	3,3%	65,6%	4,1%	21,1%	0,4%
			20-24	4,9%	0,4%	6,4%	56,5%	5,7%	24,8%	1,2%
			25-29	7,6%	2,4%	8,8%	46,2%	4,3%	29,7%	1,1%
			30-34	2,8%	-	8,1%	47,9%	8,1%	23,1%	10,1%
			35-39	-	-	-	67,2%	32,8%	-	-
		Jumlah anak	0-2	2,6%	0,6%	3,8%	65,0%	3,7%	23,7%	0,6%
			3-4	7,3%	0,4%	5,9%	58,2%	4,7%	22,6%	0,8%
			>4	8,0%	0,3%	3,3%	56,8%	7,8%	22,3%	1,6%
		Kelompok umur	15-19	-	-	-	-	-	100%	-
			20-24	-	-	2,4%	75,1%	4,1%	18,4%	-
			25-29	-	-	2,5%	71,0%	2,6%	23,8%	0,1%
			30-34	4,2%	0,5%	4,8%	61,1%	4,5%	23,7%	1,2%
			35-39	5,1%	0,1%	4,0%	63,5%	4,8%	21,8%	0,6%
			40-44	6,8%	0,1%	4,1%	57,8%	4,9%	25,0%	1,4%
			45-49	7,2%	1,9%	7,1%	56,1%	5,2%	22,1%	0,3%
		Wilayah	Perkotaan	5,2%	0,9%	8,7%	53,8%	3,5%	26,9%	0,9%
			Perdesaan	5,0%	0,3%	2,5%	65,0%	5,1%	21,3%	0,7%
		Total		5,1%	0,5%	4,5%	61,4%	4,6%	23,1%	0,8%

Lanjutan Tabel 2.

Karakteristik sosial demografi				Metode kontrasepsi yang sedang digunakan						
				MOW	MOP	IUD	Suntikan	Implan	Pil	Kondom
Metode kontrasepsi yang digunakan sebelumnya	Pil	Tingkat pendidikan	Rendah	3,1%	0,1%	3,6%	81,4%	6,6%	5,0%	0,2%
			Sedang	3,0%	0,4%	3,6%	79,7%	6,4%	5,6%	1,3%
			Tinggi	4,6%	0,2%	8,9%	72,5%	5,2%	6,3%	2,3%
		Usia kawin pertama	10-14	4,70%	-	1,80%	78,50%	10,10%	4,80%	-
			15-19	3,0%	0,20%	3,80%	81,20%	6,30%	4,80%	0,60%
			20-24	4,20%	0,30%	6,50%	75,80%	5,60%	6,30%	1,30%
			25-29	3,20%	0,10%	7,80%	75,80%	5,90%	4,90%	2,40%
			30-34	1,80%	-	12,50%	66,40%	2,90%	10,50%	6,00%
			35-39	10,20%	-	9,50%	29,60%	6,30%	44,40%	-
		Jumlah anak	0-2	1,00%	0,10%	4,6%	82,00%	5,30%	6,00%	1,10%
			3-4	6,60%	0,30%	6,40%	74,0%	6,80%	4,70%	1,20%
			>4	8,60%	0,40%	4,80%	71,60%	8,30%	5,40%	0,80%
		Kelompok umur	15-19	-	-	-	86,7%	2,7%	8,9%	1,7%
			20-24	0,1%	-	1,4%	88,4%	5,0%	4,8%	0,4%
			25-29	0,20%	0,2%	3,4%	85,4%	4,7%	5,7%	0,5%
			30-34	1,00%	0,3%	5,0%	80,8%	6,5%	5,5%	0,9%
			35-39	4,10%	0,2%	5,8%	76,5%	6,8%	5,3%	1,3%
			40-44	5,70%	0,1%	5,8%	74,7%	6,7%	5,4%	1,6%
			45-49	10,30%	0,3%	8,1%	68,4%	5,5%	6,0%	1,4%
		Wilayah	Perkotaan	4,7%	0,2%	7,5%	75,2%	4,9%	5,8%	1,7%
			Perdesaan	2,4%	0,2%	3,1%	81,3%	7,1%	5,2%	0,5%
		Total		3,5%	0,2%	5,2%	78,4%	6,1%	5,5%	1,1%
	Kondom	Tingkat pendidikan	Rendah	0,6%	-	1,4%	62,9%	5,5%	26,6%	3,1%
			Sedang	5,6%	-	3,0%	49,9%	11,8%	25,6%	4,1%
			Tinggi	9,6%	-	18,3%	45,9%	2,3%	16,0%	7,9%
		Usia kawin pertama	10-14	-	-	-	26,3%	40,4%	33,3%	-
			15-19	6,4%	-	3,8%	51,2%	7,3%	28,1%	3,2%
			20-24	6,9%	-	10,3%	58,7%	4,1%	15,6%	4,4%
			25-29	3,1%	-	21,3%	36,7%	4,2%	21,0%	13,7%
			30-34	14,6%	-	-	17,2%	8,4%	59,8%	-
			35-39	-	-	-	-	-	-	100,0%
		Jumlah anak	0-2	1,4%	-	10,7%	58,6%	4,6%	19,6%	5,2%
			3-4	13,2%	-	8,8%	43,7%	6,2%	20,5%	7,5%
			>4	12,2%	-	6,2%	30,4%	12,0%	39,2%	-
		Kelompok umur	15-19	-	-	-	-	100,0%	-	-
			20-24	-	-	5,1%	89,9%	2,1%	1,1%	1,9%
			25-29	3,4%	-	6,3%	67,1%	2,6%	17,1%	3,5%
			30-34	1,4%	-	13,0%	43,5%	7,4%	29,8%	4,9%
			35-39	7,3%	-	8,1%	45,2%	12,0%	16,4%	11,1%
			40-44	17,6%	-	10,9%	43,4%	1,7%	23,4%	3,1%
			45-49	2,6%	-	14,9%	40,2%	-	35,1%	7,2%
		Wilayah	Perkotaan	9,1%	-	12,4%	49,7%	3,8%	18,3%	6,7%
			Perdesaan	0,8%	-	5,3%	55,0%	8,8%	26,3%	3,8%
		Total		6,1%	-	9,8%	51,6%	5,6%	21,3%	5,6%

Sumber: Olah data Susenas 2015

DINAMIKA KONTRASEPSI MODERN DI PROVINSI BALI DAN GORONTALO

Hasil Susenas tahun 2015 secara nasional menunjukkan capaian angka pemakaian kontrasepsi jangka panjang (MOP, MOW, IUD, dan implan) sebesar 10,2%. Pada tingkat provinsi, data Susenas 2015 memperlihatkan bahwa Provinsi Bali memiliki capaian pemakaian kontrasepsi jangka panjang tertinggi dibandingkan provinsi lainnya di Indonesia. Tabel 3 menunjukkan alur perpindahan metode kontrasepsi modern di Provinsi Bali. Dapat dicermati, proporsi perpindahan ke metode kontrasepsi IUD sebesar 22,7%. Angka ini juga merupakan angka tertinggi pemakaian kontrasepsi gabungan IUD di antara PUS yang memakai kontrasepsi di provinsi lainnya. Sementara itu, peralihan atau ganti cara ke metode kontrasepsi jangka panjang lainnya relatif lebih rendah. Hanya 9,9% yang beralih ke MOW, serta sekitar 0,5% dan 3,6% PUS yang beralih ke MOP dan implan secara berturut-turut. Kontrasepsi suntik dan pil masih menjadi pilihan favorit dengan proporsi sebanyak 35,3% PUS yang berpindah ke metode suntik dan 25,8% PUS yang memilih beralih menggunakan pil sebagai metode kontrasepsi.

Tabel 3. Distribusi responden berdasarkan perpindahan metode kontrasepsi modern di Provinsi Bali (%)

		Metode kontrasepsi yang sedang digunakan							Total
		MOW	MOP	IUD	Suntik	Implan	Pil	Kondom	
Metode kontrasepsi yang digunakan sebelumnya	IUD	13,2	1,1	23,5	45,3	1,8	12,7	2,4	100
	Suntikan	10,4	0,3	22,5	17,4	5,0	42,4	2,1	100
	Implan	13,5	-	22,3	52,1	12	-	-	100
	Pil	4,3	-	22,1	57,5	2,9	11,4	1,8	100
	Kondom	-	-	23,6	41,0	-	18,4	17	100
Total		9,9	0,5	22,7	35,3	3,6	25,8	2,2	100

Sumber : Olah data Susenas 2015

Selanjutnya, provinsi dengan capaian pemakaian kontrasepsi implan (kontrasepsi gabungan) tertinggi adalah Provinsi Gorontalo. Hasil Susenas 2015 menemukan bahwa sebanyak 22,29% PUS di provinsi tersebut menggunakan metode kontrasepsi gabungan. Selanjutnya, Tabel 5 memperlihatkan bahwa dari seluruh PUS yang menggunakan berbagai metode kontrasepsi modern, sebesar 23,8% beralih menggunakan kontrasepsi implan. Sementara itu, PUS yang memutuskan untuk beralih menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang lainnya seperti MOW, MOP, dan IUD lebih kecil dibandingkan kontrasepsi implan. Faktor geografis kemungkinan memengaruhi PUS dalam menggunakan kontrasepsi implan sebab sebagian besar PUS di provinsi ini bermukim di wilayah perdesaan. Secara keseluruhan, perpindahan pemakaian kontrasepsi suntik dan pil masih mendominasi pemakaian kontrasepsi di provinsi Gorontalo, sedangkan kontrasepsi implan masih menjadi pilihan utama di antara kontrasepsi jangka panjang lainnya seperti MOW, MOP, dan IUD.

Tabel 4. Distribusi responden berdasarkan perpindahan metode kontrasepsi modern di Provinsi Gorontalo (%)

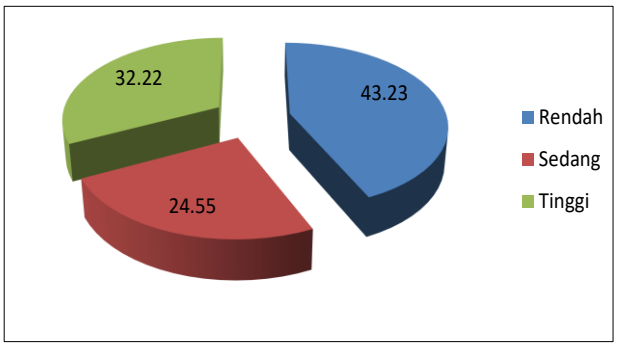
		Metode kontrasepsi yang sedang digunakan							Total
		MOW	MOP	IUD	Suntik	Implan	PIL	Kondom	
Metode kontrasepsi yang digunakan sebelumnya	IUD	-	-	2,8	49,8	20,1	27,3	-	100
	Suntikan	3,2	2,4	6,1	3,2	33,9	51,0	0,3	100
	Implan	1,6	0,8	5,5	51,6	2,8	37,7	-	100
	PIL	2,8	0,4	8,6	66,7	20,8	-	0,7	100
	Kondom	-	-	32,3	42,9	-	24,9	-	100
Total		2,6	1,3	6,8	34,5	23,8	30,5	0,4	100

Sumber : Olah data Susenas 2015

FAKTOR SOSIAL DEMOGRAFI YANG MEMENGARUHI PILIHAN METODE KONTRASEPSI

Tingkat pendidikan ditengarai memiliki andil besar dalam penentuan metode kontrasepsi yang digunakan oleh PUS. Kajian ini membagi tingkat pendidikan PUS menjadi tiga kategori, yaitu pendidikan rendah (tidak sekolah hingga SD), pendidikan menengah (SMP atau sederajat), dan pendidikan tinggi (SMA atau sederajat, Diploma, S1/S2 dan S3). Seperti yang disajikan pada Gambar 3, proporsi tertinggi pengguna kontrasepsi adalah mereka yang berpendidikan rendah (43,23%), diikuti oleh yang berpendidikan tinggi (32,22%) dan pendidikan menengah (24,55%). Banyaknya pengguna kontrasepsi yang berpendidikan rendah menunjukkan pentingnya prioritas program pelayanan KB oleh pemerintah pada PUS dengan tingkat pendidikan rendah. Hal ini senada dengan analisis Bakele, Gebremariam, & Taura (2014) yang menunjukkan bahwa PUS pengguna kontrasepsi umumnya didominasi oleh mereka yang berpendidikan rendah.

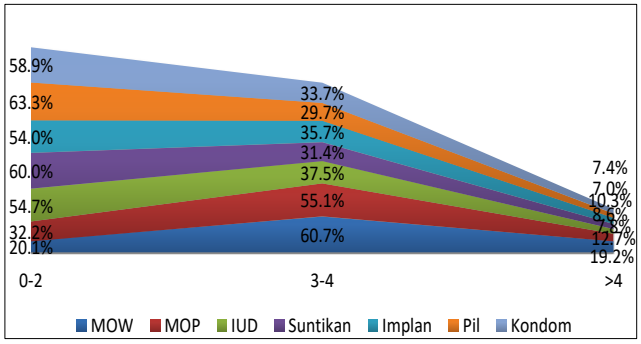
Gambar 3. Pemakai kontrasepsi modern berdasarkan tingkat pendidikan (%)



Sumber: Olah data Susenas 2015

Variabel lain yang dapat memengaruhi pilihan kontrasepsi PUS adalah jumlah anak yang telah dilahirkan. Gambar 4 menunjukkan bahwa akseptor KB yang memiliki 3-4 orang anak dan menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang terdistribusi pada metode operasi wanita (MOW) dan metode operasi pria (MOP). Untuk penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang berupa implan dan IUD, proporsi paling tinggi ditemukan di antara PUS yang mempunyai jumlah anak 0-2 orang. Sementara itu, proporsi tertinggi pemakaian kontrasepsi jangka pendek, yaitu pil dan suntik, ditemukan di kalangan PUS yang mempunyai sedikit anak (0-2 orang).

Gambar 4. Pemakai kontrasepsi modern berdasarkan jumlah anak lahir hidup



Sumber: Olah data Susenas 2015

Sebaran penggunaan kontrasepsi berdasarkan jumlah anak sebagaimana yang terlihat pada Gambar 4 menunjukkan bahwa kontrasepsi yang bersifat permanen diminati oleh PUS yang telah mempunyai anak lebih dari dua orang. Namun, hal yang berbeda ditemukan pada pengguna kontrasepsi implan dan IUD yang lebih diminati oleh PUS yang mempunyai jumlah anak lebih sedikit (0-2 orang). Menurut Prihyugiarto dan Mujianto (2009), pemakaian kontrasepsi saat ini mengalami pergeseran sebab kontrasepsi implan dan IUD sebelumnya lebih cenderung diminati oleh PUS dengan kategori banyak anak (> 2 orang).

Analisis korelasi yang dilakukan untuk mengetahui hubungan antara pilihan umur wanita PUS dan jumlah anak yang telah dilahirkan menunjukkan nilai r sebesar 0,494. Hal ini mengindikasikan bahwa jumlah anak yang dilahirkan berhubungan secara signifikan dengan umur wanita dengan p<0,001. Korelasi bertanda positif menandakan semakin tinggi usia wanita, maka jumlah anak yang dilahirkan oleh wanita status kawin semakin banyak hingga akhir masa reproduksinya. Namun, hasil yang berbeda diperoleh pada uji korelasi antara jumlah anak yang dilahirkan dan pemakaian kontrasepsi. Nilai r yang diperoleh adalah sebesar -0,031 (p<0,001) yang berarti semakin banyak anak yang dilahirkan (dengan umur semakin tua), maka semakin sedikit pemakaian kontrasepsi. Pemakaian kontrasepsi umumnya dilakukan saat anak yang dilahirkan wanita masih sedikit. Saat jumlah anak bertambah banyak, wanita umumnya semakin sedikit menggunakan kontrasepsi dikarenakan usia sudah memasuki masa akhir reproduksi. Hal ini juga terbukti sesuai nilai korelasi antara pemakaian kontrasepsi dengan usia responden semakin tua maka pemakaian kontrasepsi semakin sedikit sebesar -0,015 (p<0,001).

Tabel 6. Uji korelasi antara jumlah anak dan alat kontrasepsi yang digunakan

		Jumlah anak yang dilahirkan	Alat/cara KB apa yang sedang digunakan?	Kelompok umur
Jumlah anak yang dilahirkan	Korelasi Pearson	1	-0,031**	0,494**
	Nilai P (uji dua arah)		0,000	0,000
	Jumlah sampel	48609116	29155421	48609116
Alat/cara KB apa yang sedang digunakan?	Korelasi Pearson	-0,031**	1	-0,015**
	Nilai P (uji dua arah)	0,000		0,000
	Jumlah sampel	29155421	48609116	29155421
Kelompok umur	Korelasi Pearson	0,494**	-0,015**	1
	Nilai P (uji dua arah)	0,000	0,000	
	Jumlah sampel	48609116	29155421	60185331

Sumber: Olah data Susenas 2015

Berdasarkan definisi kategori nilai korelasi oleh Nugroho (2005), nilai korelasi antara jumlah anak yang dilahirkan dan usia wanita berstatus kawin tergolong kuat. Namun, korelasi antara pemakaian kontrasepsi dan jumlah anak yang dilahirkan dapat dikatakan sangat lemah. Lemahnya korelasi antara pemakaian kontrasepsi terhadap jumlah anak dan usia wanita menunjukkan bahwa kedua faktor sosial demografi tersebut bukanlah faktor utama yang memengaruhi penggunaan metode kontrasepsi. Faktor kualitas pelayanan, kualitas alat kontrasepsi, budaya, faktor pasangan, dan faktor masyarakat dapat menjadi penentu setiap wanita dalam memutuskan penggunaan kontrasepsi ataupun pemilihan metode kontrasepsi tertentu. Hal ini sesuai penjelasan Bachrun (2009) dan Leite dkk. (1986) yang menyatakan pentingnya evaluasi penggunaan kontrasepsi meliputi penilaian metode kontrasepsi tertentu, efek samping, dan kenyamanan penggunaan kontrasepsi.

KESIMPULAN

Pemakaian kontrasepsi masih didominasi oleh kontrasepsi jangka pendek, yaitu metode suntik dan pil. Lebih dari 50% peralihan atau perpindahan pemakaian kontrasepsi berasal dari penggunaan metode pil dan implan. Kontrasepsi suntik juga berkontribusi terhadap perpindahan ke kontrasepsi pil, yaitu sebesar 50%. Perpindahan atau ganti cara suatu metode kontrasepsi sangat erat kaitannya dengan tingkat putus pakai (*discontinuation rate*) suatu metode kontrasepsi yang

disebabkan alasan efek samping ataupun fasilitas kesehatan yang tidak memenuhi kebutuhan pengguna. Berdasarkan analisis data Susenas 2015, mulai terjadi pergeseran pemakaian kontrasepsi ke metode yang bersifat jangka panjang, seperti implan dan IUD. Sebelumnya, alat kontrasepsi yang digunakan lebih didominasi oleh kontrasepsi jangka pendek, terutama oleh PUS yang memiliki jumlah anak sedikit.

PUS yang beralih menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang berupa implan mayoritas berdomisili di wilayah perdesaan, sedangkan penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang lainnya, seperti MOW, MOP, dan IUD, lebih banyak dilakukan oleh PUS di wilayah perkotaan. Besar kemungkinan pelayanan kontrasepsi jangka panjang seperti MOP, MOW, dan IUD lebih banyak tersedia pada fasilitas kesehatan di wilayah perkotaan.

Selanjutnya, uji korelasi antara pemakaian kontrasepsi dan jumlah anak yang dilahirkan menunjukkan adanya hubungan yang berarti. PUS memutuskan untuk menggunakan kontrasepsi permanen (steril) jika anak yang telah dilahirkan lebih dari dua orang. Kajian ini merekomendasikan perlunya analisis lebih lanjut terkait keinginan suami untuk mendukung istri mereka untuk berpartisipasi dalam penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang di kemudian hari. Perubahan pola pikir PUS terkait jumlah anak yang akan dilahirkan merupakan awal peralihan pemakaian kontrasepsi jangka panjang seperti metode kontrasepsi MOW, MOP, IUD, dan implan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih disampaikan kepada Dra. Flourisa Juliaan, Apt., MKM sebagai Kepala Puslitbang KB dan KS yang telah memberikan pengetahuan kepada penulis tentang analisis dan kebijakan operasional terkait pelayanan Keluarga Berencana (KB) dan Dra. Kasmiyati, M.Sc sebagai Peneliti Madya yang telah memberikan masukan dalam penyempurnaan tulisan ini.

DAFTAR PUSTAKA

Bachrun, K. (2009). *Pengaruh sumber alat KB dan faktor sosio demografi terhadap kelangsungan pemakaian kontrasepsi di Indonesia (Analisis Data SDKI 2007)* (Tesis). Universitas Indonesia, Depok.

BKKBN, Universitas Gadjah Mada [UGM], Universitas Hasanuddin [UNHAS], & Universitas Sumatera Utara [USU]. (2015). *Performance Monitoring and Accountability 2020 (PMA2020) Project, Indonesia*. Baltimore, MD: Bill & Melinda Gates Institute for Population and Reproductive Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

Badan Pusat Statistik [BPS], BKKBN, Kementerian Kesehatan [Kemenkes], dan ICF International. (2013). *Indonesia demographic and health survey 2012*. Jakarta, Indonesia: BPS, BKKBN, Kemenkes, dan IFC International.

Bakele, T., Gebremariam, A., & Tura, P. (2014). Contraceptive choice and switching pattern among married women in rural community of South East Ethiopia. *Family Medicine & Medical Science Research*, *3*, 133. doi: 10.4172/2327-4972.1000133

Ekoriano M. & Nasution, L.S. (2012). *Potensi tenaga medis terlatih, klinik pemerintah dan swasta sebagai upaya meningkatkan kesertaan KB MKJP (fokus IUD & implant)*. Jakarta: Puslitbang KB dan KS, BKKBN.

Ekoriano, M. & Raharja, M.B. (2014). Dinamika pemakaian alat/cara kontrasepsi di Indonesia: Analisis data kalender SDKI 2012. *Jurnal Kependudukan dan Keluarga Berencana*, *1*(1), 40.

Ekoriano, M., Kasmiyati, Hadriah, O., & Sari, K. (2016). *Studi evaluasi BKB holistik integratif*. Jakarta: Puslitbang KB dan KS, BKKBN.

Fathonah, S. (1996). Contraceptive use dynamic in Indonesia. *DHS Working Paper*. Calverton, Maryland, USA: Macro International.

_____. (2000). *Pattern of contraceptive use in Indonesia*. Calverton, Maryland, USA: Macro International.

Imbarwati. (2009). *Beberapa faktor yang berkaitan dengan penggunaan KB IUD pada peserta KB Non IUD di Kecamatan Pedurungan Kota Semarang* (Tesis). Universitas Diponegoro, Semarang.

Leite, I.C., Diamond, I., & Smith, P.W.F., (1999). Contraceptive switching in Northeastern Brazil 1986-1991. *Brazil Journal Population Studies*, *2*.

Nugroho, B.A. (2005). *Strategi jitu memilih metode statistik penelitian dengan SPSS*. Yogyakarta: Andi.

Prawirohardjono, S. (1996). *Panduan praktis pelayanan kontrasepsi*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.

Prihyugiarto & Mujianto. (2009). Kelangsungan pemakaian kontrasepsi. Dalam Puslitbang KB dan Kesehatan Reproduksi (Ed.). *Analisa lanjut SDKI 2007: Kontribusi pemakaian alat kontribusi terhadap fertilitas*. Jakarta: BKKBN.

Raharja, M.B. (2011). Kualitas pelayanan keluarga berencana dan penggantian kontrasepsi di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, *6*(3), 142-143. doi: 10.21109/kesmas.v6i3.105

Rajagukguk, O.B. (1997). Analysis of contraceptive switching in Indonesia. *Journal of Population*, *3*(2), 97-118.

JURNAL KEPENDUDUKAN INDONESIA

p-ISSN: 1907-2902 (Print)
e-ISSN: 2502-8537 (Online)

DETERMINAN PERILAKU KESEHATAN IBU PADA MASA KEHAMILAN: KASUS KOTA MEDAN

(DETERMINANT OF MATERNAL HEALTH BEHAVIOR DURING PREGNANCY: CASE OF MEDAN CITY)

Yuly Astuti dan Widayatun
Pusat Penelitian Kependudukan – LIPI

Korespondensi penulis: yuly.astuti.19@gmail.com

Abstract

Maternal and child mortality is still considered a health issue in Indonesia. Health behavior during pregnancy is an essential factor that determines the health of mother and baby. This study aims to examine the behavior of maternal health during pregnancy in Medan City and to analyze its important social determinants. Quantitative data collection using a survey of 400 households in 20 urban villages in Medan City, North Sumatera Province. This study found that 49% of respondents had good behaviors during pregnancy, while those with moderate and poor behaviors during pregnancy were 22% and 29%, respectively. Ordinal logistic regression model indicates husband education, insurance ownership, service quality, and household financial autonomy as social determinants of maternal health behavior during pregnancy. Many factors influenced maternal health behavior during pregnancy both from supply and demand side of health services. Thus, to improve maternal health behavior during pregnancy, it is essential to develop the mother's knowledge of the importance of antenatal care. Besides that, health service providers also need to ensure the quality of their health services.

***Keywords**: maternal health behaviors, pregnancy period, social determinants, Medan City.*

Abstrak

Kematian ibu dan anak masih menjadi isu kesehatan di Indonesia. Perilaku kesehatan selama kehamilan merupakan faktor penting yang menentukan kesehatan ibu dan bayi. Studi ini bertujuan untuk mengkaji perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan di Kota Medan dan menganalisis determinan sosial yang memengaruhinya. Pengumpulan data kuantitatif dilakukan dengan menggunakan metode survei terhadap 400 rumah tangga di 20 kelurahan di Kota Medan, Provinsi Sumatera Utara. Kajian ini menemukan bahwa 49% responden memiliki perilaku baik selama masa kehamilan, sedangkan responden yang memiliki perilaku sedang dan kurang baik selama masa kehamilan, masing-masing sebesar 22% dan 29%. Model regresi logistik ordinal menghasilkan pendidikan suami, kepemilikan asuransi, kualitas pelayanan, dan otonomi keuangan rumah tangga sebagai determinan sosial perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan. Berbagai faktor memengaruhi perilaku kesehatan ibu selama masa kehamilan, baik yang berasal dari sisi pengguna maupun penyedia layanan kesehatan. Oleh karena itu, agar dapat memperbaiki perilaku kesehatan ibu selama masa kehamilan, peningkatan pemahaman ibu mengenai pentingnya pemeriksaan kehamilan penting untuk diperhatikan. Penyedia layanan kesehatan perlu pula menjamin kualitas pelayanan kesehatan yang mereka sediakan.

Kata Kunci: perilaku kesehatan ibu, masa kehamilan, determinan sosial, Kota Medan.

PENDAHULUAN

Indonesia merupakan salah satu negara berkembang yang masih menghadapi permasalahan terkait tingginya angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB). AKI di Indonesia menduduki peringkat tertinggi dibandingkan dengan negara-negara Asia Tenggara lainnya (The ASEAN Secretariat Jakarta, 2017).[1] Selama lebih dari satu dekade (1994-2007), Indonesia berhasil menurunkan AKI secara bermakna, dari 390 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1994 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup di tahun 2007. Sayangnya, data Sensus Penduduk (SP) tahun 2010 menunjukkan AKI kembali mengalami lonjakan menjadi 346 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini sedikit menurun pada tahun 2015, yakni sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup. Dengan demikian, selama beberapa kurun waktu terakhir, kondisi kesehatan ibu di Indonesia mengalami kemunduran yang signifikan. AKB sebagai indikator kesehatan penting lainnya juga menunjukkan angka yang kurang menggembirakan. Dalam 10 tahun terakhir, angka kematian bayi baru lahir (neonatus) cenderung stagnan, dari 20 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2002 menjadi 19 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2012 (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional [BKKBN], Badan Pusat Statistik [BPS], Kementerian Kesehatan, & USAID, 2013).

Hampir setengah juta perempuan meninggal setiap tahunnya akibat komplikasi selama kehamilan, persalinan, dan pascapersalinan. Kasus-kasus tersebut umumnya terjadi di negara berkembang, termasuk Indonesia (Agus & Horiuchi, 2012; United Nations, 2009). Tingginya AKI dan AKB terkait erat dengan perilaku kesehatan ibu. Perilaku kesehatan ibu adalah tindakan yang dilakukan oleh ibu untuk mencegah penyimpangan dari kehamilan normal. Hal ini perlu dilakukan sehingga ibu dapat melalui masa kehamilan, persalinan, dan pascapersalinan dengan baik dan selamat, serta melahirkan bayi yang sehat.

Perilaku kesehatan ibu dipengaruhi oleh berbagai faktor yang dapat dikategorikan menjadi dua kelompok, yaitu dari sisi penyedia (*supply side*) dan dari sisi pengguna layanan (*demand side*). Dari sisi penyedia layanan, faktor yang memengaruhi perilaku kesehatan ibu adalah ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan (sarana-prasarana, tenaga kesehatan, jaminan kesehatan) dan kualitas pelayanan (Kusuma, Cohen, McConnell, & Berman, 2016; Klawetter, 2014; Chakraborty, Islam, Chowdhury, Bari, & Akhter, 2003; Babalola & Fatusi, 2009). Tidak mengherankan jika kualitas pelayanan kesehatan antenatal, persalinan, dan pascapersalinan yang buruk menjadi salah satu faktor penyumbang kematian ibu (UNICEF Indonesia, 2012).

Apabila dilihat dari sisi pengguna layanan, perilaku kesehatan ibu sangat erat kaitannya dengan faktor-faktor sosial, ekonomi, dan budaya. Umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, etnis, otonomi perempuan terhadap dirinya, kemampuan ekonomi rumah tangga, pekerjaan suami, jumlah anak, serta adat istiadat dan budaya di masyarakat merupakan faktor-faktor yang memegang peranan terkait dengan perilaku kesehatan ibu selama kehamilan, persalinan, dan pascapersalinan (Dar, 2013; Målqvist, Hoa, Thi, & Thomsen, 2012; Babalola & Fatusi, 2009; Chakraborty dkk., 2003; McCarthy & Maine, 1992).

Di tingkat global, upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan ibu mulai memperhatikan aspek di luar bidang kesehatan. Aspek di luar bidang kesehatan ditengarai turut berperan dan memengaruhi kinerja sistem pelayanan kesehatan serta perilaku kesehatan ibu itu sendiri. Kajian *Social Determinant of Health* oleh World Health Organization (WHO) menyebutkan bahwa kesehatan ibu tidak hanya dipengaruhi oleh faktor yang melekat dalam individu (umur, tingkat pendidikan, etnisitas), tetapi juga dipengaruhi oleh lingkungan fisik, sosial ekonomi, budaya, serta struktural (kebijakan pemerintah dan program kesehatan) (WHO, 2011).

Pemerintah Indonesia telah melakukan berbagai upaya untuk menurunkan tingkat kematian ibu, antara lain melalui upaya akselerasi pemenuhan pelayanan kesehatan ibu dan anak serta penyediaan jaminan kesehatan (Jamkesmas). Program EMAS (*Expanding Maternal and Newborn Survival*) merupakan salah satu upaya akselerasi pemenuhan pelayanan kesehatan ibu dan anak tersebut. Pada program ini, Kementerian Kesehatan bekerja sama dengan United States Agency for International Development (USAID) memberikan prioritas program selama tahun 2011 hingga 2016 untuk menurunkan AKI di enam provinsi yang memiliki tingkat kematian ibu tertinggi, yaitu Provinsi Jawa Timur, Jawa Tengah, Jawa Barat, Banten, Sumatera Utara, dan Sulawesi Selatan. Pelayanan kesehatan ibu di fasilitas kesehatan dasar dan rujukan melalui Program EMAS menitikberatkan pada perubahan perilaku ibu pada saat kehamilan, persalinan, dan

[1] AKI di beberapa negara di kawasan Asia Tenggara bervariasi, meliputi 5 kematian per 100.000 kelahiran hidup di Malaysia, 6 kematian per 100.000 kelahiran hidup di Thailand, 7 kematian per 100.000 kelahiran hidup di Singapura, dan 58 kematian per 100.000 kelahiran hidup di Vietnam (The ASEAN Secretariat Jakarta, 2017).

pascapersalinan. Dengan demikian, perilaku kesehatan ibu yang baik selama kehamilan, persalinan, dan pascapersalinan diharapkan mampu menekan risiko terjadinya komplikasi yang menyebabkan kematian ibu serta menentukan kelangsungan hidup bayi yang dilahirkan (Darega, Dida, Tafese, & Ololo, 2016; Gray, Bick, & Chang, 2014).

Sumatera Utara merupakan salah satu provinsi dengan tingkat kematian ibu yang cukup tinggi. AKI di provinsi ini tercatat sebesar 239 per 100.000 kelahiran hidup (Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, 2017). Meskipun begitu, Kota Medan, ibukota Provinsi Sumatera Utara, menunjukkan kecenderungan penurunan jumlah kasus kematian ibu selama empat tahun terakhir. Pada tahun 2013, jumlah kematian ibu di Kota Medan sebanyak sembilan jiwa dengan AKI sebesar 21 per 100.000 kelahiran hidup di tingkat kabupaten/kota. Angka ini menurun menjadi tiga kematian ibu dari total 47.541 kelahiran di Kota Medan atau AKI sebesar 6 per 100.000 kelahiran hidup di tingkat kabupaten/kota (Dinas Kesehatan Kota Medan, 2016).

Perilaku kesehatan ibu selama masa kehamilan merupakan periode terpenting untuk deteksi dini permasalahan kehamilan serta pencegahan komplikasi akibat kehamilan yang dapat mengancam keselamatan ibu dan janin, termasuk pencegahan bayi lahir prematur dan bayi berat lahir rendah (Mugo, Dibley, & Agho, 2015; Tsegay dkk., 2013; Agus & Horiuchi, 2012; Nuraini & Parker, 2005). Pemeriksaan kehamilan secara rutin adalah elemen penting perilaku kesehatan ibu untuk mengurangi AKI melalui penyediaan informasi dan pelayanan dari petugas kesehatan mengenai tanda-tanda bahaya kehamilan dan tindakan yang harus dilakukan. Hal tersebut secara signifikan mampu meningkatkan kesehatan ibu hamil serta bayi yang dikandungnya (Islam & Masud, 2018; Shahjahan, Chowdhury, Al-Hadhrami, & Harun, 2017). WHO dan Kementerian Kesehatan merekomendasikan pemeriksaan masa kehamilan minimal empat kali untuk kehamilan normal, yaitu satu kali pada trimester pertama dan kedua, serta dua kali pada trimester ketiga (frekuensi 1-1-2). Pemeriksaan kehamilan juga mendorong ibu untuk melahirkan di fasilitas kesehatan dengan metode persalinan yang tepat (Agus & Horiuchi, 2012).

Berbagai studi menunjukkan bahwa kematian ibu umumnya disebabkan oleh pendarahan, eklampsia, dan infeksi yang erat kaitannya dengan perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan, persalinan, dan pascapersalinan (Wichaidit dkk., 2016; Kusuma dkk., 2016; Klawetter, 2014; Chakraborty dkk., 2003; Babalola & Fatusi, 2009). Meskipun studi terdahulu menyebutkan bahwa kunjungan pemeriksaan kehamilan yang rutin dapat mencegah kejadian komplikasi pada saat kehamilan, studi mengenai perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan yang dilihat dari sisi pengguna dan penyedia layanan masih sangat terbatas. Selain itu, berbagai studi sebelumnya mengenai perilaku kesehatan ibu lebih banyak dilakukan di wilayah perdesaan dan umumnya disebabkan karena keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan (Shahjahan dkk., 2017; Larsen, Exavery, Philips, Tani, & Kanté, 2016; Agus & Horiuchi, 2012). Oleh karena itu, tulisan ini bertujuan untuk mengkaji perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan di Kota Medan dan menganalisis determinan sosial yang memengaruhinya, baik yang berasal dari sisi pengguna maupun penyedia layanan.

METODOLOGI

Data yang digunakan untuk penulisan artikel ini berasal dari hasil survei "Determinan Sosial Perilaku Kesehatan Ibu dan Pola Pengasuhan Anak di Era Globalisasi di Kota Medan" yang dilakukan oleh Pusat Penelitian Kependudukan LIPI (P2 Kependudukan LIPI) pada tahun 2017. Survei dilakukan terhadap 400 rumah tangga di 20 kelurahan di 12 kecamatan di Kota Medan, Provinsi Sumatera Utara. Penentuan lokasi penelitian dilakukan dengan menggunakan teknik *Probalility Proportional to Size* (PPS), sedangkan pemilihan rumah tangga yang menjadi sampel survei di setiap kelurahan dilakukan melalui teknik *purposive snowballing*. Responden adalah ibu berusia 15-49 tahun yang memiliki anak kandung berusia 0-24 bulan.

Variabel terikat dalam kajian ini adalah perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan. Indikator perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan meliputi (i) pemeriksaan kehamilan lengkap (K4); (ii) pemeriksaan ultrasonografi (USG); serta (iii) konsumsi tablet asam folat dan pil zat besi selama kehamilan. Ketiga indikator perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan tersebut digabungkan menjadi satu variabel, yang selanjutnya dilakukan pembobotan menjadi tiga kategori, yaitu (i) perilaku kesehatan ibu "BAIK"; (ii) perilaku kesehatan ibu "SEDANG", dan (iii) perilaku kesehatan ibu "KURANG BAIK". Pemilihan indikator dan pembobotan mengacu pada ketentuan asuhan pemeriksaan masa kehamilan yang terdapat pada buku panduan "Pelayanan Kesehatan Ibu pada Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan" yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan. Buku ini menjadi pedoman klinis bagi tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan pada masa kehamilan, persalinan, dan pascapersalinan (Kementerian Kesehatan & WHO, 2013).

Selanjutnya, variabel bebas dalam kajian ini mencakup umur ibu, jumlah anak yang pernah dilahirkan, tingkat pendidikan ibu, tingkat pendidikan suami, jenis pekerjaan suami, status bekerja ibu, kualitas pelayanan kehamilan, pengelola keuangan rumah tangga, pengambilan keputusan tempat pemeriksaan kehamilan, pola tempat tinggal, akses terhadap teknologi, informasi, dan komunikasi, sumber informasi, serta akses terhadap kepemilikan asuransi. Analisis inferensial dengan metode regresi logistik ordinal dilakukan untuk mengetahui variabel bebas yang memengaruhi perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan secara signifikan.

KARAKTERISTIK IBU DI KOTA MEDAN

Hasil survei menunjukkan sepertiga responden (31,5%) berusia 25-29 tahun. Dua kelompok umur responden dengan proporsi terbesar lainnya adalah wanita berusia 30-34 tahun (28%) dan 20-24 tahun (18,3%). Umur ibu menjadi faktor penting yang perlu diperhatikan dalam pengamatan perilaku kesehatan ibu di masa kehamilan. Hal ini disebabkan usia melahirkan terlalu dini atau terlalu tua tentunya memiliki dampak terhadap kesehatan reproduksi perempuan, terutama kehamilan berisiko. Usia aman untuk kehamilan dan melahirkan bagi perempuan berada pada rentang usia 21-35 tahun. Pada usia ini, risiko gangguan kesehatan pada ibu hamil paling rendah, yaitu sekitar 15% (Oktaviani, Makalew, & Solang, 2016). Hasil survei menunjukkan mayoritas responden (82,7%) melahirkan pada usia aman (21-35 tahun), 16,3% responden melahirkan pada usia kurang dari atau sama dengan 20 tahun, dan sisanya melahirkan pada usia di atas 36 tahun. Apabila dilihat dari jumlah anak yang pernah dilahirkan, rata-rata responden memiliki anak sebanyak satu hingga tiga orang. Sebanyak 70% responden memiliki anak satu atau dua orang. Selebihnya, sekitar 29% responden mempunyai tiga orang anak atau lebih.

Selanjutnya, pendidikan dapat meningkatkan akses dan kemampuan ibu untuk melakukan komunikasi, konsultasi, serta memperoleh informasi yang lengkap tentang kondisi kesehatan dan kehamilannya (Broeck, Jong, Klomp, Putman, & Beeckman, 2016; Furuta & Salway, 2006). Ibu yang berpendidikan tinggi umumnya tidak hanya mencari informasi kepada petugas kesehatan, tetapi juga cenderung lebih mudah mengakses informasi tentang kesehatan dari berbagai media sosial daring, seperti *Facebook*, *WhatsApp*, *Twitter*, dan *Youtube* (Astuti & Widayatun, 2017). Tingkat pendidikan ibu usia subur di Kota Medan relatif baik. Hampir 80% responden dalam penelitian ini memiliki latar belakang pendidikan tergolong tinggi, terdiri dari 16% ibu tamat perguruan tinggi (diploma dan sarjana) dan 62,3% responden lainnya berlatar belakang pendidikan tamat SMA. Sekitar 20% responden sisanya berpendidikan SMP ke bawah. Dilihat dari kegiatan ekonominya, data survei menunjukkan hanya sekitar 20% ibu yang bekerja. Ibu yang bekerja sebagai buruh/karyawan (dosen, karyawan swasta, pegawai negeri sipil) dan bekerja sendiri (buka toko kelontong, buka warung makan) masing-masing sebesar 45%, sementara 10% responden lainnya bekerja bebas (pembantu rumah tangga, tukang cuci).

Berbagai penelitian sebelumnya juga menjelaskan bahwa salah satu faktor yang dapat memengaruhi perilaku kesehatan ibu adalah pengetahuan yang mereka peroleh dari orang tua. Orang tua dianggap memiliki pengalaman yang lebih banyak sehingga dapat menjadi salah satu sumber informasi ibu pada masa kehamilan. Pola komunikasi dan transfer pengetahuan antara responden dan orang tua atau mertua akan sangat dipengaruhi oleh pola tempat tinggal responden. Dari data yang dikumpulkan, sekitar 73,8% responden memiliki pola tempat tinggal hanya dengan keluarga inti (suami dan anak). Sementara itu, sebanyak 26,2% responden masih tinggal bersama dengan orang tua atau mertua.

Kajian ini juga menemukan bahwa mayoritas responden berstatus memiliki pasangan. Pada saat survei berlangsung, tiga orang memiliki status perkawinan cerai mati dan satu orang lainnya cerai hidup. Kajian terkait sebelumnya menyebutkan bahwa tingkat pendidikan suami responden turut memengaruhi perilaku kesehatan ibu. Sebagai contoh, pemilihan tempat persalinan ibu tidak hanya dipengaruhi oleh tingkat pendidikan ibu, tetapi juga tingkat pendidikan suaminya (Mahato, Teijlingen, Simkhada, Sheppard, & Silwal, 2017; Kamal, Hassan, & Alam, 2015). Sebagian besar suami responden (65,2%) memiliki latar belakang pendidikan tamat SMA, sedangkan suami yang tamat perguruan tinggi sebanyak 13,6%. Masih ada sekitar 20% suami responden yang hanya menyelesaikan pendidikan SMP ke bawah. Dilihat dari status bekerja suami responden, hanya ada satu orang yang tidak memiliki pekerjaan, sedangkan sisanya berstatus bekerja dengan berbagai jenis pekerjaan yang dilakukan. Sama halnya dengan jenis pekerjaan responden, secara statistik jenis pekerjaan suami responden memiliki hubungan signifikan dengan tingkat pendidikan yang mereka miliki. Semakin tinggi tingkat pendidikan suami responden, semakin besar kemungkinannya untuk bekerja sebagai buruh atau karyawan.

Tabel 1. Karakteristik sosial demografi responden Kota Medan, 2017

Karakteristik	Frekuensi (n)	Persentase
Umur		
15 – 19 tahun	8	2,00
20 – 24 tahun	73	18,25
25 – 29 tahun	126	31,50
30 – 34 tahun	112	28,00
35 – 39 tahun	61	15,25
40 – 44 tahun	17	4,25
45 – 49 tahun	3	0,75
Usia melahirkan pertama		
≤ 20 tahun	14	3,50
21 – 35 tahun	317	79,25
>35 tahun	69	17,25
Jumlah anak		
1 anak	143	35,75
2 anak	141	35,25
3 anak atau lebih	116	29,00
Tingkat pendidikan ibu (responden)		
Tamat SMP ke bawah	87	21,75
Tamat SMA	249	62,25
Tamat perguruan tinggi	64	16,00
Status bekerja responden		
Bekerja	87	21,75
Tidak bekerja (ibu rumah tangga)	313	78,25
Pola tempat tinggal		
Tinggal dengan keluarga inti	295	73,75
Tinggal dengan orang tua/mertua	105	26,25
Tingkat pendidikan suami		
Tamat SMP ke bawah	84	21,21
Tamat SMA	258	65,15
Tamat perguruan tinggi	54	13,64
Jenis pekerjaan suami		
Bekerja bebas	41	10,38
Bekerja sendiri	134	33,92
Buruh atau karyawan	220	55,70

Sumber: Survei P2 Kependudukan LIPI (2017)

GAMBARAN PERILAKU KESEHATAN IBU MASA KEHAMILAN

Pada kajian ini, perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan akan ditinjau dari pemeriksaan kehamilan (*antenatal care* atau ANC), pemeriksaan ultrasonografi (USG), serta konsumsi tablet asam folat dan pil zat besi selama kehamilan. Pemantauan dan perawatan kesehatan yang memadai selama kehamilan sangat penting untuk kelangsungan hidup ibu dan bayinya. Hal ini dikarenakan setiap kehamilan dapat menimbulkan risiko kematian ibu dan bayinya.

Pemeriksaan antenatal

Berdasarkan standar pelayanan yang disusun oleh Kementerian Kesehatan, kunjungan pemeriksaan antenatal mencakup anamnesis, pemeriksaan fisik umum dan kebidanan, pemeriksaan laboratorium atas indikasi tertentu, serta indikasi dasar dan khusus. Selain itu, pemeriksaan antenatal mencakup pelayanan seperti penyuluhan, KIE (konseling, informasi, dan edukasi) termasuk informasi mengenai komplikasi kehamilan dan tindakan yang harus dilakukan, motivasi ibu hamil untuk berperilaku sehat selama kehamilan, serta rujukan apabila ditemukan tanda bahaya pada kehamilan.

Kementerian Kesehatan dan WHO (2013) membagi kunjungan pemeriksaan antenatal menjadi empat kategori, yaitu:

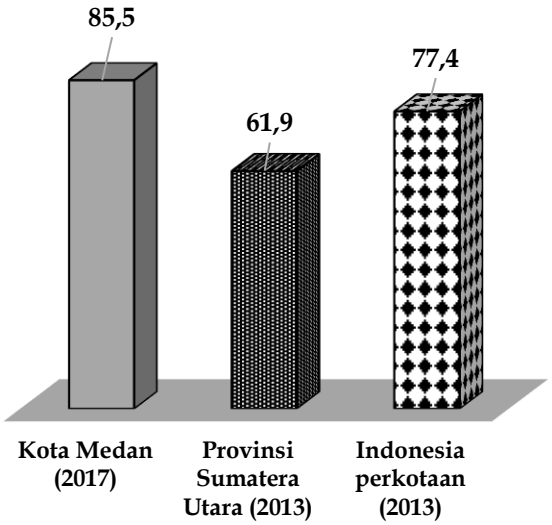
1. K1 atau ANC minimal satu kali adalah proporsi kelahiran yang mendapat pelayanan kesehatan ibu hamil minimal satu kali tanpa memperhitungkan periode waktu pemeriksaan.
2. K1 ideal adalah proporsi kelahiran yang mendapat pelayanan kesehatan ibu hamil pertama kali pada trimester pertama.
3. K4 adalah proporsi kelahiran yang mendapat pelayanan kesehatan ibu hamil selama empat kali dan memenuhi kriteria 1-1-2, yaitu minimal satu kali pada trimester pertama, minimal satu kali pada trimester kedua, dan minimal dua kali pada trimester ketiga.
4. ANC minimal empat kali adalah proporsi kelahiran yang mendapat pelayanan kesehatan ibu hamil minimal empat kali tanpa memperhitungkan periode waktu pemeriksaan.

Cakupan pemeriksaan antenatal yang menjadi target capaian dalam MDGs, yaitu K1 dan ANC minimal empat kali. Sementara itu, indikator K1 ideal dan K4 adalah indikator yang diperlukan untuk mengevaluasi program pelayanan kesehatan di Indonesia.

Hasil survei menunjukkan bahwa kesadaran dan kepedulian ibu untuk memeriksakan kehamilan cukup tinggi. Hal ini ditunjukkan dari hanya sekitar satu persen responden yang tidak memeriksakan kehamilannya. Alasan tidak memeriksakan kehamilan antara lain karena tidak ada keluhan selama kehamilan, merasa tidak perlu, ataupun sibuk. Bahkan, ada responden yang mengatakan bahwa dirinya tidak tahu jika sedang hamil pada saat itu. Cakupan pemeriksaan kehamilan (K1) pada survei ini (99%) lebih tinggi (99%) dibandingkan dengan cakupan pemeriksaan di tingkat nasional (97,7%) dan Provinsi Sumatera Utara (91,9%).

Selanjutnya, Gambar 1 menunjukkan tingginya cakupan pemeriksaan kehamilan lengkap (K4) di Kota Medan (85,5%). Sebagai perbandingan, cakupan pemeriksaan kehamilan lengkap (K4) di wilayah perkotaan tingkat nasional sebesar 77,4% dan di tingkat Provinsi Sumatera Utara sebesar 61,9% (Balitbangkes Kementerian Kesehatan, 2013).

Gambar 1. Cakupan K4 di Kota Medan, Provinsi Sumatera Utara, dan perkotaan Indonesia



Sumber: Survei P2 Kependudukan LIPI (2017); Balitbangkes Kementerian Kesehatan (2013: Tabel 14.14 & 14.15)

Berbagai hal memengaruhi cakupan pelayanan antenatal, antara lain pengetahuan ibu, pendidikan suami, status ekonomi, keterjangkauan pelayanan, kondisi kesehatan ibu selama kehamilan, serta ketersediaan pelayanan kesehatan. Dukungan keluarga juga memengaruhi cakupan pelayanan kehamilan tersebut. Tingginya cakupan pemeriksaan kehamilan lengkap (K4) di Kota Medan juga dimungkinkan dengan keterjangkauan pelayanan dan kemudahan transportasi. Mullany, Becker, dan Hindin (2007) menyatakan bahwa dukungan keluarga dan akses terhadap pelayanan kesehatan semakin mendukung keteraturan ibu untuk melakukan pemeriksaan antenatal. Sebaliknya, transportasi yang sulit atau waktu tempuh yang lama mengakibatkan munculnya perasaan malas atau enggan bagi ibu untuk pergi ke tempat pelayanan kesehatan dan memeriksakan kehamilannya

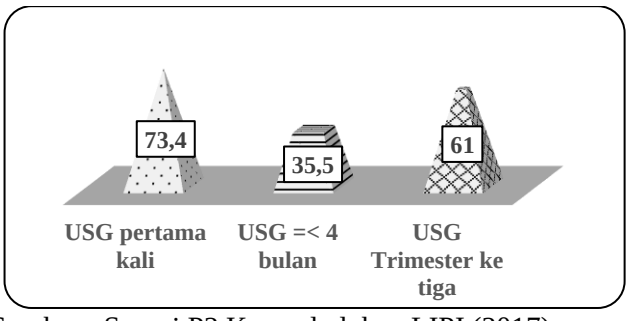
Pemeriksaan ultrasonografi (USG)

Gangguan kesehatan pada ibu hamil masih banyak ditemukan. Hal ini tidak hanya membahayakan keselamatan ibu, tetapi juga bayi di dalam kandungan. Informasi kesehatan ibu dari hasil Riskesdas 2007 menyebutkan masih terdapat kasus tumor ganas pada leher rahim dan payudara ditemui di daerah perdesaan (4,5%) dan di wilayah perkotaan (4,8%). Selain itu, terdapat pula kasus gangguan kehamilan seperti kasus kehamilan sungsang (5,5%), kelainan letak janin (3,6%), serta terlilit tali pusat (1,8%). Oleh karena itu, pada saat pemeriksaan antenatal, ibu hamil disarankan untuk melakukan pemeriksaan USG. Hal ini dianjurkan untuk mendeteksi secara cepat dan akurat berbagai kemungkinan permasalahan pada kasus kehamilan (Kementerian Kesehatan & WHO, 2013).

Pemeriksaan USG direkomendasikan dilakukan sebanyak tiga kali. USG pertama dilakukan ketika kehamilan berusia 15 minggu yang bertujuan untuk menentukan usia, letak, jumlah, dan viabilitas janin, serta mendeteksi abnormalitas janin yang berat. USG kedua sebaiknya dilakukan pada saat kehamilan berusia 20 minggu. USG pada periode kehamilan ini diperlukan untuk mendeteksi anomali janin. Selanjutnya, USG berikutnya pada trimester ketiga kehamilan dilakukan untuk merencanakan persalinan (Kementerian Kesehatan & WHO, 2013).

Hasil survei menunjukkan bahwa, secara keseluruhan, persentase ibu hamil di Kota Medan yang memeriksaan USG relatif besar (sekitar 73%). Namun, apabila dikaitkan dengan waktu pelaksanaan USG yang ideal, hanya terdapat sekitar 35,5% ibu yang melakukan USG pada usia kehamilan sekitar 15 minggu (≤ 4 bulan). Artinya, dari setiap 10 ibu hamil, hanya terdapat tiga hingga empat orang ibu yang melakukan USG pada usia kehamilan 15 minggu. Hal ini mengindikasikan bahwa kesadaran ibu hamil di Kota Medan untuk melakukan USG pertama kali pada usia kehamilan 15 minggu masih relatif rendah (lihat Gambar 2).

Gambar 2. Cakupan pemeriksaan USG pertama kali, USG ≤ 4 bulan, dan USG trimester ketiga, Kota Medan, 2017



Sumber: Survei P2 Kependudukan LIPI (2017)

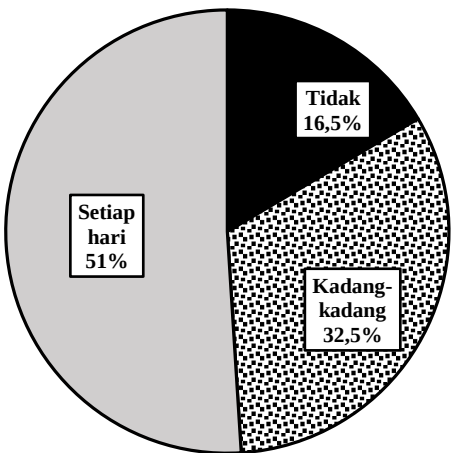
Pemahaman tentang pentingnya melakukan pemeriksaan USG pada trimester ketiga kehamilan pada ibu hamil di Kota Medan juga masih relatif rendah. Hanya sebesar 61% ibu hamil yang melakukan

pemeriksaan USG pada periode ini. Padahal, pemeriksaan USG pada trimester ketiga sangat dianjurkan untuk merencanakan metode persalinan yang aman. Studi Indarwati (2010) menemukan bahwa motivasi dan kesadaran ibu untuk melakukan USG dipengaruhi oleh pemahaman ibu tentang pentingnya USG, serta informasi yang komprehensif dari petugas kesehatan mengenai pentingnya USG.

Konsumsi pil zat besi dan tablet asam folat

Konsumsi pil zat besi dan tablet asam folat sangat dibutuhkan oleh ibu hamil untuk mencegah terjadinya anemia ataupun cacat bawaan pada janin, serta menjaga pertumbuhan janin secara optimal. Kementerian Kesehatan menganjurkan agar ibu hamil mengonsumsi paling sedikit 90 pil zat besi selama masa kehamilannya. Berdasarkan hasil survei di Kota Medan, konsumsi tablet asam folat dan pil zat besi pada ibu hamil tergolong rendah. Secara keseluruhan, sekitar 16,5% ibu tidak mengonsumsi pil zat besi dan tablet asam folat selama masa kehamilannya (lihat Gambar 3). Dibandingkan dengan cakupan konsumsi tablet asam folat dan pil zat besi di tingkat nasional, angka ini sangat rendah. Konsumsi pil zat besi dan tablet asam folat tahun 2013 di wilayah perkotaan Indonesia mencapai 92%. Namun, angka cakupan konsumsi tablet asam folat dan pil zat besi yang sesuai dengan pedoman yang dianjurkan juga tidak ditemukan di tingkat provinsi. Di Sumatera Utara, persentase ibu hamil yang tidak mengonsumsi pil zat besi dan tablet asam folat sebesar 16,4% (Balitbangkes Kementerian Kesehatan, 2013). Dengan demikian, gambaran konsumsi pil zat besi dan tablet asam folat pada ibu hamil di Kota Medan dari hasil survei P2 Kependudukan LIPI serupa dengan gambaran konsumsi pil zat besi dan tablet asam folat Provinsi Sumatera Utara di tahun 2013.

Gambar 3. Gambaran konsumsi tablet asam folat dan pil zat besi ibu hamil di Kota Medan, 2017



Sumber: Survei P2 Kependudukan LIPI (2017)

Berbagai studi menemukan adanya kaitan antara kunjungan ANC dan kesadaran ibu hamil untuk mengonsumsi tablet asam folat dan pil zat besi selama kehamilan. Ibu hamil yang tidak mendapat pelayanan ANC standar (lengkap) akan berakibat pada ketidakpatuhan minum tablet asam folat dan pil zat besi, sehingga risiko terjadinya anemia akan meningkat. Selain akibat kurangnya pemahaman tentang pentingnya mengonsumsi tablet asam folat dan pil zat besi selama kehamilan, berbagai alasan lain diungkapkan oleh ibu hamil terkait rendahnya konsumsi kedua bahan tersebut. Efek samping berupa mual dan pusing menjadi alasan utama bagi ibu untuk menghindari mengonsumsi pil zat besi selama masa kehamilan. Faktor lupa dan kekhawatiran bayi menjadi besar juga terkait dengan rendahnya asupan tablet asam folat dan pil zat besi selama hamil (Astuti, Widayatun, & Rahadian, 2016).

Penilaian perilaku kesehatan ibu masa kehamilan

Analisis regresi ordinal selanjutnya digunakan untuk mengidentifikasi determinan perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan. Ketiga variabel perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan, yang telah dibahas di bagian sebelumnya, akan digabungkan menjadi satu dan dilakukan pembobotan menjadi tiga kategori, yaitu (i) perilaku kesehatan baik; (ii) perilaku kesehatan sedang; dan (ii) perilaku kesehatan kurang baik. Pembobotan tersebut mengacu pada ketentuan asuhan pemeriksaan pada masa kehamilan yang terdapat dalam buku panduan "Pelayanan Kesehatan Ibu pada Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan" (Kementerian Kesehatan & WHO, 2013). Buku tersebut menjadi pedoman klinis bagi tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan pada masa kehamilan, persalinan, dan pascapersalinan

Berdasarkan pembobotan yang dilakukan, perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan yang dikelompokkan menjadi kategori baik, sedang, dan kurang baik adalah sebagai berikut:

1. Kategori baik pada perilaku kesehatan ibu dalam masa kehamilan adalah kelompok ibu hamil yang memeriksakan kehamilan empat kali sesuai dengan panduan (K4); melakukan USG sebelum usia kehamilan berusia kurang dari empat bulan (15 minggu) dan pada trimester ketiga kehamilan; serta mengonsumsi tablet asam folat dan pil zat besi (setiap hari dan/atau kadang-kadang).
2. Kategori sedang pada perilaku kesehatan ibu dalam masa kehamilan, meliputi:
   - Kelompok ibu hamil yang melakukan kunjungan pemeriksaan K4 secara lengkap, USG pada empat bulan pertama kehamilan

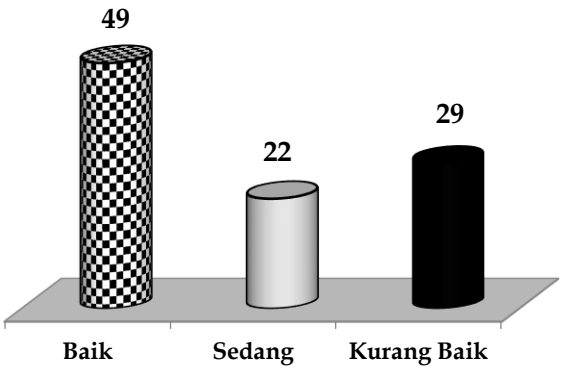
dan trimester ketiga kehamilan, tetapi tidak mengonsumsi tablet asam folat.

- Kelompok ibu hamil yang melakukan kunjungan pemeriksaan ANC tidak lengkap, USG pada empat bulan pertama kehamilan dan trimester ketiga kehamilan, serta mengonsumsi tablet asam folat setiap hari dan/atau kadang-kadang.
- Ibu hamil yang melakukan kunjungan pemeriksaan ANC tidak lengkap, USG pada empat bulan pertama kehamilan dan trimester ketiga kehamilan, tetapi tidak mengonsumsi tablet asam folat.

3. Kategori kurang baik pada perilaku kesehatan ibu pada dalam masa kehamilan, meliputi:
   - Ibu hamil yang melakukan kunjungan pemeriksaan ANC tidak lengkap, tidak melakukan USG pada empat bulan pertama kehamilan dan trimester ketiga kehamilan.
   - Ibu hamil yang tidak melakukan kunjungan pemeriksaan ANC selama kehamilannya ke petugas kesehatan.

Setelah melalui proses pembobotan, maka diperoleh gambaran perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan menurut kategori baik, sedang, dan kurang baik. Hasil pengkategorian tersebut dapat dicermati pada Gambar 4.

Gambar 4. Distribusi perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan menurut kategori baik, sedang, dan kurang baik, Kota Medan, 2017



Sumber: Survei P2 Kependudukan LIPI (2017)

Hasil survei menunjukkan bahwa 49% ibu termasuk dalam kategori berperilaku kesehatan baik pada masa kehamilan. Artinya, di antara 10 orang ibu berumur 15-49 tahun yang memiliki anak berusia 0-24 bulan di Kota Medan, empat sampai lima diantaranya telah mengakses dan memanfaatkan pelayanan kesehatan pada masa kehamilan untuk anak terakhir mereka sesuai dengan panduan, melakukan USG, dan mengonsumsi tablet asam folat. Sebanyak 22% responden tergolong dalam perilaku selama masa kehamilan 'sedang'. Sementara itu, persentase ibu yang termasuk dalam kategori berperilaku kurang baik pada masa kehamilan nilainya sebesar 29% atau kurang lebih tiga di antara 10 ibu di Kota Medan masih belum mengakses dan memanfaatkan pelayanan kesehatan pada masa kehamilan secara optimal.

DETERMINAN SOSIAL PERILAKU KESEHATAN IBU PADA MASA KEHAMILAN

Variabel terikat dalam kajian ini adalah perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan. Variabel terikat tersebut dibagi menjadi tiga kategori yang terdiri dari:

Y =
- 0 jika ibu berperilaku baik pada masa kehamilan
- 1 jika ibu berperilaku sedang pada masa kehamilan
- 2 jika ibu berperilaku kurang baik pada masa kehamilan*

Sementara itu, 13 variabel bebas yang dimasukkan dalam analisis *chi-square* dan regresi ordinal, meliputi:

1. Umur ($\mathbf{X_1}$) – Rasio
2. Jumlah anak yang dilahirkan ($\mathbf{X_2}$) – Rasio
3. Tingkat pendidikan ibu – Ordinal
   Kategori: 0 = Tamat SMP ke bawah ($\mathbf{D_1}$)
   1 = Tamat SMA ($\mathbf{D_2}$)
   2 = Tamat Perguruan Tinggi*
4. Tingkat pendidikan suami – Ordinal
   Kategori: 0 = Tamat SMP ke bawah ($\mathbf{D_4}$)
   1 = Tamat SMA ($\mathbf{D_5}$)
   2 = Tamat Perguruan Tinggi*
5. Jenis pekerjaan suami – Ordinal
   Kategori: 0 = Pekerja bebas ($\mathbf{D_7}$)
   1 = Pekerja sendiri/wiraswasta ($\mathbf{D_8}$)
   2 = Karyawan*
6. Status bekerja ibu
   Kategori: 0 = Ibu bekerja ($\mathbf{D_{10}}$)
   1 = Ibu tidak bekerja*
7. Kualitas pelayanan kehamilan
   Kategori: 0 = Kualitas pelayanan kehamilan kurang baik ($\mathbf{D_{12}}$)
   1 = Kualitas pelayanan kehamilan baik*
8. Pengelolaan keuangan rumah tangga
   Kategori: 0 = pengelolaan keuangan rumah tangga diatur oleh suami ($\mathbf{D_{14}}$)
   1 = pengelolaan keuangan rumah tangga diatur oleh bukan suami (istri)*

9. Pengambil keputusan tempat pemeriksaan kehamilan
   Kategori: 0 = pengambilan keputusan tempat pemeriksaan kehamilan dilakukan oleh suami (**D_{16}**)
   1 = pengambilan keputusan tempat pemeriksaan kehamilan dilakukan oleh bukan suami (istri)*
10. Pola tempat tinggal
    Kategori: 0 = ibu tinggal dengan orang tua/mertua (**D_{18}**)
    1 = ibu tinggal dengan keluarga inti (suami dan anak)*
11. Akses terhadap internet
    Kategori: 0 = ibu tidak mengakses internet (**D_{20}**)
    1 = ibu mengakses internet*
12. Tenaga kesehatan sebagai sumber informasi
    Kategori: 0 =informasi bukan dari tenaga kesehatan (**D_{22}**)
    1= informasi dari tenaga kesehatan*
13. Akses terhadap asuransi kesehatan
    Kategori: 0 = tidak memiliki asuransi kesehatan (**D_{24}**)
    1 = memiliki asuransi kesehatan*

Keterangan: * digunakan sebagai kategori referensi dalam regresi ordinal (kategori yang dijadikan referensi dalam interpretasi adalah kategori terakhir).

Sebelum dilakukan regresi ordinal, analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor demografi dan sosial yang berhubungan dengan perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan. Tabel 2 menyajikan persentase perilaku kesehatan ibu berdasarkan karakteristik demografi dan sosial yang dimilikinya. Dengan menggunakan uji *chi-square*, beberapa variabel bebas berhubungan secara signifikan (*p-value* <0,05) dengan perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan. Variabel yang bermakna pada tingkat signifikansi <0,05, yaitu jumlah anak yang pernah dilahirkan, tingkat pendidikan ibu, tingkat pendidikan suami, jenis pekerjaan suami, kualitas pelayanan kehamilan, pengelola keuangan rumah tangga, akses terhadap internet, dan akses terhadap asuransi kesehatan.

Sebanyak 53,8% responden yang memiliki jumlah anak sebanyak satu orang tergolong berperilaku baik selama masa kehamilan. Hasil uji statistik diperoleh *p-value* <0,05, artinya terdapat hubungan yang signifikan antara jumlah anak dan perilaku kesehatan ibu selama kehamilan. Tingkat pendidikan ibu dan suami turut memengaruhi perilaku ibu selama masa kehamilan. Sebanyak 73,4% responden yang tamat perguruan tinggi berperilaku baik selama kehamilan, sedangkan 75,9% responden yang memiliki suami dengan jenjang pendidikan yang sama juga berperilaku baik selama kehamilan. Hasil uji statistik untuk tingkat pendidikan ibu dan suami diperoleh hasil *p-value* <0,05 maka dapat disimpulkan terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan ibu dan suami terhadap perilaku kesehatan selama masa kehamilan.

Jenis pekerjaan suami juga memengaruhi perilaku kesehatan ibu selama kehamilan (*p-value* <0,05). Sebanyak 56,4% responden yang memiliki suami dengan pekerjaan karyawan berperilaku baik selama hamil. Sejumlah 58,6% responden yang mengakses fasilitas kesehatan dengan kualitas pelayanan yang baik juga diketahui memiliki perilaku baik pada masa kehamilan. Nilai *p-value* <0,05 pada uji statistik yang dilakukan menunjukkan hubungan yang signifikan antara kualitas pelayanan dan perilaku kesehatan ibu pada saat hamil. Selanjutnya, otonomi pengelolaan keuangan rumah tangga secara statistik turut memengaruhi perilaku kesehatan ibu selama hamil (*p-value* <0,05). Sebanyak 56,5% responden yang memegang otoritas pengelolaan keuangan rumah tangganya memiliki perilaku yang baik selama kehamilan.

Hasil uji statistik yang secara signifikan memengaruhi perilaku kesehatan selama hamil (*p-value* <0,05) adalah akses responden terhadap teknologi, informasi, dan komunikasi (TIK), khususnya internet, serta akses responden terhadap kepemilikan asuransi. Sebanyak 58,2% responden mengaku memiliki akses terhadap internet dan perilaku mereka selama kehamilan tergolong baik. Sementara itu, sebanyak 58% responden yang mempunyai asuransi kesehatan berperilaku baik selama masa kehamilan.

Sebanyak 52,2% responden yang berusia di atas 35 tahun memiliki perilaku baik selama kehamilan. Namun, hasil uji statistik untuk variabel tersebut diperoleh hasil *p-value* ≥0,05. Dapat disimpulkan, tidak ada hubungan yang signifikan secara statistik antara umur ibu dan perilaku kesehatan selama masa kehamilan. Dari hasil uji *chi-square*, status bekerja ibu juga tidak memengaruhi perilaku kesehatan selama kehamilan (*p-value* ≥0,05). Sebanyak 30% responden yang tidak bekerja berperilaku kurang baik selama kehamilan. Tiga variabel lain dalam kajian ini yang secara statistik tidak memiliki hubungan signifikan dengan perilaku kesehatan selama kehamilan (*p-value* ≥0,05) adalah pengambil keputusan tempat pemeriksaan kehamilan, pola tempat tinggal, dan sumber informasi. Dapat dicermati pada Tabel 2, sebanyak 31,2% responden yang memutuskan sendiri tempat pemeriksaan kehamilannya memiliki perilaku kehamilan kurang baik. Selain itu, sebanyak 28,3% ibu yang tinggal hanya dengan keluarga inti berperilaku

kurang baik selama kehamilan. Selanjutnya, 29,4% responden yang mencari sumber informasi melalui tenaga kesehatan tidak menerapkan perilaku yang baik selama kehamilan.

Tabel 2. Statistik deskriptif karakteristik demografi dan sosial responden menurut perilaku kesehatan pada masa kehamilan, Kota Medan, 2017

Variabel bebas	Perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan			Total (%)	N	*p-value*
	Baik (%)	Sedang (%)	Kurang baik (%)			
Umur (X_1):						0,828
≤ 20 tahun	50	7,1	42,9	100	14	
21-35 tahun	48,3	23	28,7	100	317	
> 35 tahun	52,2	20,3	27,5	100	69	
Jumlah anak yang pernah dilahirkan (X_2):						0,024*
1 anak	53,8	25,2	21	100	143	
2 anak	47,5	22	30,5	100	141	
3 anak atau lebih	44,8	18,1	37,1	100	116	
Tingkat pendidikan ibu:						0,000*
Tamat SMP ke bawah (D_1)	38,0	19,5	42,5	100	87	
Tamat SMA (D_2)	46,6	22,9	30,5	100	249	
Tamat Perguruan Tinggi (D_3)	73,4	21,9	4,7	100	64	
Tingkat pendidikan suami:						0,000*
Tamat SMP ke bawah (D_4)	31	19	50	100	84	
Tamat SMA (D_5)	49,6	24	26,4	100	258	
Tamat Perguruan Tinggi (D_6)	75,9	16,7	7,4	100	54	
Jenis pekerjaan suami:						0,000*
Pekerja bebas (D_7)	26,8	22	51,2	100	41	
Bekerja sendiri/wiraswasta (D_8)	44,8	20,9	34,3	100	134	
Karyawan (D_9)	56,4	22,2	21,4	100	220	
Status bekerja ibu:						0,959
Ibu bekerja (D_{10})	46	28,7	25,3	100	87	
Ibu tidak bekerja (D_{11})	49,8	20,2	30	100	313	
Kualitas pelayanan kehamilan:						0,000*
Kualitas pelayanan kurang baik (D_{12})	38,5	24,7	36,8	100	190	
Kualitas pelayanan baik (D_{13})	58,6	19,5	21,9	100	210	
Pengelola keuangan rumah tangga (RT):						0,006*
Suami sebagai pengelola keuangan RT (D_{14})	42,1	24,9	33	100	209	
Istri sebagai pengelola keuangan RT (D_{15})	56,5	18,8	24,6	100	191	
Pengambil keputusan tempat pemeriksaan kehamilan:						0,347
Suami pengambil keputusan (D_{16})	50,9	21,7	27,4	100	230	
Istri pengambil keputusan (D_{17})	46,5	22,4	31,2	100	170	
Pola tempat tinggal:						0,316
Tinggal bersama dengan orang tua/mertua (D_{18})	43,8	25,7	30,5	100	105	
Tinggal bersama keluarga inti (D_{19})	50,8	20,7	28,5	100	295	
Akses terhadap TIK (internet):						0,005*
Tidak mengakses internet (D_{20})	45	22,3	32,7	100	278	
Mengakses internet (D_{21})	58,2	21,3	20,5	100	122	
Sumber informasi:						0,780
Bukan tenaga kesehatan (D_{22})	50	22,5	27,5	100	80	
Tenaga kesehatan (D_{23})	48,8	21,9	29,4	100	320	
Akses terhadap kepemilikan asuransi:						0,000*
Tidak memiliki asuransi kesehatan (D_{24})	35	18,5	46,5	100	157	
Memiliki asuransi kesehatan (D_{25})	58	24,3	17,7	100	243	

Keterangan: *: Signifikan pada *p-value* <0,05.
Sumber: Survei P2 Kependudukan LIPI (2017)

Hasil analisis inferensial dengan metode regresi logistik ordinal untuk determinan perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan menunjukkan nilai pengujian parameter simultan sebesar 0,000 atau kurang dari 0,05. Berdasarkan nilai tersebut maka diambil keputusan untuk menolak H_0. Dapat disimpulkan, setidaknya terdapat minimal satu variabel bebas yang memengaruhi perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan.

Hasil uji parameter parsial untuk perilaku kesehatan pada masa kehamilan menunjukkan terdapat enam variabel yang signifikan pada tingkat signifikansi 0,05 dan 0,1. Variabel-variabel tersebut adalah variabel tingkat pendidikan ibu, tingkat pendidikan suami, jenis pekerjaan suami, pengelolaan keuangan rumah tangga, kualitas pelayanan kehamilan, dan akses terhadap kepemilikan asuransi kesehatan (lihat Tabel 3).

Selanjutnya, pengujian asumsi *parallel lines* digunakan untuk mengetahui kesamaan koefisien regresi variabel bebas untuk setiap kategori variabel terikat. Nilai *p-value* untuk pengujian asumsi *parallel lines* sebesar 0,082 atau lebih dari 0,05. Dengan demikian, keputusan yang dihasilkan adalah gagal tolak H_0. Dengan kata lain, semua kategori perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan, koefisien regresi untuk variabel bebas yang sama memiliki nilai yang sama, sehingga data penelitian cocok untuk dianalisis dengan metode regresi logistik ordinal. Uji statistik *goodness of fit* menunjukkan nilai signifikansi sebesar 0,384. Hal ini menunjukkan bahwa model yang dihasilkan layak untuk digunakan.

Setelah semua uji memenuhi kriteria, persamaan regresi logistik ordinal dibentuk dari nilai-nilai parameter pada Tabel 3. Persamaan regresi logistik ordinal yang terbentuk adalah sebagai berikut:

- Persamaan regresi logistik ordinal untuk perilaku kesehatan ibu yang baik pada masa kehamilan:
  Logit $P\ (Y<= 1|x) = 2{,}672 - (-0{,}027\mathbf{X_1} + 0{,}123\mathbf{X_2} + 0{,}691\mathbf{D_1} + 0{,}748\mathbf{D_2}^{**} + 1{,}297\mathbf{D_4}^{*} + 0{,}522\mathbf{D_5} + 0{,}826\mathbf{D_7}^{*} + 0{,}29\mathbf{D_8} + 0{,}179\mathbf{D_{10}} + 0{,}79\mathbf{D_{12}}^{*} - 0{,}693\mathbf{D_{14}}^{*} + 0{,}187\mathbf{D_{16}} + 0{,}075\mathbf{D_{18}} + 0{,}139\mathbf{D_{20}} + 0{,}135\mathbf{D_{22}} + 0{,}959\mathbf{D_{24}}^{*})$
- Persamaan regresi logistik ordinal untuk perilaku kesehatan ibu yang sedang pada masa kehamilan:
  Logit $P\ (Y<= 1|x) = 2{,}672 - (-0{,}027\mathbf{X_1} + 0{,}123\mathbf{X_2} + 0{,}691\mathbf{D_1} + 0{,}748\mathbf{D_2}^{**} + 1{,}297\mathbf{D_4}^{*} + 0{,}522\mathbf{D_5} + 0{,}826\mathbf{D_7}^{*} + 0{,}29\mathbf{D_8} + 0{,}179\mathbf{D_{10}} + 0{,}79\mathbf{D_{12}}^{*} - 0{,}693\mathbf{D_{14}}^{*} + 0{,}187\mathbf{D_{16}} + 0{,}075\mathbf{D_{18}} + 0{,}139\mathbf{D_{20}} + 0{,}135\mathbf{D_{22}} + 0{,}959\mathbf{D_{24}}^{*})$

Tabel 3 menggambarkan *odds ratio* dari variabel bebas yang secara signifikan memengaruhi perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan. Pada tingkat kepercayaan 95%, ibu yang tamat SMA memiliki kecenderungan sebesar 2,11 kali untuk berperilaku kurang baik pada masa kehamilan dibandingkan dengan ibu yang tamat perguruan tinggi, dengan asumsi variabel lainnya dianggap konstan. Variabel lainnya yang memengaruhi perilaku ibu pada masa kehamilan adalah tingkat pendidikan suami. Ibu yang suaminya tamat SMP ke bawah lebih cenderung untuk memiliki perilaku kurang baik pada masa kehamilan sebesar 3,67 kali dibandingkan dengan ibu yang suaminya tamat perguruan tinggi. Dalam kajian ini, jenis pekerjaan yang dilakukan oleh suami menjadi proksi dari pendapatan rumah tangga. Hasil analisis regresi logistik ordinal menunjukkan ibu yang suaminya bekerja sebagai pekerja lepas berpeluang untuk memiliki perilaku yang kurang baik sebesar 2,28 kali dibanding ibu yang suaminya bekerja sebagai karyawan.

Selanjutnya, ibu yang mendapatkan pelayanan kehamilan dengan kualitas kurang baik lebih cenderung untuk memiliki perilaku kurang baik pada masa kehamilan sebesar 2,20 kali apabila dibandingkan dengan ibu yang mendapatkan pelayanan kehamilan dengan kualitas yang baik. Dari segi otoritas rumah tangga, ibu yang pengelolaan keuangan rumah tangganya berada di tangan suami memiliki kecenderungan sebesar 2 kali lipat untuk berperilaku kurang baik pada masa kehamilan dibandingkan dengan ibu yang pengelolaan keuangan rumah tangganya berada di tangannya sendiri. Selain itu, ibu yang tidak mempunyai asuransi kesehatan berpeluang untuk memiliki perilaku kurang baik selama kehamilan sebesar 2,61 kali dibandingkan dengan ibu yang mempunyai asuransi kesehatan.

Tabel 3. Analisis regresi ordinal determinan perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan

Variabel bebas	Koefisien (β)	Signifikansi (*p-value*)	*Odds Ratio* (95% CI)
Umur (X_1)	-0,027	0,237	0,97(-0,071 – 0,018)
Jumlah anak yang dilahirkan (X_2)	0,123	0,279	1,13(-0,1 – 0,345)
Tingkat pendidikan ibu: (Ref. Tamat Perguruan Tinggi)			
Tamat SMP ke bawah (D_1)	0,691	0,123	1,99(-0,187 – 1,568)
Tamat SMA (D_2)	0,748	0,054**	2,11(-0,013 – 1,508)
Tingkat pendidikan suami: (Ref. Tamat Perguruan Tinggi)			
Tamat SMP ke bawah (D_4)	1,297	0,007*	3,67(0,361 – 2,232)
Tamat SMA (D_5)	0,522	0,215	1,69(-0,303 – 1,346)
Jenis pekerjaan suami: (Ref. Karyawan)			
Bekerja bebas (D_7)	0,826	0,021*	2,28(0,123 – 1,530)
Bekerja sendiri/wiraswasta (D_8)	0,29	0,217	1,34(-0,170 – 0,751)
Status bekerja ibu: (Ref. Ibu tidak bekerja atau ibu rumah tangga)			
Ibu bekerja (D_{10})	0,179	0,489	1,19(-0.329 – 0,687)
Kualitas pelayanan kehamilan (Ref. Kualitas pelayanan baik):			
Kualitas pelayanan buruk (D_{12})	0,79	0,000*	2,20(0,377 – 1,202)
Pengelola keuangan rumah tangga (RT): (Ref. Isteri sebagai pengelola keuangan RT			
Suami pengelola keuangan RT (D_{14})	-0,693	0,001*	2(-1,108 – (-0,278)
Pengambil keputusan tempat pemeriksaan kehamilan (Ref. Istri sebagai pengambil keputusan):			
Suami sebagai pengambil keputusan (D_{16})	0,187	0,385	1,21(-0,236 – 0,610)
Pola tempat tinggal: (Ref. tinggal dengan keluarga inti)			
Tinggal dengan orang tua/mertua (D_{18})	0,075	0,758	1,08(-0,403 – 0,553)
Akses terhadap TIK: (Ref. Mengakses internet)			
Tidak mengakses internet (D_{20})	0,139	0,575	1,15(-0,346 – 0,623)
Sumber informasi: (Ref. Tenaga kesehatan sebagai sumber informasi)			
Tenaga kesehatan bukan sebagai sumber informasi (D_{22})	0,135	0,607	1,15(-0,379 – 0,648)
Akses terhadap asuransi kesehatan: (Ref. Memiliki asuransi kesehatan)			
Tidak memiliki asuransi kesehatan (D_{24})	0,959	0,000*	2,61(0,535 – 1,383)

Keterangan:
* : signifikan pada *p-value* < 0,05
** : signifikan pada *p-value* < 0,1
Kategori referensi: perilaku kesehatan kurang baik pada masa kehamilan.
Sumber: Survei P2 Kependudukan LIPI (2017)

PEMBAHASAN

Komplikasi selama kehamilan dan persalinan merupakan penyebab utama kematian dan kecacatan bagi wanita usia subur di negara berkembang. Oleh karena itu, kesehatan ibu selama kehamilan dan setelah melahirkan tidak hanya menekan risiko terjadinya komplikasi bagi ibu tetapi juga memainkan peran penting dalam menentukan kelangsungan hidup bayi yang baru dilahirkan. Demikian juga halnya dengan

proses kelahiran yang aman di fasilitas kesehatan dapat menjadi intervensi efektif untuk mencegah kesakitan dan kematian pada ibu (Simkhada, Porter, & van Teijlingen, 2007; Darega dkk., 2016; Gray dkk., 2014; Yegezu & Kitila, 2014).

Kajian ini menemukan bahwa perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan di Kota Medan terkait dengan beberapa faktor, antara lain pendidikan ibu, pendidikan suami, jenis pekerjaan suami, kepemilikan asuransi, otonomi pengelolaan keuangan dalam rumah tangga, dan kualitas pelayanan kesehatan. Dari sejumlah faktor yang berpengaruh tersebut, terdapat empat faktor yang menjadi determinan sosial perilaku kesehatan ibu selama kehamilan, yaitu pendidikan suami, kepemilikan asuransi, kualitas pelayanan, dan otonomi keuangan rumah tangga.

Pendidikan suami yang tinggi mendukung penyerapan informasi mengenai pentingnya kunjungan ANC dan risiko kesehatan yang dihadapi ibu hamil. Hasil survei menujukkan ibu dengan suami tamatan SMP ke bawah memiliki kecenderungan 3,67 kali lebih besar untuk berperilaku kurang baik pada masa kehamilan dibandingkan dengan ibu yang suaminya tamat perguruan tinggi. Temuan ini tidak jauh berbeda dengan hasil penelitian Navaneetham dan Dharmalingan (2002) di India yang menemukan bahwa ibu yang mempunyai suami dengan tingkat pendidikan SMA ke atas memiliki kecenderungan empat kali lebih baik untuk melakukan pemeriksaan kesehatan selama kehamilan dibandingkan dengan ibu yang suaminya tidak sekolah. Studi Prusty, Buoy, dan Kumar (2015) di Kamboja juga menemukan bahwa perempuan yang memiliki pasangan dengan latar belakang pendidikan yang baik cenderung mengonsumsi tablet asam folat dan pil zat besi lebih dari 90 buah selama kehamilannya dibandingkan dengan ibu yang memiliki pasangan kurang berpendidikan

Kepemilikan asuransi merupakan faktor yang memengaruhi perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan di Kota Medan. Temuan ini sejalan dengan studi yang dilakukan di Turki dan Bangladesh yang menyebutkan bahwa asuransi kesehatan memiliki dampak yang positif terhadap pemanfaatan pemeriksaan selama kehamilan (Ciceklioglu, Soyer, & Ocek, 2005; Celik & Hotchkiss, 2000). Hasil kajian ini mengindikasikan bahwa program pemerintah untuk menjamin biaya kesehatan bagi penduduk (terutama penduduk miskin) berperan meningkatkan perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan. Selain itu, studi ini menemukan bahwa kualitas pelayanan kesehatan turut memengaruhi perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan. Seperti yang dikemukakan Prusty dkk. (2015), pelayanan ANC dari petugas kesehatan yang terlatih berperan penting dalam memonitor kehamilan, serta menurunkan risiko kesakitan dan kejadian komplikasi pada saat melahirkan. Kualitas pelayanan ANC yang baik tidak hanya diukur dari ketersediaan waktu konsultasi antara petugas kesehatan dan pengguna layanan, tetapi juga termasuk pemberian informasi mengenai komplikasi yang mungkin terjadi akibat kehamilan dan tindakan yang harus diambil pada saat kejadian komplikasi (Nielsen, Hedegaard, Liljestrand, Thilsted, & Joseph, 2001; Magadi, Madise, Rodrigues, 2000). Dengan demikian, dukungan pelayanan kesehatan yang berkualitas sangat diperlukan untuk mewujudkan perilaku kesehatan ibu yang baik pada masa kehamilan.

Pendidikan ibu merupakan salah satu faktor yang berhubungan signifikan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan selama kehamilan. Latar belakang pendidikan ibu meningkatkan status kesehatan mereka. Selain itu, tingkat pendidikan yang dimiliki ibu berkaitan erat dengan ketepatan pengambilan keputusan ketika terjadi komplikasi yang dapat mengancam keselamatan ibu dan janin dalam kandungan. Pemahaman yang baik mengenai pemeriksaan kehamilan tentunya sangat berkaitan dengan tingkat pendidikan yang ditamatkan oleh ibu. Melalui pemahaman yang baik, akses komunikasi dengan penyedia layanan semakin terbuka (Broeck dkk., 2016; Tsegay dkk., 2013). Oleh karena itu, pendidikan menjadi salah satu faktor kunci untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan selama kehamilan.

Otonomi keuangan rumah tangga yang terletak di tangan perempuan menjadi determinan lainnya dalam pelayanan kesehatan pada masa kehamilan. Ibu yang mengelola keuangan rumah tangga cenderung untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan selama kehamilan dibandingkan dengan ibu yang pengelolaan keuangan rumah tangganya diatur oleh orang lain. Selain itu, ibu yang memegang kendali terhadap keuangan rumah tangga mampu menentukan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhannya. Selanjutnya, perempuan yang berdaya dan memiliki otonomi lebih mudah mengakses dan menentukan pilihan pelayanan kesehatan selama hamil, termasuk sarana dan tenaga kesehatannya (Mistry, Galal, & Lu, 2009; Fawole & Adeoye, 2015; Sado, Spaho, & Hotchkiss, 2014).

KESIMPULAN

Secara umum, perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan di Kota Medan cukup baik. Hasil analisis menunjukkan bahwa perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan dipengaruhi oleh pendidikan suami, kepemilikan asuransi, kualitas pelayanan, dan otonomi keuangan rumah tangga.

Berdasarkan temuan studi tersebut, usulan alternatif untuk meningkatkan perilaku kesehatan ibu di Kota Medan dari sisi pengguna *(demand side)* adalah:

- Menumbuhkan kesadaran masyarakat untuk ikut serta dalam asuransi kesehatan secara mandiri.
- Meningkatkan pengetahuan ibu dan suami tentang pentingnya pemeriksaan kesehatan ibu pada masa kehamilan, melalui berbagai media, seperti penyuluhan, *leaflet*/brosur versi cetak maupun digital (dapat diakses melalui internet).
- Dalam jangka panjang, meningkatkan pendidikan ibu dan suami. Hal ini diperlukan sebab pendidikan menjadi faktor yang secara tidak langsung memengaruhi perilaku kesehatan ibu.
- Menumbuhkan kesadaran masyarakat bahwa pengelolaan keuangan rumah tangga yang terletak di tangan istri turut menentukan derajat kesehatan ibu dan anak.

Dari sisi penyedia pelayanan, alternatif masukan adalah:

- Meningkatkan cakupan pelayanan jaminan kesehatan dari pemerintah (seperti BPJS kesehatan), terutama pada keluarga yang tidak mampu.
- Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ibu di fasilitas kesehatan tingkat dasar. Studi ini menemukan bahwa kualitas pelayanan yang kurang baik (kurang lengkap) memengaruhi perilaku kesehatan ibu. Kualitas pelayanan kesehatan ibu yang kurang lengkap dapat menyebabkan belum optimalnya tahapan pemeriksaan ibu hamil seperti penimbangan berat badan, pengukuran tekanan darah, pengukuran frekuensi nadi, frekuensi nafas, pemeriksaan perut, dan pemeriksaan pembengkakan di kaki. Selain itu, pelaksanaan konseling terhadap ibu hamil masih terbatas. Padahal, pemberian informasi tentang tanda-tanda komplikasi penting disampaikan pada ibu hamil. Informasi yang lengkap tentang tanda-tanda komplikasi dapat membantu ibu jika mengalami tanda-tanda klinis komplikasi yang membutuhkan tindakan lebih lanjut. Hal ini diperlukan untuk mencegah kesakitan bahkan kematian ibu dan bayi dalam kandungan.

DAFTAR PUSTAKA

Agus, Y., & Horiuchi, S. (2012). Factors influencing the use of antenatal care in rural West Sumatra, Indonesia. *Pregnancy and Childbirth, 12*(9). doi: 10.1186/1471-2393-12-9

Astuti, Y., & Widayatun. (2017). *Determinan sosial perilaku kesehatan ibu dan pola pengasuhan anak di Kota Medan di era globalisasi (Laporan Penelitian*). Jakarta: P2 Kependudukan LIPI.

Astuti, Y., Widayatun, & Rahadian, A.S. (2016). *Peran dan interaksi keluarga di era globalisasi dalam pengasuhan anak pada periode emas kehidupan: Kasus Kota Medan (Laporan Penelitian)*. Jakarta: P2 Kependudukan LIPI.

Babalola, S., & Fatusi, A. (2009). Determinants of use of maternal health services in Nigeria: Looking Beyond individual and household factors. *BMC Pregnancy and Childbirth, 9*(43). doi: 10.1186/1471-2393-9-43

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan [Balitbangkes] Kementerian Kesehatan. (2013*). Pokok-pokok hasil Riskesdas Provinsi Sumatera Utara*. Jakarta: Balitbangkes Kementerian Kesehatan.

Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional [BKKBN], Badan Pusat Statistik [BPS], Kementerian Kesehatan, & United States Agency for Development [USAID]. (2013). *Survei demografi dan kesehatan Indonesia.* Jakarta: BKKBN, BPS, Kementerian Kesehatan, dan USAID.

Broeck, J.V., Jong, E., Klomp, T., Putman, K., & Beeckman, K. (2016). Antenatal care use in urban areas in two European countries: Predisposing, enabling and pregnancy-related determinants in Belgium and the Netherlands. *BMC Health Services Research, 16*(337). doi: 10.1186/s12913-016-1478-3

Celik, Y. & Hotchkiss, D.R. (2000). The Socio-economic determinants of maternal health care utilization in Turkey. *Journal of Social Science and Medicine, 50*(12), 1797-1806. doi: 10.1016/S0277-9536(99)00418-9

Chakraborty, N., Islam, M. A., Chowdhury, R. I., Bari, W., & Akhter, H.H. (2003). Determinants of the use of maternal health services in rural Bangladesh. *Health Promotion International, 18*(4), 327-337.

Ciceklioglu, M., Soyer, M.T., & Ocek, Z.A. (2005). Skilled attendance at delivery in Bangladesh: An etnographic study. *Research Monograph Series Vol. 22*. Research and Evaluation Division, BRAC, Dhaka, Bangladesh. Diakses dari http://research.brac.net/new/books/ethnographic

Dar, S.S. (2013). *Socio-economic determinants of maternal health behavior in Pakistan: An instrumental variable approach* (Doctoral Dissertation). Lahore School of Economics, Punjab, Pakistan. Diakses dari http://hdl.handle.net/123456789/6342

Darega, B., Dida, N., Tafese, F., & Ololo, S. (2016). Institutional delivery and postnatal care services utilizations in Abuna Gindeberet District, West Shewa, Oromiya Region, Central Ethiopia: A community-based cross sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 16*(149). doi: 10.1186/s12884-016-0940-x.

Dinas Kesehatan Kota Medan. (2016). *Profil kesehatan Kota Medan tahun 2015*. Medan: Dinas Kesehatan Kota Medan.

Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara. (2017). *Profil kesehatan Provinsi Sumatera Utara tahun 2016*. Medan: Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara.

Fawole, O.I., & Adeoye, I.A.(2015). Women's status within the household as a determinant of maternal health care use in Nigeria. *Afr Health Sci, 15*(1), 217-225. doi: 10.4314/ahs.v15i1.28

Furuta, M., & Salway, S. (2006). Women's position within the household as a determinants of maternal health care use in Nepal. *Int Fam Plan Perspect, 32*(1), 17-27. doi: 10.1363/ifpp.32.017.06

Gray, R., Bick, D., & Chang. (2014). Health in pregnancy and post-birth: Contribution to improved child outcomes. *Journal of Children's Services, 9*(2), 109-127. doi: 10.1108/JCS-03-2014-0020

Indarwati, L. (2010). Faktor-faktor yang mempengaruhi motivasi ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya dengan menggunakan USG di Poliklinik Kandungan BPRSUD Salatiga tahun 2008. *Jurnal Kebidanan, 2*(2). Diakses dari: http://journal.stikeseub.ac.id/index.php/jkeb/article/view/82

Islam, M.M., & Masud, M.S. (2018). Health care seeking behavior during pregnancy, delivery and the postnatal period in Bangladesh: Assessing the compliance with WHO Recommendations. *Midwifery, 63*, 8-16. doi: 10.1016/j.midw.2018.04.021

Kamal S.M., Hassan, C.H., & Alam, G.M. (2015). Determinants of institutional delivery among women in Bangladesh. *Asia Pac J Public Health, 27(2)*, NP1372-NP1388. doi: 10.1177/1010539513486178

Kementerian Kesehatan & World Health Organization [WHO]. (2013). Buku saku pelayanan sesehatan ibu di fasilitas kesehatan dasar dan rujukan. Jakarta: Kementerian Kesehatan dan WHO.

Klawetter, S. (2014). Conceptualizing social determinants of maternal and infant health disparities. *Journal of Women and Social Work, 29*(2), 131-141. doi: 10.1177/0886109913516451

Kusuma, D., Cohen, J., McConnell, M., & Berman, P. (2016). Can cash transfers improve determinants of maternal mortality? Evidence from the household and community programs in Indonesia. *Soc Sci Med, 163*, 10-20. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.06.020

Larsen, A., Exavery, A., Philips, J.F., Tani, K., & Kanté, A.M. (2016). Predictors of health care seeking behavior during pregnancy, delivery and the postnatal period in rural Tanzania. *Matern Child Health J. 20*(8), 1726-1734. doi: 10.1007/s10995-016-1976-2

Magadi, M.A., Madise, N.J., & Rodrigues, R.N. (2000). Frequency and timing of antenatal care in Kenya: Explaining the variations between women of different communities. *Social Science and Medicine, 51*(4), 551-561. doi: 10.1016/S0277-9536(99)00495-5

Mahato, P.K., Teijlingen, E. V., Simkhada, P., Sheppard, Z.A., & Silwal, R. C. (2017). Factors related to choice of place of birth in a district in Nepal. *Journal of Sexual and Reproductive Healthcare. 13*, 91-96. doi: 10.1016/j.srhc.2017.07.002

Målqvist, M., Hoa, P., Thi, D., & Thomsen, S. (2012). Causes and determinants of inequity in maternal and child health in Vietnam. *BMC Public Health, 12*(641). doi: 10.1186/1471-2458-12-641

McCarthy, J., & Maine, D. (1992). A framework for analyzing the determinants of maternal mortality. *Studies in Family Planning, 23*(1), 23-33. doi: 10.2307/1966825

Mistry, R., Galal, O., & Lu, M. (2009). Women's autonomy and pregnancy care in rural India: A contextual analysis. *Social Science and Medicine, 69(*6), 926-933. doi: 10.106/j.socscimed.2009.07.008

Mugo, N.S., Dibley, M.J., & Agho, K.E. (2015). Prevalence and risk factors for non-use of antenatal care visits: Analysis of the 2010 South Sudan household survey. *BMC Pregnancy Childbirth, 15*(68). doi: 10.1186/s12884-015-0491-6

Mullany, B.C., Becker, S., & Hindin, M.J. (2007). The impact of including husbands in antenatal health education services on maternal health practices in urban Nepal: Results from a randomized controlled trial. *Health Education Research, 22*(2), 166-176. doi: 10.1093/her/cyl060

Navaneetham, K., & Dharmalingam, A. (2002). Utilization of maternal health care services in Southern India. *Journal of Social Science and Medicine, 55*(10), 1849-1869. doi: 10.1016/S0277-9536(01)00313-6

Nielsen, B.B., Hedegaard, M., Liljestrand, J., Thilsted, S.H., & Joseph, A. (2001). Characteristics of antenatal care attenders in a rural population in Tamil Nadu, South India: A community-based cross-sectional study. *Health and Social Care in the Community, 9(*6), 327-333. doi: 10.1046/j.1365-2524.2001.00310.x

Nuraini, E., & Parker, E. (2005). Improving knowledge of antenatal care (ANC) among pregnant women: A field trial in Central Java, Indonesia. *Asia-Pacific Journal of Public Health, 17(*1). 3-8. doi: 10.1177/101053950501700102

Oktaviani, I., Makalew, L., & Solang, S.D. (2016). Profil haemoglobin pada ibu hamil dilihat dari beberapa faktor pendukung. *Jurnal Ilmiah Bidan, 4*(1), 22-30. Diakses dari https://ejurnal.poltekkesmanado.ac.id/index.php/jib/article/view/345

Prusty, R.K., Buoy, S., & Kumar, P. (2015). Factors associated with utilization of antenatal care services in Cambodia. *J Public Health, 23,* 297-310. doi: 10.1007/s10389-015-0680-9

Sado, L., Spaho, A., & Hotchkiss, D.R. (2014). The influence of women's empowerment on maternal health care utilization: Evidence from Albania. *Social Science and Medicine, 114,* 169-177. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.05.047

Shahjahan. M., Chowdhury, H.A., Al-Hadhrami, A.Y., & Harun, G.D. (2017). Antenatal dan postnatal care practices among mothers in rural Bangladesh: A community based cross-sectional study. *Midwifery, 52,* 42-48. doi: 10.1016/j.midw.2017.05.011

Simkhada, B., Porter, M.A., & van Teijlingen, E.R. (2010). The role of mothers-in-law in antenatal care decision-making in Nepal: A qualitative study. *Pregnancy and Childbirth, 10*(34). doi: 10.1186/1471-2393-10-34.

The ASEAN Secretariat Jakarta. (2017). *ASEAN statistical report on Millennium Development Goals 2017*. Jakarta: The ASEAN Secretariat. Diakses dari http://asean.org/storage/2012/05/ASEAN_MDG_2017.pdf

Tsegay, Y., Gebrehiwot, T., Goicolea, I., Edin, K., Lemma, H., & Sebastian, M.S. (2013). Determinants of antenatal dan delivery care utilization in Tigray Region, Ethiopia: A cross-sectional study. *Journal for Equity in Health, 12*(30). doi: 10.1186/1475-9276-12-30

United Nation. (2009). *The Millennium Development Goals report 2009*. New York: United Nations. Diakses dari http://www.un.org/milleniumgoals

United Nations Children's Fund [UNICEF] Indonesia. (2012, Oktober). *Ringkasan kajian kesehatan ibu dan anak*. Diakses dari https://www.unicef.org/indonesia/id/A5__B_Ringkasan_Kajian_Kesehatan_REV.pdf

Wichaidit, W., Alam, M.U., Halder, A.K., Unicomb, L., Hamer, D.H., & Ram, P.K. (2016). Availability and quality of emergency obstetric and newborn care in Bangladesh. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 95*(2), 298-306. doi: 10.4269/ajtmh.15-0350

World Health Organization [WHO]. (2011). *World conference on social determinants of health.* Diakses dari http://www.who.int/sdhconference/en/

Yegezu, R.T. & Kitila, S.B. (2014). Assessment of factors affecting choice of delivery place among pregnant women in Jimma Zone, South West Ethiopia: Cross sectional study. *Journal of Women's Health Care, 4*(1). doi:10.4172/2167-0420.1000211

JURNAL KEPENDUDUKAN INDONESIA

p-ISSN: 1907-2902 (Print)
e-ISSN: 2502-8537 (Online)

ANALISIS KETIMPANGAN GENDER DI PROVINSI SUMATERA BARAT

(*GENDER INEQUALITY ANALYSIS IN WEST SUMATERA PROVINCE*)

Rita Diana
BPS Provinsi Sumatera Barat

Korespondensi penulis: rita.diana@bps.go.id

Abstract

The issue of women empowerment has been a critical development agenda, both in national dan international level. However, it would be difficult for women to be empowered if gender inequality still exists in essential aspects in development processes. This article aims to find out regencies/municipalities with high gender inequality in West Sumatera Province. This study employed a biplot method to analyze the 2015 Gender Empowerment Index data. Such method categorized regencies and municipalities in West Sumatra into three groups based on the components of gender empowerment. Of the three groups, the first group has prominent characteristics regarding their gender inequality that shown from high gender imbalances concerning women and men as professionals, managers, administrators and technicians and representation in parliament. Meanwhile, the second group features regions with a medium level of women's contribution to income and women's representation in parliament. Furthermore, the third group is attributed to a high proportion of women in parliament. The results from biplot method analysis show of 99.94% and STRESS score of 15.98%. These values indicate that the results are quite similar to the real condition.

Keywords*: biplot method, gender inequality, gender empowerment*

Abstrak

Isu pemberdayaan perempuan telah menjadi agenda pembangunan penting, baik di tingkat nasional maupun internasional. Meskipun begitu, kaum perempuan sulit untuk berdaya secara optimal jika ketimpangan gender masih ditemui pada aspek-aspek penting dalam proses pembangunan. Artikel ini bertujuan untuk mengetahui kabupaten/kota yang memiliki tingkat ketimpangan gender tinggi di Provinsi Sumatera Barat. Kajian ini menggunakan metode biplot untuk menganalisis data Indeks Pemberdayaan Gender (IDG) tahun 2015. Metode ini mengategorikan kabupaten/kota di Sumatera Barat menjadi tiga kelompok berdasarkan variabel-variabel pembentuk IDG. Dari ketiga kelompok tersebut, kelompok pertama memiliki karakteristik yang menonjol yaitu masih tingginya ketimpangan gender dalam hal kedudukan perempuan dan laki-laki sebagai tenaga profesional, manajer, administrasi, teknisi, serta keterwakilan dalam parlemen. Sementara itu, kelompok kedua dicirikan dengan sumbangan perempuan dalam pendapatan dan keterwakilan perempuan dalam parlemen yang tergolong kategori sedang. Selanjutnya, kelompok ketiga memiliki kekhasan yaitu tingginya keterwakilan perempuan dalam parlemen. Hasil analisis dengan menggunakan metode biplot menunjukkan variabilitas sebesar 99,94% dan nilai STRESS sebesar 15,98%. Nilai ini mengindikasikan bahwa hasil kajian ini cukup cocok dengan kondisi sebenarnya.

Kata Kunci: metode biplot, ketimpangan gender, pemberdayaan gender

PENDAHULUAN

Kesetaraan gender merupakan persoalan klasik yang belum sepenuhnya dapat diselesaikan (Tuwo, 2016). Menurut UN Women (2016), persoalan kesetaraan gender tidak hanya terjadi di satu daerah atau wilayah, tetapi juga berlangsung hampir di setiap bagian dunia, termasuk di negara-negara di wilayah Asia Pasifik. Meskipun memiliki pertumbuhan ekonomi yang sangat kuat, kemajuan perempuan dalam partisipasi ekonomi di kawasan Asia Pasifik sangat lambat selama 20 tahun terakhir. Lebih lanjut, UN Women (2016) menyatakan bahwa jika kondisi seperti ini masih terjadi, maka untuk mencapai kesetaraan gender antara pria dan wanita di Asia-Pasifik membutuhkan waktu 118 tahun. Rendahnya kesetaraan gender sudah menjadi hal lazim di wilayah Asia Pasifik. Lebih menyedihkan lagi, isu tersebut sulit terselesaikan karena lembaga-lembaga pemerintah yang diberi tanggung jawab menangani kesetaraan perempuan tidak memiliki dana yang cukup (UN Women, 2016). Hambatan utama hal ini adalah kurangnya investasi. Oleh sebab itu, pemerintah dan setiap pemangku kepentingan perlu memberikan perhatian lebih untuk menangani masalah ini. Untuk menangani permasalahan kesetaraan gender, setiap kebijakan yang dikeluarkan pemerintah perlu memperhatikan masalah ini. Dengan demikian, usaha peningkatan pemberdayaan dan pembangunan gender dapat terlaksana dengan baik (UN Women, 2016).

World Economic Forum (WEF) telah merancang sistem untuk menunjukkan pentingnya kesetaraan gender bagi pertumbuhan dan perkembangan negara. Sistem bernama *Global Gender Gap* tahun 2015 mengurutkan 145 negara berdasarkan besarnya kesenjangan di bidang pendidikan, kesehatan, politik, kekuasaan, dan ekonomi. Dalam laporan tersebut, lima negara dengan kesetaraan gender paling rendah adalah Iran, Chad, Suriah, Pakistan, dan Yaman. Sementara itu, Indonesia berada di posisi ke-92, satu peringkat di bawah Tiongkok dan di atas Uruguay (WEF, 2015).

Dalam konteks pemberdayaan dan pembangunan gender, Katjasungkana dalam Nugroho (2008) mengemukakan empat indikator pemberdayaan dan pembangunan gender, yang meliputi (i) akses, mencakup kesamaan hak dalam mengakses sumber daya-sumber daya produktif di dalam lingkungan; (ii) partisipasi, yaitu keikutsertaan dalam mendayagunakan aset atau sumber daya yang terbatas tersebut; (iii) kontrol, mencakup kesempatan yang sama bagi lelaki dan perempuan untuk melakukan kontrol atas pemanfaatan sumber daya-sumber daya tersebut; dan (iv) manfaat, yaitu lelaki dan perempuan harus dapat menikmati hasil-hasil pemanfaatan sumber daya atau pembangunan secara bersama dan setara.

Isu gender menarik banyak perhatian karena tidak saja menyangkut aspek psiko-sosiologis, tetapi juga berkaitan dengan aspek teologis. Kesetaraan gender merupakan kesamaan kondisi bagi laki-laki dan perempuan untuk memperoleh kesempatan serta hak-haknya sebagai manusia, agar mampu berperan dan berpartisipasi dalam kegiatan politik, hukum, ekonomi, sosial budaya, pendidikan, pertahanan dan keamanan nasional (hankamnas), serta kesamaan dalam menikmati hasil pembangunan tersebut. Kesetaraan gender juga meliputi penghapusan diskriminasi dan ketidakadilan struktural, baik terhadap laki-laki maupun perempuan.

Kesetaraan gender memiliki kaitan dengan keadilan gender. Keadilan gender merupakan suatu proses dan perlakuan adil terhadap laki-laki dan perempuan. Terwujudnya kesetaraan dan keadilan gender ditandai dengan tidak adanya diskriminasi, baik terhadap laki-laki maupun perempuan. Setiap orang memiliki akses, kesempatan berpartisipasi, kontrol atas pembangunan, serta memperoleh manfaat yang setara dan adil dari pembangunan tersebut. Dalam konteks ini, memiliki akses berarti setiap orang mempunyai peluang/ kesempatan dalam memperoleh akses yang adil dan setara terhadap sumber daya dan memiliki wewenang untuk mengambil keputusan terhadap cara penggunaan dan hasil sumber daya tersebut. Sementara itu, memiliki kesempatan berpartisipasi berarti mempunyai kesempatan untuk berkreasi atau ikut andil dalam pembangunan nasional. Selanjutnya, memiliki kontrol berarti memiliki kewenangan untuk mengambil keputusan atas penggunaan dan hasil sumber daya sehingga memperoleh manfaat yang sama dari pembangunan. Kesetaraan gender dapat pula dianggap sebagai cara pintar untuk mengatur perekonomian. Hal ini disebabkan kesetaraan gender akan memberikan akses bagi para wanita untuk turut berkontribusi dalam pergerakan ekonomi suatu bangsa. Akibatnya, pergerakan ekonomi akan semakin efektif dan wanita juga lebih dihargai perannya.

Pada tahun 2015, negara-negara anggota PBB telah menyepakati deklarasi untuk melaksanakan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (*Sustainable Development Goals* atau SDGs). Konsep SDGs ini merupakan kelanjutan dari Tujuan Pembangunan Milenium (*Millennium Development Goals* atau MDGs) yang juga menetapkan isu gender menjadi salah satu agenda pembangunan. Evaluasi capaian kesetaraan dan pemberdayaan perempuan dapat dilihat melalui indikator-indikator yang menunjukkan capaian-capaian pembangunan berbasis gender, berupa Indeks Pemberdayaan Gender (IDG). Tiga komponen pada IDG meliputi keterwakilan perempuan dalam parlemen; perempuan sebagai tenaga profesional,

manajer, administrasi, dan teknisi; serta sumbangan pendapatan perempuan (KPPA & BPS, 2016).

Tren IDG Sumatera Barat sejak tahun 2010 hingga 2013 terus menunjukkan peningkatan. Pada tahun 2010, IDG Sumatera Barat sebesar 63,04 dan pada tahun 2013 mengalami peningkatan mencapai 65,40. Namun, IDG Sumatera Barat mengalami penurunan pada tahun 2014 menjadi 61,86 dan naik kembali menjadi 64,06 pada tahun 2015. Angka ini jauh tertinggal jika dibandingkan dengan IDG nasional sebesar 70,83 (KPPA & BPS, 2016)

Penurunan IDG Sumatera Barat di tahun 2014 dipengaruhi oleh penurunan keterwakilan perempuan dalam parlemen. Pada tahun 2013, keterwakilan perempuan Sumatera Barat dalam parlemen sebesar 12,73%. Namun, proporsi ini menurun menjadi 9,23% pada tahun 2014 dan 10,77% pada tahun 2015 (KPPA & BPS, 2016) Kondisi ini tidak sejalan dengan agenda pembangunan RPJMN 2014-2019 yang salah satu sasarannya adalah peningkatan peranan dan keterwakilan perempuan di lembaga eksekutif, legislatif, dan yudikatif. Sasaran ini pun sudah tertera 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%. Sayangnya, kuota ini belum tercapai di Provinsi Sumatera Barat. Jika kuota perempuan yang diatur dalam UU tersebut mampu dicapai secara optimal tentu akan berdampak dalam pemberdayaan perempuan, mengingat kebijakan-kebijakan yang dibuat akan lebih memperhatikan isu-isu gender.

Komponen pengukuran IDG yang kedua adalah persentase perempuan sebagai tenaga manajer, profesional, kepemimpinan, dan teknisi. Indikator ini menunjukkan peranan perempuan dalam pengambilan keputusan di bidang penyelenggaraan pemerintah, serta kehidupan ekonomi dan sosial. Pada tahun 2015, persentase perempuan sebagai tenaga profesional di Sumatera Barat relatif besar, yakni mencapai 56,75% (KPPA & BPS, 2016). Hal ini menandakan bahwa keterlibatan perempuan dalam mengambil keputusan dan berpartisipasi dalam perekonomian semakin bisa disejajarkan dengan laki-laki.

Penduduk Provinsi Sumatera Barat berusia 15 tahun ke atas terdiri dari 1,79 juta jiwa penduduk laki-laki (49,20%) dan 1,85 juta jiwa penduduk perempuan (50,80%). Namun, tingkat Partisipasi Angkatan Kerja (TPAK) laki-laki di Provinsi Sumatera Barat masih lebih tinggi dibandingkan dengan TPAK perempuan di wilayah ini. Hal ini menggambarkan bahwa kesempatan perempuan dalam dunia kerja masih jauh tertinggal dari laki-laki. Situasi ini dapat disebabkan karena mayoritas perempuan usia kerja mengurus rumah tangga sehingga tidak berkategori sebagai penduduk yang potensial dalam pasar tenaga kerja. Persentase perempuan yang bekerja adalah 37% dari keseluruhan tenaga kerja. Dapat dikatakan, laki-laki masih mendominasi tenaga kerja Sumatera Barat. Hal ini juga berdampak pada sumbangan pendapatan perempuan yang hanya mencapai 36,40% (KPPA & BPS, 2016).

Artikel ini bertujuan untuk menganalisis ketimpangan gender yang terjadi di wilayah Provinsi Sumatera Barat. Ketimpangan dilihat berdasarkan kabupaten-kabupaten yang terdapat di wilayah provinsi tersebut. Untuk mengetahui lebih jelas kabupaten/kota mana yang memiliki tingkat ketimpangan paling tinggi dapat dilakukan analisis statistika mendalam. Analisis didasarkan pada data sekunder IDG tahun 2015 (KPPA & BPS, 2016).

METODOLOGI

Studi ini menggunakan data IDG yang memperlihatkan sejauh mana peran aktif perempuan dalam kehidupan ekonomi dan politik. Peran aktif perempuan dalam kehidupan ekonomi dan politik mencakup partisipasi berpolitik, partisipasi ekonomi dan pengambilan keputusan, serta penguasaan sumber daya ekonomi. Kajian ini mengolah komponen IDG di 19 kabupaten/kota di Provinsi Sumatera Barat, yang terdiri dari variabel X_1 = keterlibatan perempuan di parlemen (%); X_2 = perempuan sebagai tenaga profesional (%), dan X_3 = sumbangan pendapatan perempuan (%).

Data IDG tersebut kemudian dianalisis lebih lanjut untuk memperoleh gambaran umum tentang kondisi pemberdayaan gender kabupaten/kota di Sumatera Barat. Analisis dilakukan dengan menggunakan metode biplot. Metode biplot adalah metode statistika yang berguna untuk menyajikan secara simultan *n* obyek pengamatan dan *p* peubah dalam ruang bidang datar, sehingga ciri-ciri peubah dan obyek pengamatan serta posisi relatif antar obyek pengamatan dengan peubah dapat dianalisis secara visual (Jolliffe, 1986; Rawlings, 1988). Metode ini memungkinkan untuk melakukan *positioning* maupun *perceptual mapping* dari sekumpulan objek. Ada beberapa informasi yang dapat diperoleh dari analisis biplot, antara lain kedekatan antar objek yang diamati, keragaman variabel, hubungan atau korelasi antar variabel, dan nilai variabel pada suatu objek (Aitchison & Greenacre, 2002), seperti yang dijelaskan berikut ini:

a. Kedekatan antara obyek
Informasi ini nantinya dijadikan panduan wilayah mana yang memiliki kemiripan karakteristik dengan wilayah lainnya. Tingkat kemiripan atau kedekatan antara wilayah dapat dilihat dari jarak *Euclidean* maupun sudut yang terbentuk antara wilayah-wilayah tersebut.

b. Keragaman variabel
Informasi ini nantinya digunakan untuk melihat apakah ada komponen IDG tertentu yang semua nilainya hampir sama untuk setiap wilayah atau sebaliknya nilai IDG setiap wilayah ada yang sangat besar dan kecil. Dengan adanya informasi ini, dapat dilihat komponen-komponen IDG mana yang berpengaruh terhadap IDG ataupun sebaliknya. Dalam biplot, komponen-komponen dengan keragaman yang kecil digambarkan sebagai vektor yang pendek sedangkan komponen-komponen dengan keragaman yang besar digambarkan sebagai vektor yang panjang.

c. Hubungan korelasi antarvariabel
Informasi ini digunakan untuk menilai bagaimana komponen yang satu dipengaruhi peubah yang lain. Dengan menggunakan biplot komponen akan digambarkan sebagai garis berarah. Dua komponen yang memiliki korelasi positif tinggi akan digambarkan sebagai dua buah garis dengan arah yang sama, atau membentuk sudut sempit. Sementara itu dua komponen yang memiliki korelasi negatif tinggi akan digambarkan dalam bentuk dua garis dengan arah yang berlawanan, atau membentuk sudut lebar (tumpul). Sedangkan dua komponen yang tidak berkolerasi akan digambarkan dalam bentuk dua garis dengan sudut mendekati 90 derajat (siku-siku).

d. Nilai-nilai variabel pada suatu obyek
Informasi ini nantinya digunakan untuk melihat keunggulan dari setiap wilayah jika dilihat dari masing-masing nilai komponen IDG. Wilayah yang terletak searah dengan arah dari suatu komponen IDG, dikatakan bahwa pada wilayah tersebut nilainya di atas rata-rata. Sebaliknya, jika wilayah lain terletak berlawanan dengan arah dari komponen tersebut, maka provinsi tersebut memiliki nilai dekat dengan rata-rata.

Kajian ini selanjutnya mengelompokkan 19 kota/kabupaten di Sumatera Barat berdasarkan kedekatan antar-obyek pada *scatter plot* yang telah dibuat. Untuk menguji pembentukan kelompok tersebut, kajian ini selanjutnya menerapkan teknik *multivariate analysis of variance* (MANOVA). Studi ini juga menghitung nilai *standardized resideual sum of square* (STRESS) untuk mengukur ketidakcocokan (*lack of fit error*) antara konfigurasi yang ada dengan ukuran kesesuaian yang diinginkan. Semakin tinggi nilai STRESS semakin tidak cocok atau semakin mendekati nol maka output yang dihasilkan semakin sesuai dengan keadaan sebenarnya. Dengan kata lain, semakin kecil nilai STRESS menunjukkan semakin kecil *error* antara jarak dan nilai kemiripan dari ruang yang disajikan (Cox & Cox, 1994). Nilai STRESS didefinisikan sebagai berikut:

$$\text{Stress} = \left(\frac{\sum_{i,j} (d_{ij} - \hat{d}_{ij})^2}{\sum_{i,j} d_{ij}^2} \right)^{\frac{1}{2}}, \qquad i,j = 1,2,\ldots,n$$

dengan d_{ij} adalah jarak *Euclid* dan $\hat{d}_{ij}$ adalah nilai deviasi hubungan kemonotonan antara jarak d_{ij} dengan dissimilaritas objek yang diobservasi. Pedoman untuk intepretasi STRESS adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Kriteria kesesuaian konfigurasi (STRESS)

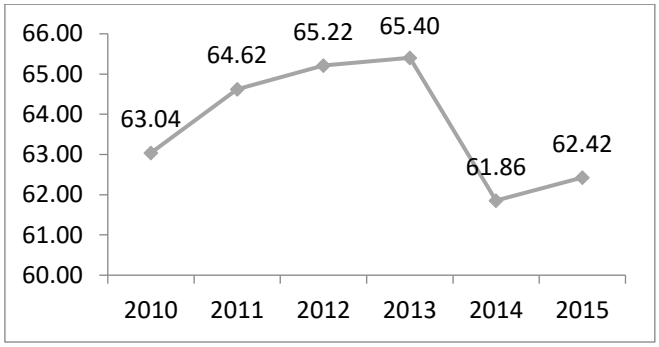
Nilai STRESS	Kriteria
≥ 20%	Kurang
10% ≤ STRESS < 20%	Cukup
5% ≤ STRESS < 10%	Baik
2,5% ≤ STRESS < 5%	Sangat Baik
< 2,5%	Sempurna

GAMBARAN UMUM IDG DI PROVINSI SUMATERA BARAT

Indikator IDG digunakan untuk menggambarkan persamaan peranan atau pencapaian kapabilitas antara perempuan dan laki-laki dalam aspek ekonomi, politik, dan pengambilan keputusan. Ketika terjadi ketimpangan atau ada satu kelompok yang capaian pemberdayaannya jauh di atas yang lain (baik perempuan maupun laki-laki), maka nilai IDG akan jauh dari 100. Kenaikan indikator IDG menggambarkan peningkatan peran perempuan sekaligus pengurangan peran laki-laki. Peningkatan ketimpangan pemberdayaan gender ditunjukkan oleh makin turunnya IDG yang terdiri dari tiga indeks, yakni indeks EDEP (*equally distributed equivalent percentage*) parlemen, indeks kedudukan perempuan sebagai tenaga profesional, dan indeks EDEP pendapatan. Angka indeks yang baik adalah angka yang mendekati 50 atau dengan kata lain kesetaraan gender terjadi apabila partisipasi perempuan dan laki-laki 50:50. Pada saat peran salah satu kelompok di atas 50%, maka terjadi ketimpangan gender. Semua penghitungan indeks komponen IDG menyertakan data proporsi jumlah penduduk perempuan. Ketika terjadi perubahan komposisi, angka indeks komponen akan berubah meskipun indikator komponennya tetap.

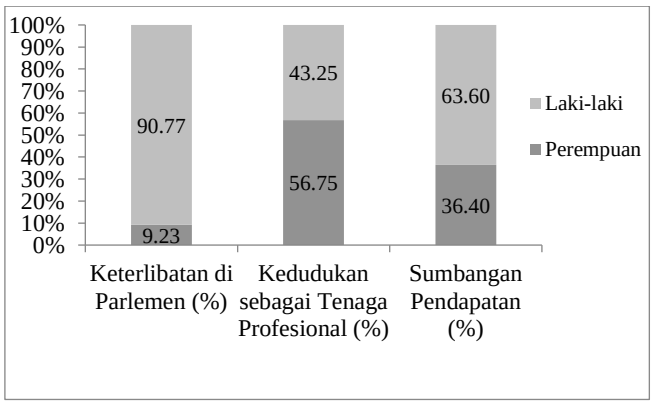
Gambar 1 menunjukkan tren IDG Provinsi Sumatera Barat dari tahun 2010-2015 dapat dilihat pada Gambar 1. Dapat dicermati bahwa perkembangan IDG Sumatera Barat dari tahun 2010 hingga tahun 2013 terus meningkat, tetapi menurun drastis pada tahun 2014. Hal ini dipicu oleh berkurangnya persentase keterwakilan perempuan dalam parlemen. Pada tahun 2015, IDG Sumatera Barat mulai menunjukkan arah yang lebih baik sejalan dengan adanya peningkatan persentase perempuan yang bekerja sebagai tenaga profesional, manajer, administrasi dan teknisi. Kondisi ini berdampak pada berkurangnya ketimpangan gender. Meskipun menunjukkan peningkatan IDG, komponen IDG berupa keterwakilan perempuan dalam parlemen dan sumbangan pendapatan perempuan di Sumatera Barat masih lebih rendah dari laki-laki atau masih di bawah 50% (Gambar 2).

Gambar 1. Tren IDG Sumatera Barat, 2010-2015



Sumber: KPPA & BPS (2016)

Gambar 2. Pencapaian komponen IDG Sumatera Barat, 2015



Sumber: KPPA & BPS (2016)

IDG Sumatera Barat berada pada peringkat ke-27 dari 33 provinsi di Indonesia. Kondisi ini kurang menggembirakan karena menggambarkan tingginya ketimpangan gender di Sumatera Barat dibandingkan dengan provinsi lain. Rata-rata variabel IDG adalah 7,43% untuk keterwakilan perempuan dalam parlemen, 57,12% untuk kedudukan perempuan sebagai tenaga profesional, manajer, administrasi, teknisi, dan 34,18% pada sumbangan pendapatan perempuan. Masih rendahnya keterwakilan perempuan dalam parlemen di Sumatera Barat (9,23%) membuat capaian perempuan tetap rendah. Hal ini sejalan dengan masih sedikitnya jumlah anggota DPRD tahun 2015 di Sumatera Barat yakni sebesar 10,77 persen (Tabel 2). Jika mengacu pada UU No.12 Tahun 2003, angka ini masih jauh dari kuota minimal 30% anggota perlemen perempuan.

Tabel 2. Perkembangan jumlah anggota DPRD Sumatera Barat, 2011-2015

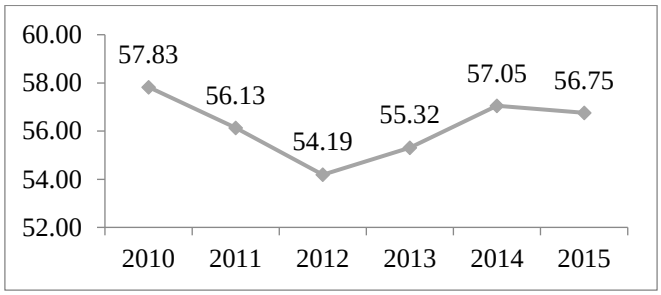
Tahun	Laki-laki	Perempuan	Jumlah	Persentase Perempuan
2015	58	7	65	10.77
2014	59	6	65	9.23
2013	48	7	55	12.73
2012	48	7	55	12.73
2011	48	7	55	12.73

Sumber: KPPA & BPS (2016)

Rendahnya tingkat keterwakilan perempuan dalam lembaga politik formal, baik di tingkat nasional maupun lokal, membawa pengaruh yang cukup besar terhadap kualitas hidup perempuan. Hal ini dikarenakan kualitas hidup perempuan tidak dapat dipisahkan dari kebijakan publik yang dibuat oleh lembaga-lembaga politik, termasuk alokasi anggaran untuk pengimplementasian-nya. Apabila perempuan tidak ikut serta dalam menentukan kebijakan yang terkait dengan peningkatan kesejahteraan mereka maka besar kemungkinan perempuan akan ditempatkan pada skala prioritas yang rendah (Noerdin, 2006).

Hal yang cukup menggembirakan dalam perkembangan indikator IDG adalah kedudukan perempuan sebagai tenaga profesional, manajer, administrasi, dan teknisi. Meskipun selama tahun 2010 sampai 2015 terjadi penurunan, namun persentasenya masih di atas laki-laki. Hal ini menunjukkan bahwa kedudukan dan potensi perempuan di Sumatera Barat dalam pengambilan keputusan bidang penyelenggaraan pemerintah, swasta, dan organisasi sosial lainnya lebih baik dibandingkan laki-laki. Namun, angka tersebut masih belum dapat dikatakan sejajar dan justru akan membuat IDG semakin rendah yang akan mengakibatkan semakin tingginya ketimpangan gender. Perkembangan persentase perempuan sebagai tenaga profesional dapat dilihat pada Gambar 3.

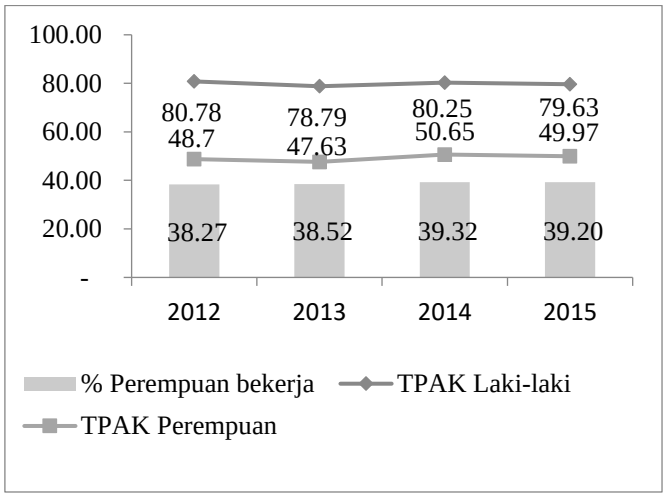
Gambar 3. Perkembangan persentase perempuan sebagai tenaga profesional, 2010-2015



Sumber: KPPA & BPS (2016)

Secara umum, partisipasi perempuan dalam dunia kerja semakin meningkat, walaupun terkadang mengalami fluktuasi. Gambaran perempuan dalam pasar kerja dapat dilihat pada Gambar 4. Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja (TPAK) laki-laki dan perempuan terlihat stagnan dan kesempatan perempuan dalam dunia kerja masih jauh tertinggal dari laki-laki. Hal ini karena mayoritas perempuan usia kerja mengurus rumah tangga, sehingga tidak masuk kategori sebagai penduduk yang berada dalam pasar tenaga kerja.

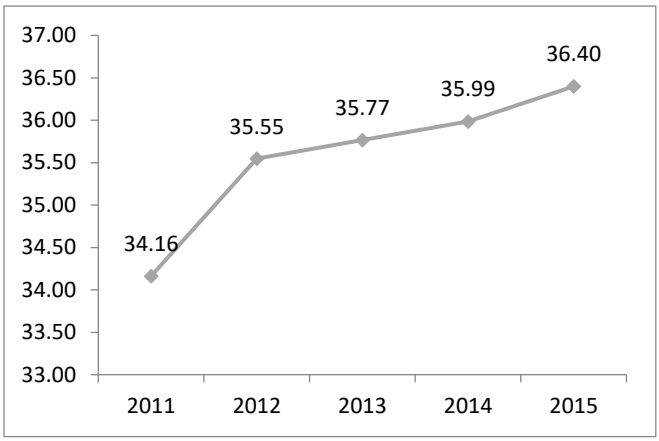
Gambar 4. Perkembangan TPAK laki-laki dan perempuan, 2012-2015



Sumber: KPPA & BPS (2016)

Pengeluaran per kapita (yang disesuaikan) perempuan mengalami peningkatan dari tahun 2010-2015. Pada tahun 2010, pengeluaran perempuan sebesar 7,73 juta rupiah, dan terus meningkat mencapai 9,80 juta rupiah pada tahun 2015. Namun demikian, jumlah tersebut lebih kecil dibandingkan dengan laki-laki. Perubahan pengeluaran ini terkait dengan faktor angkatan kerja dan upah yang diterima. Selain itu, dominasi penduduk laki-laki pada angkatan kerja di Sumatera Barat berakibat pada sumbangan pendapatan perempuan yang lebih kecil dibanding laki-laki. Jika partisipasi perempuan dalam pasar kerja meningkat, proporsi sumbangan pendapatan perempuan meningkat pula, sehingga berdampak pada makin kecilnya kesenjangan proporsi sumbangan pendapatan laki-laki dan perempuan. Perkembangan sumbangan pendapatan perempuan dari tahun 2010-2015 dapat dilihat pada Gambar 5.

Gambar 5. Perkembangan sumbangan pendapatan perempuan, 2011-2015 (persen)



Sumber: KPPA & BPS (2016)

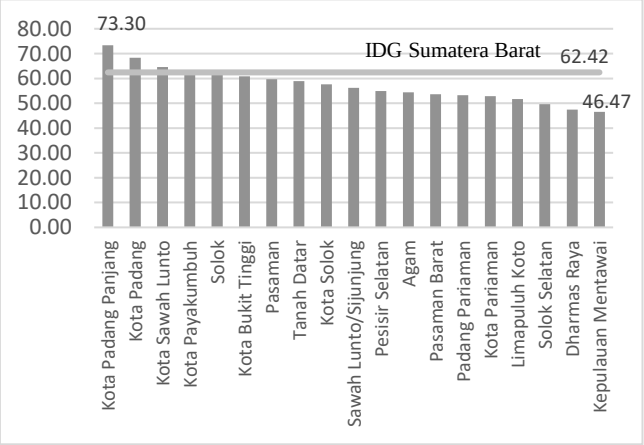
Selain partisipasi kerja, kesenjangan upah/pendapatan juga dapat memengaruhi proporsi sumbangan pendapatan perempuan. Hennigusnia (2014) dengan menggunakan data Sakernas BPS tahun 2008-2012 menjelaskan bahwa kesenjangan upah antargender terjadi karena adanya diskriminasi. Fakta ini menunjukkan bahwa meskipun peraturan perundang-undangan di Indonesia menetapkan upah dan kesempatan yang sama antara laki-laki dan perempuan, tetapi masih ditemukan kurangnya penghargaan terhadap keterampilan perempuan di pasar kerja (Hennigusnia, 2014). Tenaga kerja perempuan juga masih menghadapi tantangan kultural dan struktural yang cenderung memarginalkan posisi perempuan di pasar kerja. Data Sakernas BPS tahun 1980-2012 menunjukkan rata-rata upah yang diterima buruh/karyawan perempuan 30% lebih rendah dibandingkan dengan buruh/karyawan laki-laki (Vibriyanti, 2013).

Keberadaan sebagian besar angkatan kerja perempuan di sektor informal juga turut memengaruhi kesenjangan pendapatan antargender (Vibriyanti, 2013). Selain para angkatan kerja perempuan cenderung tidak tersentuh oleh UU perlindungan tenaga kerja, mereka juga umumnya memiliki tingkat pendidikan yang rendah. Rendahnya tingkat pendidikan memungkinkan makin lebarnya jurang kesenjangan upah/pendapatan (Pirmana, 2006). Menurut Miki dan Yuval (2011), perempuan dengan pendidikan yang lebih tinggi lebih dapat bersaing di pasar kerja dibanding mereka yang berpendidikan rendah untuk jenis pekerjaan yang sama dengan laki-laki. Selanjutnya, Wahyuni dan Monika (2016) mengemukakan investasi pada bidang

pendidikan perlu ditingkatkan untuk meningkatkan kemampuan dan kualitas angkatan kerja perempuan. Hal ini diharapkan dapat mengurangi bias gender pada pendapatan.

Gambar 6 mengilustrasikan capaian IDG di tingkat kabupaten/kota di Provinsi Sumatera Barat. Dapat dicermati bahwa ada tiga daerah yang pencapaian IDG-nya melebihi IDG Provinsi Sumatera Barat, yakni Kota Padang Panjang, Kota Padang, dan Kota Sawah Lunto. Sebaliknya, tiga daerah dengan capaian IDG terendah adalah Kabupaten Kepulauan Mentawai, Kabupaten Dharmas Raya, dan Kabupaten Solok Selatan. Selain karena ketiga daerah tersebut masih merupakan daerah tertinggal dan daerah pemekaran, indikator IDG yang dimiliki masih jauh dari kesetaraan gender (peran laki-laki dan perempuan masih timpang) sehingga membuat pembangunan gender belum dirasakan oleh masyarakat setempat.

Gambar 6. IDG kabupaten/kota di Sumatera Barat, 2015

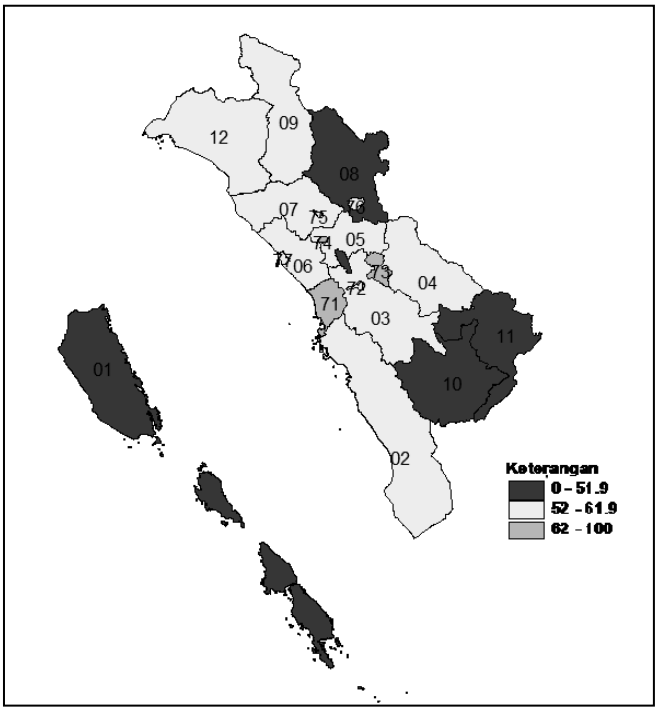


Sumber: KPPA & BPS (2016)

Jika dilihat dari perkembangan dalam dua tahun terakhir, terdapat lima kabupaten/kota yang mengalami penurunan capaian IDG. Di antara kelima kabupaten/kota tersebut, penurunan cukup signifikan dialami oleh Kota Solok. Situasi ini utamanya dipengaruhi oleh berkurangnya keterlibatan perempuan dalam parlemen. Sementara itu, kabupaten/kota lain yang mengalami penurunan IDG umumnya disebabkan oleh meningkatnya persentase kedudukan perempuan sebagai tenaga profesional, manajer, administrasi, dan teknisi. Kondisi ini membuat disparitas pemberdayaan gender semakin melebar dan IDG semakin turun. IDG tertinggi dicapai oleh Kota Padang Panjang (73,30%) dan IDG terendah adalah Kabupaten Kepulauan Mentawai (46,47%). Jarak yang ditimbulkan dari perbedaan capaian IDG tertinggi dan terendah meningkat dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Dapat dikatakan, disparitas pembangunan gender di tingkat kabupaten/kota di Sumatera Barat semakin melebar.

Pengelompokan kabupaten/kota di Provinsi Sumatera Barat[1] berdasarkan capaian IDG-nya dapat dicermati pada Gambar 7. Kajian ini menggunakan metode *hierarchical cluster* untuk mendapatkan tiga kelompok capaian IDG, yaitu tinggi (IDG 0 – 51,9), sedang (52 – 61,9), dan tinggi (62 – 100).

Gambar 7. Pengelompokan IDG menurut kabupaten dan kota di Sumatera Barat, 2015



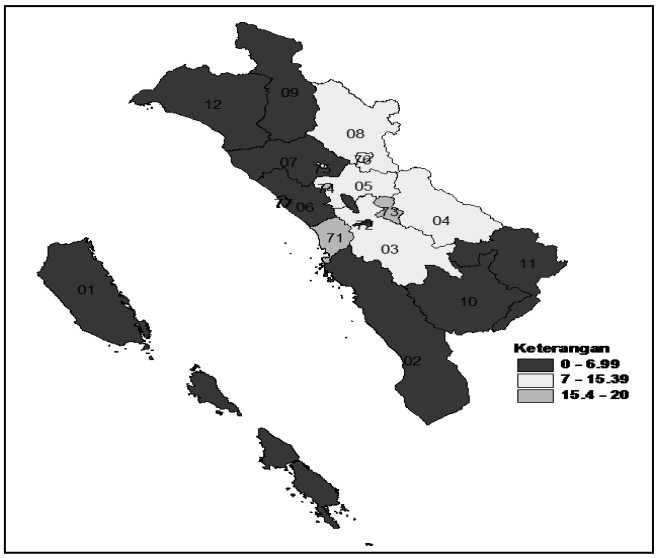
Sumber: Olah data KPPA & BPS (2016)

Selanjutnya, sebaran keterwakilan perempuan di parlemen disajikan pada Gambar 8. Wilayah dengan keterwakilan perempuan dalam parlemen terendah di Sumatera Barat adalah di Kabupaten Kepulauan Mentawai dan Kabupaten Solok Selatan. Sebaliknya, persentase keterwakilan perempuan terbanyak di Kota Payakumbuh, Kota Pariaman, dan Kota Padang. Namun, secara keseluruhan belum ada kabupaten/kota dengan persentase keterwakilan perempuan dalam parlemen yang mendekati 30%. Artinya, masih sangat

[1] Kode kabupaten/kota di Provinsi Sumatera Barat:
01. Kepulauan Mentawai; 02. Pesisir Selatan; 03. Solok;
04. Sijunjung; 05. Tanah Datar; 06. Padang Pariaman;
07. Agam; 08. Lima Puluh Kota; 09. Pasaman;
10. Solok Selatan; 11. Dharmas Raya; 12. Pasaman Barat;
71. Kota Padang; 72. Kota Solok; 73. Kota Sawahlunto;
74. Kota Padang Panjang; 75. Kota Bukittinggi;
76. Kota Payakumbuh; 77. Kota Pariaman.

sedikit keterwakilan perempuan dalam parlemen di daerah. Bahkan, masih ada kabupaten yang masih belum memiliki keterwakilan perempuan di parlemen.

Gambar 8. Pengelompokan kabupaten/kota di Sumatera Barat menurut keterwakilan perempuan dalam parlemen, 2015

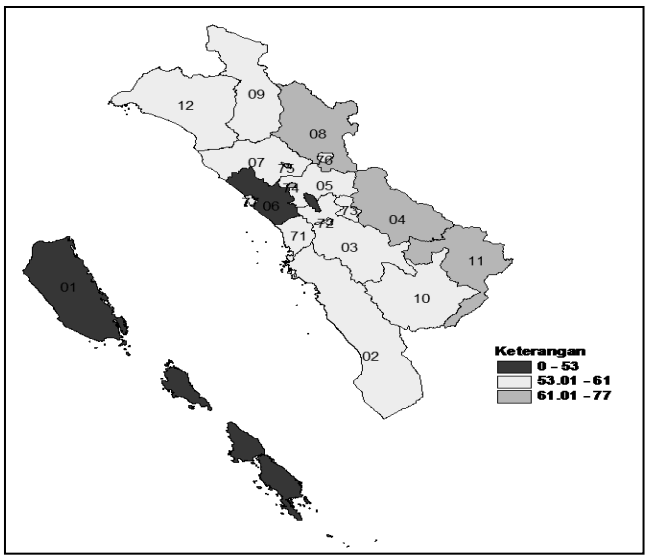


Sumber: Olah data KPPA & BPS (2016)

Gambar 9 memperlihatkan kelompok daerah berdasarkan proporsi penduduk perempuan dengan kedudukan sebagai tenaga profesional, manajer, administrasi, dan teknisi. Wilayah dengan proporsi perempuan tertinggi pada jabatan tersebut adalah Kabupaten Sijunjung, Kabupaten Lima Puluh Kota, Kabupaten Dharmas Raya, Kota Padang Panjang dan Kota Bukittinggi, dengan persentase di atas 60%. Sementara itu, kelompok daerah dengan capaian terendah adalah Kabupaten Kepulauan Mentawai dan Kabupaten Padang Pariaman (<50%). Kelompok daerah yang memiliki persentase kedudukan perempuan sebagai tenaga profesional antara 50 – 60% adalah Kabupaten Pesisir Selatan, Kabupaten Solok, Kabupaten Tanah Datar, Kabupaten Agam, Kabupaten Pasaman, Kabupaten Solok Selatan, Kabupaten Pasaman Barat, Kota Padang, Kota Solok, Kota Sawah Lunto, Kota Payakumbuh, dan Kota Pariaman. Berdasarkan pengelompokan data tersebut, terlihat bahwa hampir seluruh daerah kabupaten/kota memiliki kedudukan perempuan sebagai tenaga profesional lebih banyak dibanding laki-laki, kecuali Kabupaten Kepulauan Mentawai dan Padang Pariaman.

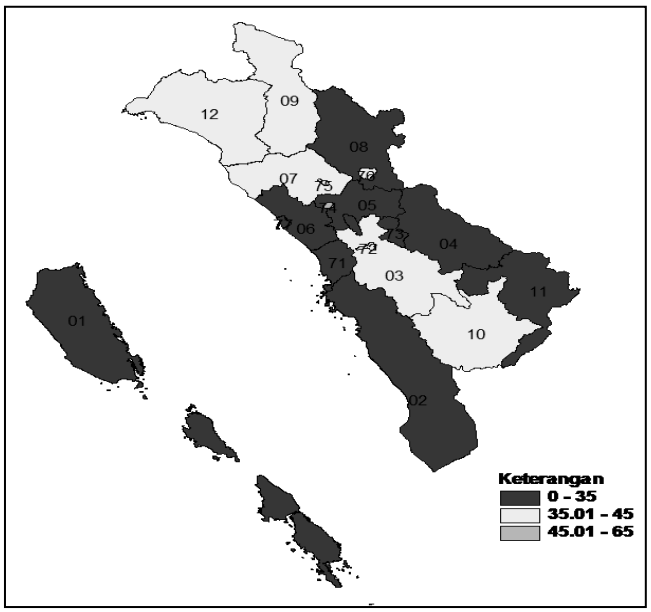
Jika ditinjau dari proporsi sumbangan pendapatan perempuan, kelompok daerah yang memiliki sumbangan pendapatan perempuan terendah (0-35%) adalah Kabupaten Kepulauan Mentawai, Kabupaten Pesisir Selatan, Kabupaten Sijunjung, Kabupaten Tanah Datar, Kabupaten Padang Pariaman, Kabupaten Lima Puluh Kota, Kabupaten Dharmas Raya, Kota Padang, Kota Sawahlunto, dan Kota Pariaman. Sebaliknya, kelompok daerah dengan sumbangan pendapatan tertinggi (>45%) adalah Kota Padang Panjang. Kelompok daerah yang memiliki sumbangan pendapatan perempuan berkisar 35-45% meliputi Kabupaten Solok, Kabupaten Agam, Kabupaten Pasaman, Kabupaten Solok Selatan, Kabupaten Pasaman Barat, Kota Solok, Kota Bukittinggi, dan Kota Payakumbuh.

Gambar 9. Pengelompokan kabupaten/kota di Sumatera Barat menurut persentase kedudukan perempuan sebagai tenaga profesional, 2015



Sumber: Olah data KPPA & BPS (2016)

Gambar 10. Pengelompokan kabupaten/kota di Sumatera Barat menurut persentase sumbangan pendapatan perempuan, 2015



Sumber: Olah data KPPA & BPS (2016)

Dari hasil analisis ketiga variabel IDG tersebut, kajian ini menemukan bahwa variabel kedudukan perempuan sebagai tenaga profesional, manajer, administrasi, teknisi mempunyai variasi yang paling besar dibanding dua variabel lainnya. Nilai variasi dari variabel ini sebesar 39,02.

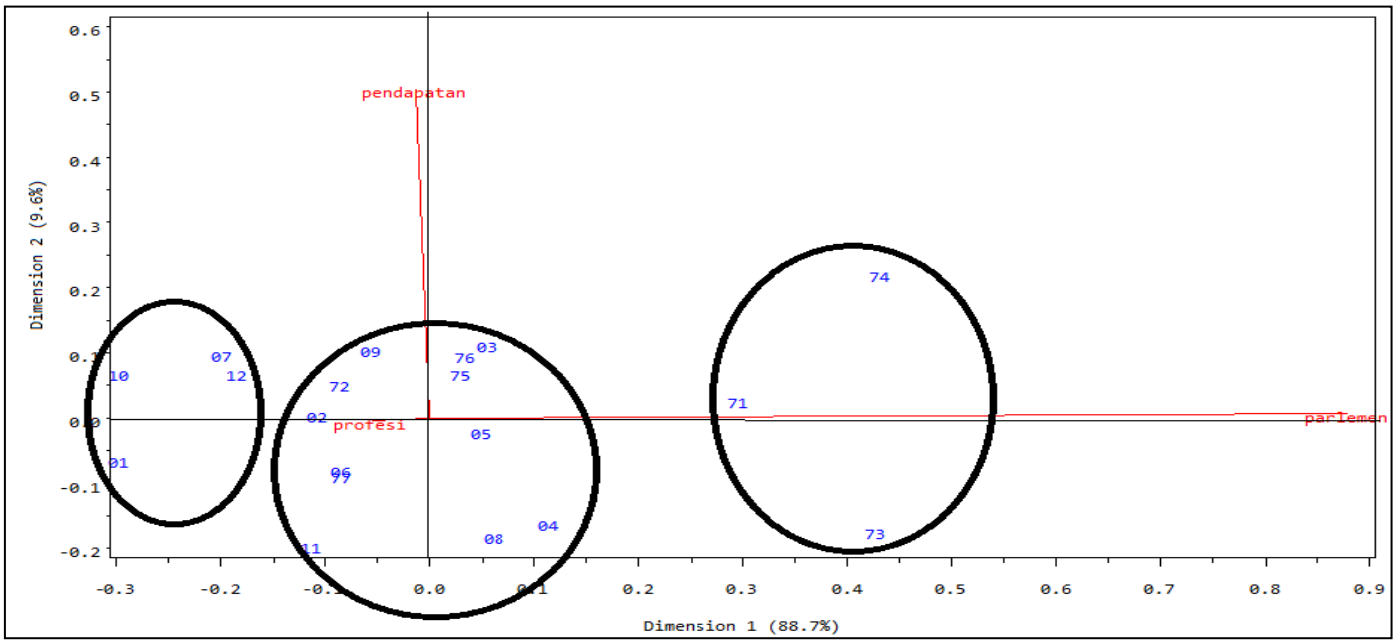
ANALISIS IDG SUMATERA BARAT MENGGUNAKAN METODE BIPLOT

Dari data yang telah dibahas di bagian sebelumnya, kajian ini selanjutnya melakukan analisis dengan menggunakan metode biplot. Metode ini bertujuan untuk meringkas informasi dari suatu matriks data yang besar ke dalam suatu plot yang berdimensi dua. Selain menyajikan posisi relatif objek beserta variabel, metode biplot menyajikan ragam dan korelasi antarvariabel.

Sebelum memulai analisis biplot, langkah pertama yang harus terpenuhi adalah terpenuhinya asumsi normalitas untuk data *multivariate*. Dengan menggunakan uji kenormalan Q-Q Plot (*normal probability quantile-vs-quantile*) dan Mardia diperoleh *p-value* untuk *multivariate skewness* adalah 0,53 sehingga dapat disimpulkan bahwa data *multivariate* di atas tidak berdistribusi multinormal dan tidak ada pencilan (*outlier*).

Metode biplot kemudian dilakukan dengan menghitung indeks EDEP (*equally distributed equivalent percentage*) pada tiap komponen IDG. Hasil biplot berdasarkan indeks EDEP parlemen, indeks EDEP tenaga profesional, dan indeks EDEP sumbangan pendapatan, seperti yang disajikan pada Gambar 11. Bahasan berikut ini mendiskusikan beberapa aspek penting dari grafik biplot tersebut.

Gambar 11. Grafik biplot komponen IDG kabupaten/kota di Provinsi Sumatera Barat, 2015



Sumber: Olah data KPPA & BPS (2016)

Panjang Vektor

Panjang vektor menyatakan varian dari tiap variabel. Pada Gambar 11 terlihat bahwa keterwakilan perempuan dalam parlemen memiliki panjang vektor yang terpanjang. Dapat diartikan, keterwakilan perempuan dalam parlemen di antara ke-19 kabupaten/kota di Provinsi Sumatera Barat memiliki keragaman yang tinggi, terutama di Kota Padang, Kota Sawah Lunto, dan Kota Padang Panjang. Sementara itu, sumbangan pendapatan juga memperlihatkan keragaman yang cukup tinggi dibandingkan kedudukan perempuan sebagai tenaga profesional, manajer, administrasi, dan teknisi.

Nilai Sudut Antar Dua Peubah

Besar koefisien antarvektor dapat diketahui dengan menghitung nilai *cosinus* dari sudut yang dibentuk oleh kedua vektor tersebut. Gambar 11 memperlihatkan bahwa vektor keterwakilan perempuan dalam parlemen dan vektor kedudukan perempuan sebagai tenaga profesional, manajer, administrasi, teknisi memiliki sudut tumpul (>90º). Hal ini berarti terdapat korelasi negatif antara kedua variabel tersebut. Selanjutnya, vektor sumbangan pendapatan dan vektor keterwakilan perempuan dalam parlemen membentuk sudut agak lancip, yang menandakan korelasi positif antara kedua variabel tersebut.

Kedekatan Antar-Obyek

Kedekatan antar-obyek dapat digunakan sebagai dasar untuk pengelompokan. Obyek-obyek yang letaknya berdekatan diasumsikan memiliki karakteristik yang hampir sama sehingga dapat dikelompokkan ke dalam satu kelompok. Pembentukan kelompok dapat didasarkan pada jarak kedekatan dengan variabel maupun kedekatan antar-obyek. Tidak ada ketentuan seberapa jauh atau seberapa dekat jarak antar-obyek tersebut sehingga ditentukan berdasarkan persepsi saja (Gardner & Le Roux, 2002). Berdasarkan posisi kabupaten dan kota terhadap variabel yang ada, identifikasi awal terkait pengelompokan kabupaten/ kota di Provinsi Sumatera Barat berdasarkan variabel IDG, sebagai berikut:

a. Kelompok pertama meliputi Kabupaten Kepulauan Mentawai, Kabupaten Agam, Kabupaten Solok Selatan, dan Kabupaten Pasaman Barat. Kelompok pertama ini memiliki kedekatan yang sama dan karakteristik yang hampir sama pada variabel indeks EDEP kedudukan perempuan sebagai tenaga profesional, manajer, administrasi, dan teknisi. Dapat diartikan, kelompok ini mempunyai ciri yang menonjol dalam hal masih tingginya ketimpangan gender dalam hal kedudukan perempuan dan laki-laki sebagai tenaga profesional, manajer, administrasi, dan teknisi, serta keterwakilan dalam parlemen. Hal ini disebabkan masih adanya diskriminasi terhadap kaum perempuan dalam memperoleh pekerjaan dan jabatan. Oleh karena itu, pemerintah diharapkan terus berupaya mendorong terciptanya peluang bagi perempuan untuk memperoleh pekerjaan yang layak dan produktif secara bebas, adil, aman, dan bermartabat. Hal ini dapat dilakukan dengan menghapus diskriminasi di berbagai bidang dan memberi perhatian pada masalah yang dialami oleh pekerja perempuan (Uli, 2005).

b. Kelompok kedua meliputi Kabupaten Pesisir Selatan, Kabupaten Solok, Kabupaten Sijunjung, Kabupaten Tanah Datar, Kabupaten Padang Pariaman, Kabupaten Lima Puluh Kota, Kabupaten Pasaman, Kabupaten Dharmas Raya, Kota Solok, Kota Bukittinggi, Kota Payakumbuh, dan Kota Pariaman. Kelompok kedua ini memiliki kedekatan yang sama dan karakteristik yang hampir sama pada variabel sumbangan pendapatan perempuan dan keterwakilan perempuan dalam parlemen.

c. Kelompok ketiga meliputi Kota Padang, Kota Sawah Lunto, dan Kota Padang Panjang. Kelompok ketiga ini memiliki kedekatan pada variabel indeks EDEP keterwakilan perempuan dalam parlemen. Salah satu ciri yang menonjol dari kelompok ini adalah lebih banyaknya keterwakilan perempuan dalam parlemen dibandingkan kabupaten/kota lain di Sumatera Barat. Meskipun begitu, persentase keterwakilan perempuan dalam parlemen di ketiga kota tersebut masih di bawah 30%.

Untuk meyakinkan apakah pembentukan kelompok sudah sesuai dan tepat dilakukan uji statistik pembentukan kelompok dengan menggunakan MANOVA (Johnson & Wichern, 2002). Hasil uji statistik yang disajikan pada Tabel 4 mengindikasikan bahwa ketiga kelompok mempunyai nilai rata-rata keseluruhan yang berbeda, sehingga pembentukan kelompok tersebut sudah sesuai.

Tabel 4. Hasil uji multivariat

Effect		Value	F	Sig.
kel_indeks	Pillai's Trace	1.958	10.019	.000
	Wilks' Lambda	.000	210.560	.000
	Hotelling's Trace	2025.253	2850.356	.000
	Roy's Largest Root	2017.827	10761.745	.000

Pengukuran tingkat kesalahan pengelompokan dengan menggunakan biplot dilakukan dengan melihat nilai STRESS. Semakin kecil nilai STRESS menunjukkan semakin kecil *error* antara jarak dan nilai kemiripan dari ruang yang disajikan. Berdasarkan hasil pengolahan data dengan SPSS diperoleh variabilitas komponen IDG yang dapat dijelaskan melalui metode biplot sebesar 99,94% dan nilai STRESS sebesar 15,98% yang termasuk kategori cukup sesuai.

Dari ketiga kelompok yang terbentuk, kelompok pertama harus mendapatkan perhatian lebih serius dari pemerintah. Strategi pemerintah dalam pemberdayaan perempuan perlu dilakukan secara bertahap. Sebagai contoh, program Keluarga Berencana (KB) perlu memberikan kesempatan yang lebih besar kepada kaum ibu untuk mengurangi beban yang dipikulnya dalam lingkungan keluarga dengan mengatur kehamilan dan kelahiran anak-anaknya. Melalui cara tersebut, perempuan dapat ikut berpartisipasi dalam pembangunan. Selain itu, kaum ibu dapat ikut serta membangun keluarga dan lingkungan, serta mengembangkan sifat dan jiwa kewirausahaan dengan ikut serta dalam gerakan pemberdayaan ekonomi keluarga.

Memberikan prioritas kepada kelompok perempuan untuk mengembangkan diri dan keluarganya agar mereka kelak dapat terbebas dari ketidakberdayaan, kemiskinan, ataupun kebodohan bukanlah suatu penyelesaian dalam pemberdayaan perempuan.

Sebaliknya, perlu diberikan solusi atas permasalahan yang selama ini dirasakan oleh kaum perempuan seperti memberikan fasilitas penitipan anak yang memadai, terutama bagi kaum perempuan yang bekerja, agar mereka tenang dalam bekerja. Hal ini patut menjadi perhatian karena banyak kaum perempuan berhenti bekerja disebabkan masalah pengurusan anak. Situasi ini dapat berdampak pada kondisi perekonomian dan kesejahteraan keluarga.

Peningkatan pemberdayaan perempuan juga dapat dilakukan dengan peningkatan pendidikan kaum perempuan. Pendidikan perempuan dapat berdampak pada keseluruhan bangsa karena perempuan berpendidikan baik biasanya memiliki pendapatan lebih tinggi, lebih aktif secara politik, serta peduli terhadap kesehatan dan pendidikan untuk generasi selanjutnya. Selain itu, solusi lain peningkatan pemberdayaan perempuan adalah peningkatan kemampuan (keahlian) dan keterampilan perempuan dalam segala bidang. Misalnya, program pemberdayaan perempuan dalam bidang ekonomi melalui industri rumah tangga. Pemerintah juga diharapkan dapat mengalokasikan dana pinjaman modal khusus bagi perempuan. Solusi tersebut merupakan pilihan bijak sebab sebagian besar kemiskinan di wilayah ini dialami oleh kaum perempuan. Melalui cara tersebut, pembangunan berbasis gender dapat terwujud dan tidak lagi sekadar slogan atau retorika yang tidak terealisasi. Meskipun ikhtiar pemberdayaan perempuan perlu mendapat perhatian khusus, pemberdayaan itu sendiri bukanlah sesuatu yang berdiri sendiri atau terlepas dari *grand strategy* pembangunan nasional secara umum. Oleh karena itu, strategi yang menjadikan ikhtiar pemberdayaan perempuan perlu menjadi salah satu inti *spirit* pembangunan nasional. Situasi ini yang disebut dengan pemberdayaan perempuan berdimensi gender, yakni upaya mengembangkan kemampuan kaum perempuan agar mereka dapat menjadi mitra sejajar kaum laki-laki dalam membangun Indonesia ke depan.

KESIMPULAN

Metode biplot dalam kajian ini menghasilkan tiga pengelompokan kabupaten/kota di Sumatera Barat berdasarkan variabel-variabel komponen IDG. Kelompok pertama meliputi Kabupaten Kepulauan Mentawai, Kabupaten Agam, Kabupaten Solok Selatan, dan Kabupaten Pasaman Barat. Karakteristik utama kelompok pertama ini adalah adanya kedekatan yang sama pada variabel indeks EDEP kedudukan perempuan sebagai tenaga profesional, manajer, administrasi, dan teknisi. Dengan kata lain, kelompok ini mempunyai ciri yang menonjol yaitu masih tingginya ketimpangan gender dalam hal kedudukan perempuan dan laki-laki sebagai tenaga profesional, manajer, administrasi, dan teknisi, serta keterwakilan dalam parlemen. Kelompok kedua mencakup Kabupaten Pesisir Selatan, Kabupaten Solok, Kabupaten Sijunjung, Kabupaten Tanah Datar, Kabupaten Padang Pariaman, Kabupaten Lima Puluh Kota, Kabupaten Pasaman, Kabupaten Dharmas Raya, Kota Solok, Kota Bukittinggi, Kota Payakumbuh, dan Kota Pariaman. Kelompok kedua ini memiliki kedekatan yang sama dan karakteristik yang hampir sama, yakni sumbangan perempuan dalam pendapatan dan keterwakilan perempuan dalam parlemen dalam kategori sedang. Selanjutnya, kelompok ketiga mencakup Kota Padang, Kota Sawah Lunto, dan Kota Padang Panjang. Kelompok ketiga ini memiliki kedekatan pada variabel indeks EDEP keterwakilan perempuan dalam parlemen. Salah satu ciri yang menonjol dari kelompok ini adalah lebih banyaknya keterwakilan perempuan dalam parlemen dibandingkan dengan kabupaten/kota lainnya di Sumatera Barat. Meskipun ketiga kota tersebut memiliki proporsi penduduk perempuan cukup besar, namun persentase keterwakilan perempuan dalam parlemen masih di bawah 30 persen. Pengujian lebih lanjut terhadap pengelompokan yang terbentuk dalam studi ini mengindikasikan bahwa hasil analisis tersebut cukup sesuai dengan kondisi sebenarnya.

Dari hasil analisis tersebut, beberapa strategi yang harus dilakukan pemerintah guna meningkatkan pemberdayaan gender di Sumatera Barat, meliputi (i) perumusan kebijakan yang responsif gender dan menghapus bentuk-bentuk diskriminasi terhadap upah dan bentuk-bentuk pekerjaan; (ii) peningkatan investasi di bidang pendidikan guna meningkatkan keahlian/kemampuan dan kualitas angkatan kerja perempuan; (iii) pengupayaan kebijakan dalam memberikan regulasi yang mewajibkan partai politik dalam anggaran dasar dan rumah tangganya untuk memberdayakan perempuan; (iv) perubahan sistem keterpilihan calon dalam pemilu menjadi sistem proporsional tertutup dengan mewajibkan partai politik memberikan keterwakilan perempuan 30% di dalam calon terpilih; serta (v) peningkatan perlindungan hukum bagi pekerja perempuan, terutama perlindungan maternitas.

DAFTAR PUSTAKA

Aitchison, J. & Greenacre, M. (2002). Biplots of compositional data. *Journal of the Royal Statistical Society: Series C (Applied Statistics)*, *51*, 375-392. Doi:10.1111/1467-9876.00275

Cox, T.F., & Cox, M.A.A. (1994). *Multidimensional scalling*. London: Chapman & Hall.

Gardner, S., & Le Roux, N. (2002). Biplot methodology for discriminant analysis based upon robust methods and principal curves. Dalam K. Jajuga, A. Sokołowski & H.-H. Bock (Ed.), *Classification, slustering, and data analysis*, 169-176. Berlin, Heidelberg: Springer.

Hennigusnia. (2014). Kesenjangan upah antar jender di Indonesia: Glass ceiling atau sticky floor? *Jurnal Kependudukan Indonesia*, *9*(2), 83-96. doi: 10.14203/jki.v9i2.37

Jolliffe, I.T. (1986). *Principal component analysis*. New York: Springer-Verlag.

Johnson, R.A. & Wichern, D.W. (2002). *Applied multivariate statistical analysis (5th edition).* Englewood Clifts, New Jersey: Prentice Hall.

Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak [KPPA] & Badan Pusat Statistik [BPS]. (2016). *Pembangunan manusia berbasis gender 2016.* Jakarta: CV Lintas Khatulistiwa

Miki, M. & Yuval, F. (2011). Using education to reduce the wage gap between men and women. *The Journal of Socio-Economics*, *40*, 412-416. doi: 10.1016/j.socec.2011.04.006

Noerdin, E. (2006). *Strategi mengentaskan kemiskinan berbasis gender: Potret kemiskinan perempuan*. Jakarta: Women Research Institute.

Nugroho, R. (2008). *Gender dan strategi pengarus-utamaannya di Indonesia*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Pirmana, V. (2006). Earnings differential between male-female in Indonesia: Evidence from Sakernas data. *Working Paper in Economics and Development Studies*, No. 200608.

Rawlings, J.O. (1988). Applied *regression analysis: A research tool.* California, USA: Wadsworth and Brooks.

Tuwo, A.G. (2016, 19 Mei). PBB: Tanpa langkah kuat, perlu 118 tahun atasi kesetaraan gender. Liputan6.com. Diakses dari http://global.liputan6.com/read/2510965/pbb-tanpa-langkah-kuat-perlu-118-tahun-atasi-kesetaraan-gender.Uli, S. (2005). Pekerja wanita di perusahaan dalam perspektif hukum dan jender. *Jurnal Equality*, *10*(2).

UN Women. (2016). *Regional director's opening remarks in commemoration of International Women's Day, Bangkok*. Diakses dari http://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20eseasia/docs/publications/2016/03/cleared_press%20release_iwd%202016.pdf?la=en&vs=209.

Vibriyanti, D. (2013). Ketimpangan jender dalam partisipasi ekonomi: Analisis data Sakernas 1980-2012. *Jurnal Kependudukan Indonesia*, *8*(1), 1-16. doi: 10.14203/jki.v8i1.18

Wahyuni, R.N.T. & Monika, A.K. (2016). Pengaruh pendidikan terhadap ketimpangan pendapatan tenaga kerja di Indonesia. *Jurnal Kependudukan Indonesia*, *11*(1), 15-28. doi: 10.14203/jki.v11i1.63

World Economic Forum. (2015). *The global gender gap report*. Diakses dari http://www3.weforum.org/docs/GGGR2015/cover.pdf

.

Jurnal Kependudukan Indonesia | Vol. 13 No. 1 Juni 2018 | 67-76

JURNAL KEPENDUDUKAN INDONESIA

p-ISSN: 1907-2902 (Print)
e-ISSN: 2502-8537 (Online)

PENDUDUK DAN AKSES AIR BERSIH DI KOTA SEMARANG

(POPULATION AND ACCESS TO CLEAN WATER IN SEMARANG CITY)

Fadjri Alihar
Pusat Penelitian Kependudukan – LIPI

Korespondensi penulis: fadjri.alihar@yahoo.com

Abstract

Semarang is a metropolitan city located in the northern coast of Java Island with about 1.7 million inhabitants. This city encounters two problems concerning with water, namely rob floods and clean water availability. This paper aims to study about access of the population to clean water and the issues faced by the community related to its availability. This study used data from the research conducted by Urban Human Ecology research group, Research Center for Population - LIPI in 2012. This study applied a qualitative approach through interviews and focussed group discussions (FGDs). The results show that people who live in areas that are often hit by rob floods cannot access clean water and have to buy it to fulfil their household needs. Another problem faced in the city is undrinkable groundwater due to environmental degradation and seawater intrusion. On the other side, the regional water company (PDAM) in this city has not been able to serve clean and drinkable water for the entire area of Semarang due to its limited service network. In order to meet the need of water, it is recommended to strengthen the company capabilities through human capital development as well as an expansion of clean water networks in the city.

Key words: *population, access to clean water, environment, Semarang City*

Abstrak

Semarang merupakan salah satu kota metropolitan yang terletak di bagian utara pantai Pulau Jawa dengan jumlah penduduk sekitar 1,7 juta jiwa. Kota ini menghadapi dua permasalahan yang terkait dengan air, yaitu banjir yang disebabkan oleh rob dan ketersediaan air bersih. Tulisan ini bertujuan mengkaji akses penduduk terhadap air bersih serta permasalahan yang dihadapi. Sumber data yang digunakan adalah hasil penelitian tim Perkotaan Ekologi Manusia, Pusat Penelitian Kependudukan (P2K) – LIPI pada tahun 2012. Kajian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan pengumpulan data melalui wawancara mendalam dan diskusi kelompok terfokus. Hasil kajian menunjukkan bahwa masyarakat yang tinggal di daerah yang sering dilanda rob tidak dapat memperoleh akses air bersih dan terpaksa harus membeli air untuk memenuhi kebutuhan rumah tangga. Persoalan lainnya adalah tidak semua air tanah di Kota Semarang dapat dimanfaatkan untuk kepentingan air minum karena degradasi lingkungan dan intrusi air laut. Di lain pihak, Perusahaan Daerah Air Minum (PDAM) belum mampu melayani seluruh wilayah Kota Semarang karena masih terbatasnya jaringan. Untuk memenuhi kebutuhan air bersih secara optimal, rekomendasi kebijakan yang disarankan adalah memperkuat institusi PDAM, baik melalui pengembangan kemampuan sumber daya manusia yang terlibat maupun perluasan pembangunan infrastruktur jaringan air bersih di Kota Semarang.

Kata Kunci : *penduduk, akses air bersih, lingkungan, Kota Semarang*

LATAR BELAKANG

Air merupakan salah satu komponen lingkungan hidup yang sangat penting untuk perkembangan dan pertumbuhan tidak hanya bagi manusia, tetapi juga bagi makhluk hidup lainnya. Undang-Undang Dasar (UUD) 1945 pasal 33 ayat 3 menyatakan bahwa "bumi, air, dan kekayaan alam yang terkandung di dalamnya dikuasai oleh negara dan dipergunakan untuk sebesar-besarnya kemakmuran rakyat". Pasal ini bermakna negara menjamin setiap warga negara untuk memperoleh hak atas air. Selanjutnya, dalam pasal 1 ayat 3 dan 4 Undang-Undang (UU) No. 11 Tahun 1974 tentang Pengairan, definisi air adalah semua air yang terdapat di dalam dan atau berasal dari sumber-sumber air, baik yang terdapat di atas maupun di bawah permukaan tanah. Selanjutnya, sumber-sumber air adalah tempat-tempat dan wadah air, baik yang terdapat di atas maupun di bawah permukaan tanah. Ditambahkan bahwa semua sumber daya alam, baik yang terkandung di atas permukaan maupun di dalam perut bumi, dikelola oleh negara untuk kesejahteraan seluruh rakyat Indonesia. Oleh karena itu, kebijakan pengelolaan tentang air harus memperhatikan kebutuhan seluruh kelompok masyarakat tanpa memandang status sosial ekonominya.

Di tingkat internasional, hak atas air diperkuat dalam *UN Declaration of Human Right of Water*. Secara umum, deklarasi tersebut menjelaskan bahwa hak asasi manusia tentang air diperlukan untuk menjamin kehidupan manusia yang bermartabat (UN General Assemby, 2010; UN-Water, 2013). Demikian pula dalam kesepakatan *Sustainable Development Goals* (SDGs), pemenuhan hak atas air ditetapkan dalam tujuan keenam, yaitu: "menjamin ketersediaan serta pengelolaan air bersih dan sanitasi yang berkelanjutan untuk semua". Sasaran SDGs pada tahun 2030 adalah tercapainya akses universal dan merata terhadap air minum yang aman dan terjangkau bagi semua. Untuk Indonesia, target dan sasaran tersebut telah ditetapkan dalam RPJMN 2015-2019, melalui peningkatan akses terhadap layanan air minum layak pada tahun 2019 menjadi 100% (Sekretariat Kabinet RI, 2017). Hal ini berarti kebutuhan penduduk terhadap air bersih dan air minum layak adalah kebutuhan yang sangat krusial.

Ketersediaan air bersih terkait erat dengan kondisi kependudukan di suatu wilayah. Seperti yang dikemukakan oleh Hunter (2001), dinamika kependudukan mempunyai pengaruh yang sangat penting terhadap ekosistem, termasuk yang terkait dengan ketersediaan air. Tingkat pertumbuhan dan kepadatan penduduk yang tinggi tentunya dapat berimplikasi terhadap akses untuk memperoleh air bersih. Namun demikian, banyak sekali variabel antara (*intervening variabel*) yang menjembatani hubungan antara ketersedian air bersih dan penduduk, antara lain teknologi, kebijakan, dan budaya (Mujiyani, Rachmawati & Hidayati, 2006).

Pertumbuhan jumlah penduduk yang tinggi telah mengakibatkan tidak semua komponen masyarakat dapat menikmati air bersih. Masyarakat kalangan bawah (miskin) dan tidak terdidik di Provinsi Jawa Tengah yang jumlahnya mencapai 4,733 juta orang (14,56%) cenderung mengalami kesulitan untuk mendapatkan akses air bersih (BPS, 2014). Sebagai akibatnya, banyak di antara mereka yang memanfaatkan air tanah dan air sungai untuk kebutuhan minum rumah tangganya, padahal air tersebut belum tentu layak untuk dikonsumsi ("Baru 57,3%", 2008). Kelompok penduduk miskin biasanya yang paling rentan merasakan dampak dari terbatasnya akses terhadap air bersih. Kondisi tersebut ditengarai terjadi pula di Kota Semarang, ibukota Provinsi Jawa Tengah. Jumlah penduduk miskin di kota ini yang mencapai hampir 21% dari jumlah penduduk keseluruhan (BPS Kota Semarang, 2015) dapat menjadi beban bagi pemerintah kota setempat dalam penyediaan berbagai infrastruktur, termasuk yang berkaitan dengan penyediaan air bersih.

Penyediaan air untuk memenuhi kebutuhan masyarakat merupakan salah satu agenda penting dalam menjamin kebutuhan dasar masyarakat. Sayangnya, meskipun secara potensial ketersediaan air relatif melimpah, masih sering dijumpai masyarakat yang mengalami kesulitan dalam mengakses dan memenuhi kebutuhan air bagi kehidupan sehari-hari. Selain itu, masuknya pihak swasta untuk investasi pembangunan sistem penyediaan air minum merupakan ancaman serius bagi masyarakat untuk mengakses dan memanfaatkan sumber-sumber air bagi kebutuhan air minum.

Di Kota Semarang, terdapat beberapa daerah yang tergolong sulit untuk mendapatkan air bersih. Daerah-daerah tersebut berada di Kecamatan Semarang Utara, terutama di daerah sekitar Pelabuhan Tanjung Mas. Hal ini disebabkan hampir seluruh sumur masyarakat berair payau dan asin karena adanya intrusi air laut. Untuk mendapatkan air bersih, penduduk miskin di wilayah tersebut harus melakukan upaya yang lebih besar dibandingkan dengan kelompok masyarakat lain yang tingkat ekonominya lebih baik. Kelompok penduduk miskin harus membeli air bersih untuk memenuhi kebutuhan rumah tangga mereka. Harga air bersih yang harus mereka bayar seringkali lebih besar daripada pengeluaran lainnya.

Beberapa hasil kajian sebelumnya menunjukkan bahwa penduduk miskin harus membayar air bersih jauh lebih

mahal jika dibandingkan dengan penduduk kaya (Maryono, 2011; Rizani, 2010). Rizani (2010) menyebutkan masyarakat miskin harus membayar 10 kali lipat sebesar Rp9.235,00 per m^3 jika dibandingkan dengan pemakaian air bersih PDAM oleh masyarakat kelas Rumah Tangga 1 dengan tarif hanya Rp850,00 per m^3 (Litbang PDAM Kota Semarang, 2006). Menurut hasil penelitian Bank Dunia, kelompok penduduk miskin bahkan harus membayar hingga 30 kali lipat lebih mahal dari masyarakat kaya untuk mendapatkan layanan air bersih (Rizani, 2010).

Sebaliknya, kalangan masyarakat kelas menengah ke atas cenderung tidak mengalami kesulitan dalam memperoleh air bersih karena mereka mempunyai kemampuan sumber daya, terutama dalam bidang finansial. Mereka dengan leluasa dan mudah dapat menggunakan air tanah dalam dengan melakukan pengeboran sampai mendapatkan air bersih. Hanya saja, jika pengambilan air tanah dilakukan tidak mengikuti kaidah-kaidah lingkungan dan peraturan yang berlaku, aktivitas tersebut berpotensi mengancam sumber air itu sendiri karena adanya intrusi air laut. Kalangan menengah ke atas juga dapat dengan mudah berlangganan air bersih yang disalurkan oleh Perusahaan Daerah Air Minum (PDAM) seandainya air tanah yang diperoleh tidak layak untuk dikonsumsi. Selain itu, mereka dapat memanfaatkan air bersih yang dijual oleh para penjual air yang biasanya diangkut dengan menggunakan gerobak dorong.

Pemerintah masih belum mampu mengatasi persoalan ketersediaan air bersih karena berbagai kendala, antara lain terkait dengan pertumbuhan dan kepadatan penduduk. Hal ini sejalan dengan Soemarwoto (1986) yang menyatakan bahwa jumlah penduduk tinggi akan meningkatkan kepadatan penduduk sebuah daerah dan selanjutnya akan berdampak terhadap tingginya tekanan terhadap lingkungan. Selain itu, jumlah penduduk yang besar juga berdampak terhadap kesehatan lingkungan, seperti air minum, sanitasi dan polusi udara. Berdasarkan permasalahan di atas, tulisan ini mengkaji akses penduduk terhadap air bersih di Kota Semarang. Kajian ini bertujuan untuk (i) mengkaji kebutuhan dan ketersedian air bersih di Kota Semarang; (ii) mengetahui berbagai usaha yang dilakukan masyarakat untuk memperoleh air bersih; dan (iii) mengkaji kebijakan dan strategi pemerintah Kota Semarang dalam memenuhi kebutuhan air bersih masyarakat.

Data yang digunakan bersumber dari hasil penelitian Tim Perkotaan Ekologi Manusia, Pusat Penelitian Kependudukan (P2K-LIPI) di Kota Semarang pada tahun 2012 (Surtiari dkk., 2012). Pendekatan yang digunakan dalam kajian ini adalah pendekatan kualitatif melalui metode wawancara mendalam dan diskusi kelompok terfokus dengan berbagai *stakeholders*, baik pihak pemerintah maupun swasta. Analisis deskriptif kualitatif digunakan untuk mendapatkan gambaran tentang aksesibilitas dan kesulitan masyarakat dalam memperoleh air bersih di Kota Semarang.

KONDISI KEPENDUDUKAN KOTA SEMARANG

Jumlah penduduk Kota Semarang dalam sepuluh tahun terus bertambah dengan cepat. Pada tahun 2001, jumlah penduduk kota ini sekitar 1,3 juta jiwa dan meningkat menjadi 1,5 juta jiwa pada tahun 2010 dengan tingkat pertumbuhan sebesar 1,85%. Dapat dicermati bahwa penduduk Kota Semarang bertambah sekitar 200 ribu jiwa dalam kurun waktu sembilan tahun. Pertambahan penduduk tersebut terutama disebabkan adanya migrasi desa-kota dan urbanisasi. Kota Semarang sebagai ibu kota provinsi tentunya mempunyai daya tarik sendiri bagi penduduk dari daerah-daerah sekitarnya. Selain itu, pembangunan berbagai industri sedang dan besar di Kota Semarang dan sekitarnya menjadi daya tarik bagi masyarakat dari daerah lain untuk bermigrasi ke kota tersebut.

Jika ditinjau dari jumlah penduduk menurut kecamatan, penduduk Kota Semarang terkonsentrasi pada tiga kecamatan yaitu Pedurungan (202.914 jiwa), Semarang Barat (176.497 jiwa), dan Tembalang (177.549 jiwa). Kecamatan lainnya dengan jumlah penduduk yang besar adalah Banyumanik (147.454 jiwa) dan Semarang Utara (143.436 jiwa) (BPS Kota Semarang, 2015).

Sementara itu, pengamatan terhadap kepadatan penduduk per kecamatan di kota ini menunjukkan adanya variasi antarwilayah. Faktor urbanisasi menjadi penyebab terjadinya konsentrasi penduduk di daerah-daerah yang kondisi perekonomiannya relatif baik di kota ini. Kepadatan penduduk yang tinggi tersebut akan berdampak terhadap meningkatnya permintaan terhadap kebutuhan air bersih pada sebuah daerah. Di sisi lain, kondisi tersebut juga dapat memengaruhi menurunnya kualitas lingkungan, termasuk sumber daya air dan faktor pendukungnya.

Salah satu kecamatan dengan kepadatan penduduk yang tinggi adalah Semarang Selatan (14.458 jiwa per km^2). Sebaliknya, kecamatan dengan kepadatan penduduk terendah adalah Tugu dan Gunungpati dengan

kepadatan masing-masing sebesar 850 jiwa per km^2 (BPS Kota Semarang, 2015).

Selain sebagai kecamatan dengan penduduk terpadat, Semarang Selatan juga dikenal sebagai daerah industri baik industri kecil, menengah maupun industri besar. Berbagai industri manufaktur menjadi faktor penarik bagi masyarakat untuk mendekati dan bermukim di Kecamatan Semarang Selatan. Salah satu faktor yang memengaruhi tingginya kepadatan penduduk di Kecamatan Semarang Selatan adalah banyaknya karyawan industri manufaktur yang berdomisili mendekati tempat kerjanya, mengingat sebagian besar dari mereka mempunyai upah rendah. Dengan kondisi tersebut, tentunya tidak mungkin bagi mereka melakukan migrasi ulang-alik (*commuter*) karena biaya transportasi yang relatif mahal.

Faktor kemiskinan juga menjadi salah satu aspek penting yang perlu dicermati dinamika kependudukan di suatu wilayah. Secara umum, menurut Pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS), proporsi penduduk miskin di Kota Semarang memiliki kecenderungan peningkatan, dari 4,84% pada tahun 2009 menjadi 5,12% pada tahun 2010 dan 5,68% pada tahun 2011. Kantong kemiskinan terbesar di kota ini berada di Kelurahan Bandarharjo, Kecamatan Semarang Barat, dengan jumlah penduduk miskin sebesar 3 ribu kepala keluarga (KK) dan 11 ribu jiwa. Kelurahan ini tergolong wilayah padat penduduk yang dipengaruhi oleh letak geografisnya di sekitar Pelabuhan Tanjung Mas. Wilayah ini juga menjadi langganan banjir rob yang tentunya mengganggu aktivitas penduduk dalam mencari nafkah. Besarnya jumlah penduduk miskin di wilayah Semarang sangat memprihatinkan karena kota ini merupakan salah satu kota yang terbesar di pantai utara Pulau Jawa yang dianggap mampu menyediakan lapangan kerja dan kesempatan kerja. Namun, kondisi ini, secara tidak langsung, mencerminkan bahwa kota tersebut belum mampu menyejahterakan warganya, terutama melalui pembukaan lapangan kerja.

Salah satu implikasi dari pertumbuhan dan kepadatan penduduk, serta tingkat kemiskinan di suatu wilayah adalah meningkatnya tekanan terhadap lingkungan dan berkurangnya kenyamanan masyarakat. Tingginya kepadatan penduduk pada suatu daerah berimplikasi terhadap pengaturan tata ruang sebuah permukiman. Di daerah padat penduduk, masyarakat cenderung membangun rumah dengan tidak mengindahkan kaidah-kaidah tata ruang yang berlaku, seperti mendirikan bangunan di ruang terbuka hijau (RTH) atau di bantaran sungai. Kegiatan tersebut berdampak, baik secara langsung maupun tidak langsung terhadap daerah resapan air.

KETERSEDIAAN AIR BERSIH DI KOTA SEMARANG

Ketersediaan air di suatu wilayah utamanya dipengaruhi oleh tiga komponen, yaitu: (i) adanya sumber daya air yang memadai; (ii) adanya kebijakan dan kelembagaan yang memadai untuk melakukan pengelolaan sumber daya air; dan (iii) adanya infrastruktur untuk penyediaan air. Di Kota Semarang, salah satu persoalan utama yang dihadapi masyarakat terkait dengan ketersediaan air bersih adalah tidak semua penduduk kota ini mendapatkan hak mereka untuk memperoleh pelayanan air bersih secara layak dari pemerintah.

Secara umum, pengelolaan air bersih di Kota Semarang dilakukan oleh Perusahaan Daerah Air Minum (PDAM) selaku badan usaha milik daerah. Pengelolaan air bersih di Kota Semarang dibagi dalam dua sistem, yaitu: (i) sistem jaringan perpipaan yang dikelola PDAM; (ii) sistem non perpipaan yang dikelola secara mandiri oleh masyarakat. Pelayanan dengan sistem perpipaan meliputi hampir seluruh kecamatan di Kota Semarang, kecuali Mijen dan Gunungpati, dua kecamatan terjauh dari lokasi PDAM di kota ini (Gambar 1). Sementara itu, pemanfaatan air bersih non perpipaan lebih banyak digunakan di wilayah Semarang bagian hilir. Di masa mendatanf, daya saing ketersediaan air bersih diharapkan semakin membaik dengan selesainya pembangunan Waduk Jatibarang. Dengan demikian, masyarakat memunyai pilihan yang lebih luas untuk memperoleh air bersih, baik yang disalurkan oleh PDAM maupun oleh para pihak lainnya (Yuliani & Rahdriawan, 2015).

Gambar 1. Peta Kota Semarang

Keterangan: * lokasi PDAM
Sumber: "Peta Kota Semarang" (2017)

Saat ini kapasitas produksi air bersih PDAM Kota Semarang rata-rata hanya 2.500 m^3 per detik. Untuk ukuran Kota Semarang, idealnya PDAM harus mampu menyediakan air bersih 3.500 meter per detik. Namun demikian, penambahan tersebut tidak dapat dilakukan karena kondisi keuangan perusahan belum mampu menambah pembangunan jaringan pipa maupun menyediakan air baku. Kondisi tersebut terutama disebabkan beban utang yang besar serta tunggakan tagihan para pelanggan. Dengan selesainya dua instalasi pengolahan air bersih yang berlokasi di Jalan Pramuka, Semarang dan Waduk Jatibarang, PDAM Kota Semarang diharapkan mampu menambah jaringan hingga 20% ("Baru 57,3%", 2008).

Kebutuhan air bersih di Kota Semarang terdiri dari tiga sektor yaitu sektor domestik (penduduk dan fasilitas umum), industri, dan hotel. Sebagai salah satu kota metropolitan terpadat di Indonesia, kebutuhan air bersih penduduk Kota Semarang mencapai 150 liter/orang/hari (Departemen Kimpraswil, 2003). Lebih lanjut, kebutuhan air bersih untuk fasilitas umum seperti tempat ibadah, pendidikan, perkantoran, dan perdagangan sebesar 12,5% dari kebutuhan air penduduk Kota Semarang secara keseluruhan. Laporan lainnya menyebutkan bahwa kebutuhan air bersih penduduk Kota Semarang sekitar 61,7 juta m^3 setiap tahunnya atau 170 ribu m^3 setiap harinya (Kantor PDAM Kota Semarang, 2010). Namun, PDAM Kota Semarang baru mampu menyediakan air bersih sebanyak 49 juta m^3. Situasi ini berimplikasi pada kecilnya proporsi masyarakat Kota Semarang yang dapat menikmati air bersih. Pada tahun 2011, hanya 29% dari 413.806 rumah tangga di Kota Semarang yang menggunakan air bersih. Selain itu, rumah tangga yang berlangganan air bersih dari PDAM hanya sekitar 120.204 rumah tangga (Kantor PDAM Kota Semarang, 2010). Sebagian besar sumber-sumber air bersih yang digunakan oleh penduduk Kota Semarang berasal dari pengelolaan air sungai yang berjumlah 29 juta m^3. PDAM Kota Semarang juga memanfaatkan sumur bor untuk memenuhi kebutuhan air bersih dengan jumlah 12 juta m^3. Selain itu, PDAM memanfaatkan mata air untuk memenuhi kebutuhan produksi air bersihnya (7 juta m^3) (Sihwanto, 2009).

Terbatasnya jaringan distribusi PDAM mengakibatkan tidak semua rumah tangga di kota ini dapat terlayani. Jaringan PDAM di kota ini masih terbatas dan hanya dapat melayani masyarakat dari kalangan menengah ke atas. Dapat dikatakan, terjadi ketimpangan rumah tangga dalam pemanfaatan air bersih di wilayah ini yang terkait erat dengan dengan kondisi sosial ekonomi masyarakat setempat. Hal ini dapat dicermati dari pemanfaatan air tanah dan sungai oleh masyarakat tidak mampu sebagai sumber kebutuhan rumah tangga. Padahal, tidak semua air tanah di Kota Semarang dapat dimanfaatkan untuk kepentingan konsumsi penduduk. Di masa mendatang, kondisi ini dapat menjadi ancaman bagi penduduk setempat sebab kebutuhan air bersih selalu meningkat sejalan dengan meningkatnya jumlah penduduk. Jika jumlah penduduk bertambah, maka permintaan terhadap air bersih juga meningkat. Dengan demikian, pengambilan air tanah juga semakin bertambah banyak. Hal ini juga dapat dipengaruhi ketidakmampuan PDAM untuk memasok kebutuhan air dari sumber-sumber yang berasal dari air permukaan.

Tidak mengherankan jika sekitar 80% kebutuhan air bersih di Semarang diperoleh dengan memanfaatkan air tanah. Hal ini mengakibatkan pemakaian air tanah secara berlebihan, utamanya di daerah Semarang bagian bawah. Tindakan tersebut mengakibatkan air tanah semakin menyusut, sehingga terasa semakin payau dan kadar garamnya semakin meningkat ("Meningkatkan ketahanan air bersih", 2015). Selain itu, masih terdapat beberapa daerah yang belum teraliri air bersih karena PDAM tidak mampu mengaliri sampai ke daerah bagian atas. Di Semarang bagian selatan yang merupakan daerah perbukitan, misalnya, kebanyakan masyarakatnya memperoleh air bersih dari sungai dan air tanah dangkal. Untuk mengatasi permasalahan air bersih di daerah tersebut, Pemerintah Kota Semarang mengambil kebijakan dengan mengirimkan mobil tangki air bersih untuk dibagi-bagikan kepada masyarakat.

Sebagian besar wilayah Semarang bagian hulu yang tidak tersentuh layanan PDAM menghadapi krisis air bersih akibat kekeringan karena musim kemarau yang berkepanjangan. Daerah-daerah tersebut antara lain Gunung Pati, Tembalang, dan Mijen. Untuk mendapatkan air bersih masyarakat mengandalkan sumber air bersih dari *sendang*[1] yang disediakan oleh kelurahan. Sementara itu, untuk keperluan mencuci, warga masyarakat terpaksa menggunakan air sumur yang keruh. Hingga saat ini belum ada bantuan pengiriman air bersih dari pemerintah Kota Semarang untuk mengatasi krisis air bersih di Kelurahan Jatisari, Kecamatan Mijen.

[1] Sumur yang terbentuk secara alami, namun untuk pemanfaatannya diatur oleh kelurahan setempat.

Kesulitan air bersih yang paling parah dirasakan oleh masyarakat Semarang bagian utara, terutama jika terjadi pasang air laut (rob). PDAM Kota Semarang sama sekali tidak dapat memasok air bersih ke daerah tersebut. Banyak kelompok masyarakat menyatakan bahwa air bersih dari PDAM tidak dapat diandalkan lagi karena bercampur lumpur dan sering tidak keluar. Dalam keadaan normal air hanya mengalir tiga kali dalam seminggu. Sebagian warga yang tinggal di Komplek Perumahan Tanah Mas, Semarang bagian utara, terpaksa membeli air bersih seharga 40 ribu rupiah per 4 m^3 dari mobil tangki milik swasta maupun gerobak dorong. Menurut catatan PDAM, sekitar 400 pelanggan di Komplek Perumahan Tanah Mas yang mengalami kesulitan air bersih sampai berbulan-bulan. Pihak PDAM Kota Semarang mengakui bahwa banyak di antara pelanggan tidak dapat terlayani dengan baik. Hal ini disebabkan terbatasnya pasokan air bersih yang hanya 1.800 liter per detik, sehingga tidak dapat menjangkau seluruh pelanggan yang jumlahnya mencapai 17.000 pelanggan dalam waktu bersamaan.

Pengelolaan air bersih di Kota Semarang juga diusahakan oleh masyarakat secara swasembada. Warga Desa Mangkang, Kecamatan Semarang Barat sejak tahun 2006 telah mendapatkan fasilitas air bersih. Masyarakat secara bergotong royong membuat bendungan untuk menampung air dari Sungai Sui Tapeng. Air yang ditampung kemudian dialirkan melalui pipa paralon sepanjang 2 km sampai ke rumah penduduk. Proyek bendungan tersebut memanfaatkan dana yang berasal dari kompensasi bahan bakar minyak (BBM). Minimal dua kali dalam setahun masyarakat bergotong royong membersihkan sampah-sampah yang ada di dalam waduk tersebut dan menebas rumput-rumput yang ada di sekitar Sungai Sui Tapeng.

Keterbatasan PDAM Kota Semarang dalam penyediaan air bersih bagi masyarakat setempat juga dapat terlihat dari rendahnya proporsi air tanah yang didapatkan PDAM dari sumur bor. Sebagian besar pengambilan air tanah di Kota Semarang yang berasal dari sumur bor dilakukan oleh pabrik-pabrik yang jumlahnya mencapai 10 juta m^3 setiap tahunnya. Sementara itu, PDAM Kota Semarang hanya mampu mendapatkan air tanah sekitar 4 juta m^3 setiap tahunnya (Sihwanto, 2009). Data tersebut menunjukkan bahwa industri lebih mampu menyedot air tanah lebih banyak dibandingkan PDAM Kota Semarang. Hal ini dipengaruhi keunggulan dan kecanggihan teknologi pengeboran yang lebih dikuasai oleh pihak industri ("Baru 57,3%", 2008). Kondisi tersebut tecermin dari pembuatan mayoritas sumur bor di kota ini oleh pihak industri. Sementara itu, proporsi sumur bor yang dibuat PDAM hanya sekitar 6% dari keseluruhan sumur bor di Semarang. Adanya ketimpangan jumlah sumur bor yang dibuat oleh pihak industri (pabrik) dan PDAM mengindikasikan perlunya kerja sama yang saling menguntungkan antara kedua *stakeholders* tersebut.

Perlu dicermati bahwa pemakaian air tanah yang intensif di Kota Semarang dapat berdampak terhadap penurunan muka air tanah dan permukaan tanah. Beberapa daerah telah mengalami penurunan permukaan tanah dengan kecepatan 2-8 cm/tahun, terbentang mulai dari Pelabuhan Tanjung Mas sampai ke Pantai Demak bagian utara (Susana, 2008). Sebagai akibatnya air pasang (rob) mudah masuk ke pemukiman. Kondisi ini sesuai dengan temuan Sihwanto (2009) yang menyatakan bahwa air tanah dalam yang diambil secara berlebihan pada sebuah kawasan daerah tertentu dapat mengakibatkan turunnya permukaan tanah yang tentunya dapat berakibat fatal bagi kehidupan masyarakat.

Mengingat kondisi air tanah yang semakin kritis dibutuhkan *political will,* khususnya dari pemerintah Kota Semarang, untuk segera memperketat ijin penggalian air tanah, baik oleh pihak industri, perhotelan, pemerintah daerah maupun *stakeholders* lainnya. Selain itu, penting pula untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya memanfaatkan air bersih dengan tetap menjaga kualitas sumber air tersebut. Banyak masyarakat di Kota Semarang yang tidak menaati aturan dalam pemanfaatan air bawah tanah melalui pembuatan sumur-sumur bor. Masyarakat cenderung melakukan pemboran sumur tanpa mengindahkan peraturan-peraturan yang telah dibuat. Demikian pula pihak industri juga kurang menaati peraturan tentang pembuatan sumur bor.[2]

Dari penjabaran sebelumnya, dapat dikatakan bahwa Kota Semarang merupakan wilayah yang dapat dikategorikan sebagai kota dengan kualitas air yang kurang sehat. Hal ini dikaitkan dengan berbagai aktivitas masyarakat dalam memanfaatkan air tanah yang kadang tidak terjamin kualitasnya. Demikian pula masyarakat yang tinggal di permukiman kumuh sama sekali tidak mempunyai akses untuk mendapatkan air bersih. Akibatnya, banyak di antara mereka yang memanfaatkan air sungai yang tercemar oleh berbagai bahan-bahan residu dan limbah beracun dari industri-industri yang beroperasi di Kota Semarang dan

[2] Banyak *stakeholders* yang kadang secara diam-diam mengambil air tanah dengan melakukan pengeboran.

sekitarnya. Padahal, kebutuhan dan ketersediaan air bersih merupakan salah satu parameter kesehatan masyarakat pada suatu daerah. Oleh karena itu, ketersediaan air bersih yang didukung oleh kualitas distribusinya seharusnya mampu menjangkau seluruh wilayah Kota Semarang.

KEBIJAKAN PENGELOLAAN AIR BERSIH

Pesatnya perkembangan pembangunan kota ditandai dengan timbulnya pusat-pusat kegiatan baru, seperti kawasan industri, perdagangan/jasa, dan tumbuhnya kawasan-kawasan pemukiman di daerah pinggiran kota. Kondisi ini mengakibatkan tingginya rasio perubahan alih fungsi lahan yang harus disikapi dengan hati-hati karena berdampak terhadap menurunnya daya dukung lingkungan yang dapat mengganggu keseimbangan sebuah kawasan ekosistem. Di Semarang, fenomena ini banyak ditemui di pusat-pusat kegiatan, terutama di daerah hulu pada bagian selatan. Padahal, daerah tersebut berfungsi sebagai penyelaras dan penjaga keseimbangan lingkungan di Kota Semarang secara keseluruhan. Dulunya, Semarang bagian hulu merupakan daerah dengan temperatur udara yang dingin, tetapi sekarang memiliki suhu yang lebih panas karena telah berubah menjadi sebuah daerah yang penuh dengan gedung-gedung baru ('hutan-hutan beton'). Wilayah Semarang bagian atas dulunya diharapkan berfungsi sebagai daerah tangkapan air sekaligus juga berfungsi sebagai daerah cadangan pemasok air bersih ke Kota Semarang.

Kondisi di atas dapat mengindikasikan lemahnya manajemen pengelolaan air di wilayah ini. Buruknya manajemen pengelolaan air berpengaruh terhadap masyarakat yang harus menanggung semua dampak yang timbul. Pada musim kemarau, masyarakat mengalami kekeringan dan sulit memperoleh air bersih. Sementara itu, masyarakat juga dihadapkan dengan masalah banjir pada musim penghujan. Masalah ini dapat diantisipasi sejak dini jika pemerintah memiliki manajemen pengelolaan sumber daya air yang baik, dengan memperhatikan seluruh aspek pengelolaan dari hulu hingga ke hilir.

Selain itu, kebijakan pengelolaan sumber daya air yang ada selama ini sering kali tidak dilakukan secara menyeluruh. Artinya, banyak sekali kebijakan yang hanya menjadi ketentuan di atas kertas dan tidak dapat dilaksanakan. Kondisi ini diperparah dengan tidak adanya sinergi antar-*stakeholders* dari hulu hingga ke hilir dalam pengelolaan sumber daya air. Seharusnya, ada sektor yang ditunjuk menjadi koordinator (*leading sector*) yang bertanggung jawab melakukan pengawasan dan evaluasi terhadap badan-badan yang berfungsi dalam pengelolaan air, khususnya air bersih.

Upaya sinergi pengelolaan air di Indonesia diwujudkan dalam pembentukan Pokja AMPL (Air Minum dan Penyehatan Lingkungan) pada tahun 1997. Hal ini dirasa perlu karena pembangunan sektor air minum dan sanitasi tidak dapat dikerjakan oleh satu instansi saja. Di Kota Semarang, pembentukan Pokja AMPL dilakukan pada tahun 2010. Pokja ini kemudian merintis pembentukan Program Percepatan Pembangunan Sanitasi Pemukiman (P3SP) yang bertujuan menyusun dokumen perencanaan sanitasi jangka menengah selama kurun waktu lima tahun (2010-2015). Dokumen ini penting untuk mendukung kelancaran kegiatan pembangunan infrastruktur AMPL, yang pada akhirnya berdampak pada peningkatan kesehatan masyarakat.

Upaya pemerintah Kota Semarang untuk melindungi ketersediaan air bersih bagi masyarakat setempat diwujudkan dalam penyusunan Rencana Tata Ruang Wilayah (RTRW) Kota Semarang tahun 2011-2031. Dalam dokumen tersebut, wilayah kota ini terbagi dalam dua kawasan, yaitu: (i) kawasan yang berfungsi lindung; dan (ii) kawasan yang berfungsi budidaya (Pemerintah Kota Semarang, 2011).

Selanjutnya, dalam peraturan daerah yang mengatur tata ruang Kota Semarang, ada beberapa kegiatan yang dilakukan khusus untuk kawasan yang berfungsi lindung. Salah satunya adalah meningkatkan nilai konservasi pada kawasan lindung dan menetapkan kawasan yang memiliki kemiringan di atas 40 derajat sebagai kawasan lindung. Kawasan lindung, baik secara langsung maupun tidak langsung, berfungsi melindungi berbagai sumber air yang ada di dalamnya (Khristanto, 2015). Kawasan ini meliputi kawasan yang melindungi kawasan di bawahnya (daerah pesisir), kawasan lindung setempat, dan kawasan rawan bencana. Kawasan yang melindungi kawasan di bawahnya adalah kawasan-kawasan dengan kemiringan lebih dari 40%, yang tersebar di wilayah bagian selatan, sedangkan kawasan lindung setempat adalah kawasan sempadan pantai, sempadan sungai, sempadan waduk, dan sempadan mata air. Sementara itu, kawasan rawan bencana merupakan kawasan yang mempunyai kerentanan bencana longsor dan gerakan tanah. Lebih lanjut lagi, kawasan budidaya merupakan kawasan yang secara karakteristik merupakan wilayah yang dikembangkan sesuai dengan potensi wilayah. Kawasan tersebut merupakan kawasan yang diperuntukkan bagi kepentingan umum, antara lain kawasan perdagangan

dan jasa, kawasan pemukiman, kawasan pendidikan, kawasan perkantoran, kawasan industri, dan kawasan olahraga.

Pemerintah Kota Semarang juga membangun Waduk Jatibarang dan melakukan normalisasi Kali Garang/Banjir Kanal Barat untuk memenuhi kebutuhan air bersih di Kota Semarang dan sekitarnya (Dahlan, 2007). Salah satu tujuan pembangunan Waduk Jatibarang adalah untuk memasok semua kebutuhan air bersih bagi Kota Semarang, baik untuk masyarakat, pertanian, industri, dan fasilitas umum lainnya. Waduk ini dibangun pada tahun 2009 dengan nilai 1,6 triliun rupiah yang mencakup wilayah Kelurahan Jatibarang, Jatirejo, Kedungpane, dan Kandri. Keempat kelurahan tersebut secara administratif berada dalam wilayah Kecamatan Mijen dan Gunungpati. Waduk Jatibarang ditargetkan selesai pada tahun 2014 dan mampu mengendalikan banjir di Kota Semarang yang selama ini terjadi. Waduk tersebut juga berfungsi sebagai sumber bahan baku air bersih sebesar 10.005 m^3 per detik bagi daerah sekitar Kota Semarang, seperti Ungaran, Demak, dan Kendal. Dengan volume air yang besar, tidak ada alasan bagi pemerintah untuk tidak mampu menyediakan air bagi seluruh masyarakat, khususnya di Kota Semarang.

KESIMPULAN

Pengelolaan air bersih di Kota Semarang dihadapkan pada berbagai persoalan, terutama jika dikaitkan dengan masalah kependudukan. Masalah distribusi penduduk yang tidak merata telah mengakibatkan terjadinya kepadatan penduduk pada daerah tertentu yang melebihi daya dukung lingkungannya. Sebagai akibatnya, banyak penduduk yang harus bertempat tinggal di permukiman kumuh dan mereka memiliki keterbatasan sarana prasarana kebutuhan dasar, antara lain fasilitas air bersih. Penduduk yang tinggal di pemukiman kumuh tersebut terpaksa berjuang sendiri untuk memperoleh air yang relatif tidak sehat untuk dikonsumsi, terutama air tanah.

Secara geografis, daerah-daerah yang kesulitan memperoleh air di Kota Semarang dapat dipetakan menjadi (i) Kecamatan Semarang Utara dan Semarang Barat yang masyarakatnya mengalami kesulitan memperoleh air bersih karena sebagian besar air tanahnya payau akibat intrusi air laut; dan (ii) Kecamatan Semarang Selatan atau dikenal juga sebagai Semarang bagian hulu yang sering mengalami kesulitan air bersih karena PDAM kesulitan menyalurkan air bersih, mengingat daerahnya yang berlokasi di perbukitan. Sementara itu, air yang bersumber dari air artesis ternyata belum optimal memasok kebutuhan air bersih bagi masyarakat.

Pemerintah Kota Semarang hingga saat ini belum mampu memenuhi kewajibannya untuk menyediakan air bersih bagi setiap warganya. Hal ini disebabkan persoalan kurangnya dana untuk menambah dan membangun infrastruktur jaringan. Di sisi lain, tidak semua masyarakat mampu membeli air yang disediakan PDAM, terutama masyarakat kalangan bawah. Fenomena tersebut menunjukkan sebuah ironi karena ada kelompok masyarakat yang dengan mudah memperoleh air bersih, tetapi banyak pula kelompok masyarakat yang masih harus berjuang untuk mendapatkan air bersih tersebut.

Berdasarkan permasalahan tersebut beberapa rekomendasi yang ditawarkan adalah sebagai berikut :

1. Perlu penguatan kelembagaan pengelolaan air, dalam hal ini PDAM, baik di bidang sumber daya manusia maupun infrastruktur agar dapat meningkatkan kinerjanya secara optimal.

2. Pembangunan infrastruktur jaringan yang lebih luas oleh PDAM dalam rangka penyediaan air bersih yang lebih merata. Hal ini diperlukan untuk meningkatkan pasokan air bersih yang semula hanya 1.800 liter per detik menjadi lebih besar, agar dapat memenuhi kebutuhan masyarakat secara optimal.

3. Pembuatan sumur artesis dan penerapan sistem pemanenan air hujan (*rain harvesting*) oleh pemerintah setempat, dengan membuat tampungan air di rumah-rumah warga pada sejumlah titik yang rawan kekeringan.

4. Pengembangan dan pemberlakuan kebijakan dan peraturan yang lebih baik, misalnya integrasi pengelolaan air, konservasi, dan sanitasi ke dalam kebijakan perdagangan.

5. Pengadaan pamsimas (penyediaan air minum dan sanitasi berbasis masyarakat) di kelurahan-kelurahan yang berpotensi terjadi krisis air bersih.

6. Transfer ilmu pengetahuan dan teknologi dari kota atau daerah lain yang telah berhasil atau mampu membantu mengatasi masalah krisis air bersih di Kota Semarang.

DAFTAR PUSTAKA

Badan Pusat Statistik [BPS]. (2014). *Statistik kesejahteraan rakyat 2014*. Jakarta: Badan Pusat Statistik

BPS Kota Semarang. (2015). *Kota Semarang dalam angka 2015*. Semarang: Badan Pusat Statistik Kota Semarang.

"Baru 57,3 persen warga Semarang terlayani PDAM". (2008, 1 Juli). *Pokja AMPL*. Diakses dari http://www.ampl.or.id/digilib/read/baru-57-3-persen-warga-semarang-terlayani-pdam/38041

Dahlan, T.A. (2007). *Pelaksanaan pengadaan tanah guna proyek pembangunan Waduk Jatibarang di Kota Semarang*. Semarang: Universitas Dipenogoro.

Hunter, L. (2001). Population and environment: A complex relationship in population matters. *Research Brief*. Santa Monica, California: RAND Corporation. Diakses dari http//www.rand.org/pubs/research-brief/RB504/index1.html.

Kantor PDAM Kota Semarang. (2010). *Analisis pelayanan Perusahaan Daerah Air Minum Kota Semarang*. Semarang: PDAM Tirta Moedal Kota Semarang.

Khristanto, A. (2015). *Kaligarang masih mampukah*. Makalah dipresentasikan pada Seminar Kaligarang dan Tata Kelola Air di Kota Semarang, PDAM Tirta Moedal Kota Semarang.

Departemen Pemukiman dan Prasarana Wilayah [Departemen Kimpraswil]. (2003). *Standar kebutuhan air domestik (rumah tangga)*. Jakarta: Departemen Kimpraswil.

Litbang PDAM Kota Semarang. (2006). *Profil PDAM Tirta Moedal Kota Semarang*. Semarang: PDAM Tirta Moedal Kota Semarang.

Maryono. (2011). *Menilai aksesibilitas air minum: Studi kasus aksesibilitas air bersih penduduk miskin di Kota Semarang*. Semarang: Fakultas Teknik, Jurusan Teknik Perencanaan Wilayah dan Kota, Universitas Diponegoro.

"Meningkatkan ketahanan air bersih di Kota Semarang" (2015, 26 September). *Berbagi apa saja*. Diakses dari http://berwarnacerah.blogspot.com/2015/09/meningkatkan-ketahanan-air-bersih-di.html

Mujiyani, Rachmawati, L., & Hidayati, D. (2006). *Pemetaan penduduk, lingkungan dan kemiskinan provinsi-provinsi Indonesia*. Jakarta: Pusat Penelitian Kependudukan LIPI.

Pemerintah Kota Semarang. (2011). *Peraturan Daerah Kota Semarang No. 14 Tahun 2011 tentang RT RW Kota Semarang 2011-2031*. Semarang: Pemerintah Kota Semarang.

"Peta Kota Semarang". (2017, 6 Oktober). *Sejarah nasional dan dunia*. Diakses dari https://sejarahnasionaldandunia.blogspot.com/2017/10/peta-kota-semarang.html

Rizani, M.D. (2010). Rendahnya tingkat pelayanan air bersih bagi masyarakat (baca: masyarakat miskin) Kota Semarang. *Jurnal Tehnik Unisfat*, *5*(2), 88-100.

Sekretariat Kabinet RI. (2017). *Lampiran Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2017 tentang Pelaksanaan Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan*. Diakses dari http://setkab.go.id/category/peraturan.

Sihwanto. (2009). Zonasi penurunan muka air tanah di wilayah pesisir. *Jurnal Pendidikan Fisika, 5*(1).

Soemarwoto, O. (1986). *Ekologi, lingkungan hidup dan pembangunan*. Jakarta: Djambatan.

Surtiari, G.A.K., Rachmawati, L., Cahyadi, R., Yulianti, R., Soetopo, T., & Alihar, F. (2012). *Adaptasi masyarakat perkotaan terhadap perubahan ketersediaan sumberdaya air: Kasus Kota Semarang*. Jakarta: Pusat Penelitian Kependudukan LIPI.

Susana, M. (2008). *Strategi kebijakan pemanfaatan air tanah sebagai sumber air minum di Kota Semarang*. Diakses dari http://docplayer.info/35148257-Strategi-kebijakan-pemanfaatan-air-tanah-sebagai-sumber-air-bersih-di-kota-semarang-yang-berkelanjutan-mamluckysusana.html

UN General Assemby. (2010). *General comment No. 15: The right to water*. Resolution A/RES64/29.

UN-Water. (2013). *Water security and the global water agenda: A UN-Water analytical brief*. Ontario, Canada: UNU-INWEH.

Yuliani, Y. & Rahdriawan, M. (2015). Kinerja pelayanan air bersih berbasis masyarakat di Kelurahan Tugurejo, Kota Semarang. *Jurnal Pembangunan Kota, 3*(1).

PANDUAN PENULISAN
JURNAL KEPENDUDUKAN INDONESIA

Naskah yang akan diterbitkan dalam Jurnal Kependudukan Indonesia harus memenuhi ketentuan sebagai berikut:

1. Naskah diunggah secara daring (online) melalui website http://ejournal.lipi.go.id/index.php/jki. Penulis harus login untuk dapat mengunggah naskah tersebut. Pendaftaran secara daring (online) tidak dikenakan biaya apapun.
2. Naskah adalah karya asli yang belum pernah dipublikasikan di media cetak lain maupun elektronik.
3. Naskah dapat berupa hasil penelitian, gagasan konseptual, tinjauan buku, dan jenis tulisan ilmiah lainnya.
4. Naskah ditulis dalam bahasa Indonesia atau bahasa Inggris dengan menggunakan tata bahasa yang benar.
5. Naskah ditulis dengan menggunakan model huruf Times New Roman, font 12, margin atas 4 cm, margin bawah, 3 cm, margin kanan 3 cm, dan margin kiri 4 cm, pada kertas berukuran A4 minimal 5000 kata, diketik 1,5 spasi dengan program Microsoft Word. Setiap lembar tulisan diberi halaman.
6. Outline dan isi naskah terdiri dari dua jenis sebagai berikut :

I. Untuk manuskrip yang merupakan **hasil kajian literatur** menggunakan outline sebagai berikut :

1. **Judul** ditulis dalam bahasa Indonesia dan bahasa Inggris. Judul harus mencerminkan isi tulisan, bersifat spesifik dan terdiri atas 10-15 kata. Identitas penulis yang diletakkan di bawah judul meliputi nama dan lembaga penulis serta alamat email.
2. **Abstrak** dan kata kunci ditulis dalam bahasa Indonesia dan bahasa Inggris Abstrak ditulis dalam satu paragraf dengan jumlah kata antara 150-200. Isi abstrak menggambarkan esensi isi keseluruhan tulisan.
3. **Pendahuluan** yang berisi justifikasi isu yang diangkat dalam artikel, maksud/tujuan artikel, pendekatan dan metode yang digunakan.
4. **Batang tubuh/inti artikel** berisi kupasan, analisis, argumentasi, dan komparasi penulis. Bagian inti artikel dapat dibagi menjadi beberapa sub bagian yang jumlahnya bergantung kepada isu/aspek yang dibahas.
5. **Kesimpulan** berisi bahasan tentang hal-hal penting dari temuan. Kesimpulan dapat ditambahkan saran-saran atau rekomendasi berkaitan dengan persoalan yang menjadi temuan.
6. **Tampilan tabel, gambar atau grafik** harus bisa dibaca dengan jelas dan judul tabel diletakkan di atas tabel, sedangkan judul gambar atau grafik diletakkan di bawah gambar atau grafik serta dilengkapi dengan penomoran tabel/gambar/grafik.

II. Untuk manuskrip yang merupakan **hasil penelitian** menggunakan outline sebagai berikut :

1. **Judul** ditulis dalam bahasa Indonesia dan bahasa Inggris. Judul harus mencerminkan isi tulisan, bersifat spesifik dan terdiri atas 10-15 kata. Identitas penulis yang diletakkan di bawah judul meliputi nama dan lembaga penulis serta alamat email.**Abstrak** dan kata kunci dalam bahasa Indonesia dan bahasa Inggris. Abstrak ditulis dalam satu paragraf dengan jumlah kata antara 150-200. Isi abstrak menggambarkan esensi isi keseluruhan tulisan.
2. **Pendahuluan** yang berisi justifikasi isu yang diangkat dalam artikel, dan maksud/tujuan artikel.
3. **Metodologi** yang digunakan dalam penelitian terdiri dari pendekatan (kuantitatif dan atau kualitatif), model dan variabel yang digunakan serta sumber data yang digunakan. Apabila menggunakan data primer, jelaskan metode pengumpulan data, lokasi penelitian dan analisa data yang digunakan.
4. **Batang tubuh/inti artikel** berisi kupasan, analisis, argumentasi, dan komparasi penulis. Bagian inti artikel dapat dibagi menjadi beberapa sub bagian yang jumlahnya bergantung kepada isu/aspek yang dibahas.
5. **Kesimpulan** berisi bahasan tentang hal-hal penting dari temuan. Kesimpulan dapat ditambahkan saran-saran atau rekomendasi berkaitan dengan persoalan yang menjadi temuan.
6. **Tampilan tabel, gambar atau grafik** harus bisa dibaca dengan jelas dan judul tabel diletakkan diatas tabel, sedangkan judul gambar atau grafik diletakkan dibawah gambar atau grafik serta dilengkapi dengan penomoran tabel/gambar/grafik.

III. Acuan Pustaka diupayakan menggunakan acuan terkini (lima tahun terakhir)

IV. Penulisan Daftar Pustaka mengikuti ketentuan sebagai berikut:

Buku

O'Keefe, J. H., Bell, D. S. H., & Wyne, K.L. (2009). *Diabetes essentials*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.

Bunga Rampai

Friedman, S. L., & Wachs, T. D. (Editor). (1999). *Measuring environment across the life span: Emerging methods and concepts.* Washington, DC: American Psychological Association.

Electronic Book

De Lara, M., & Doyen, L. (2008). *Sustainable management of natural resources: Mathematical models and methods*. Diakses dari http://www.springerlink.com/openurl.asp?genre=book&isbn=978-3-540-79073-0

Ardia, D. (2008). Financial risk management with Bayesian estimation of GARCH models: Theory and applications. doi: 10.1007/978-3-540-78657-3

Bagian dari Buku

Baker, F. M., & Lightfoot, O. B. (1993). Psychiatric care of ethnic elders. Dalam A. C. Gaw (Editor), *Culture, ethnicity, and mental illness* (pp. 517-552). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Scott, D. (2005). Colonial governmentality. Dalam J. X. Inda (Editor), *Anthropologies of modernity* (pp. 21-49). Diakses dari http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/bookhome/117909832

Iacono, W. G. (2008). Polygraph testing. Dalam E. Borgida & S. T. Fiske (Editor), *Beyond common sense: Psychological science in the courtroom* (pp. 219-235). doi: 10.1002/9780470696422

Artikel Jurnal

Skenderian, J. J., Siegel, J. T., Crano, W. D., Lac, A., & Alvaro, E. E. (2008). Expectancy change and adolescents' intentions to use marijuana. *Psychology of Addictive Behaviors, 22*, 563-569. doi:10.1037/a0013020

Williams, S., & Beattie, H. J. (in press). Problem-based learning in the clinical setting – a systematic review. *Nurse Education Today*.

Makalah/Artikel Daring

Fallon, A., & Engel, C. (2008). Hypertensive disorders of pregnancy. The Practising Midwife, 11(9), 1-27. Diakses dari http://www.practisingmidwife.co.uk

Makalah Seminar

Bowden, F.J., & Fairley, C.K. (1996, June). *Endemic STDs in the Northern Territory:* Estimations *of effective rates of partner change.* Makalah dipresentasikan pada the Scientific Meeting of the Royal Australian College of Physicians, Darwin.

Laporan

Queensland Health. (2005). *Health systems review. Final report*. Brisbane, Australia: Queensland Government.

Australian Institute of Health and Welfare. (2010). *Child protection Australia 2008-09 (Report No.* CWS 35). Diakses dari http://www.aihw.gov.au/publications/cws/35/10859.pdf

Tesis/Disertasi

Axford, J.C. (2007). *What constitutes success in Pacific island community conserved areas?* (Disertasi, University of Queensland, Brisbane, Australia). Diakses dari http://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:158747

Set Data

Pew Hispanic Center. (2004). *Changing channels and crisscrossing cultures: A survey of Latinos on the news media* [Data file and code book]. Retrieved from http://pewhispanic.org/datasets/

Laman dengan Penulis

Atherton, J. (2005). *Behaviour modification*. Retrieved from http://www.learningandteaching.info/learning/behaviour_mod.htm

Winther, M. (2009, January 14). *The unconscious is spirit* [Online forum comment]. Retrieved from http://groups.google.com/group/alt.psychology.jung/topics?lnk

Laman tanpa Penulis

Behaviour modification. (2007). Retrieved from http://www.educational-psychologist.org.uk/behaviour.html

Manuskrip

Johnson, A. (2008). *Week three: Foucault* [Powerpoint slides]. Unpublished manuscript, BESC1001, University of Queensland, St Lucia, Australia.

7. Redaksi memiliki kewenangan untuk merubah format penulisan dan judul tulisan sesuai dengan petunjuk penulisan, serta mengatur waktu penerbitan.

ISSN 1907-2902
Nomor Akreditasi: 756/AU2/P2MI-LIPI/10/2016

Jurnal
Vol. 12, No. 2, Desember 2017

KEPENDUDUKAN INDONESIA

Analisis Data Panel Migrasi Masuk Risen di Pulau Jawa dan Sumatera Periode 1995-2015
Dio Dwi Saputra dan Winih Budiarti

Determinan Penyakit Berbasis Lingkungan pada Anak Balita di Indonesia
Restu Prasetyo dan Tiodora Hadumaon Siagian

Profil Pemakaian Kontrasepsi: Disparitas antara Perdesaan dan Perkotaan
Resti Pujihasvuty

Kebijakan Pengelolaan Migrasi dalam Konteks Perubahan Iklim: Kasus Lombok Utara dan Lombok Timur
Ade Latifa dan Haning Romdiati

Dinamika Pertumbuhan Penduduk dan Kejadian Banjir di Kota: Kasus Surabaya
Luh Kitty Katherina

Future Staying Preferences of Youth Migrants: Case of Sleman District, Special Region of Yogyakarta
Meirina Ayumi Malamassam

LIPI

LEMBAGA ILMU PENGETAHUAN INDONESIA

Jurnal Kependudukan Indonesia	Vol. 12	No. 2	79-154	Jakarta, Desember 2017	ISSN 1907-2902

ISSN 1907-2902
9 771907 290214