

**ANALISIS LANJUT TENTANG TARGET MILLENIUM DEVELOPMENT GOALS (MDG's)  
BERDASARKAN DATA SURVEY DEMOGRAFI KESEHATAN INDONESIA (SDKI) TAHUN 2007 DI  
PROVINSI KEPULAUAN RIAU**

**Ramon Zamora  
(Dosen Tetap Prodi Ekonomi Pembangunan UNRIKA Batam)**

Deklarasi Millennium yang menghasilkan tujuan pembangunan milenium atau *Millenium Development Goals (MDGs)*, intinya peningkatan kerjasama global untuk mencapai perbaikan kehidupan sosial ekonomi penduduk dunia. *Millenium Development Goals (MDG's)* adalah upaya untuk memenuhi hak-hak dasar kebutuhan manusia melalui komitmen bersama antara 189 negara anggota PBB. Untuk memonitor tingkat capaian perbaikan kehidupan sosial penduduk, maka digunakan beberapa indikator yang tertuang dalam 8 target yang diantaranya mengurangi kemiskinan, penuntasan pendidikan dasar baik untuk anak laki-laki maupun anak perempuan, menurunkan angka kematian balita, meningkatkan kesehatan ibu serta memastikan kelestarian lingkungan hidup.

Sebagai salah satu anggota PBB, Indonesia memiliki dan ikut melaksanakan komitmen tersebut dalam upaya untuk mensejahterakan masyarakat.

Memperhatikan sasaran Millenium Development Goals (MDG's) dan Kesepakatan Dakkar untuk Pendidikan Untuk Semua (PUS); Kesenjangan dan Keadilan Gender (KKG) dan pemberdayaan perempuan melalui pembentukan dan penguatan kelembagaan, penurunan Angka kematian anak dengan menekan terjadinya gizi buruk pada balita, meningkatnya angka kesehatan ibu dengan menekan angka kematian ibu melahirkan; meningkatnya angka kesakitan HIV/AIDS dan penyakit menular lainnya; Cakupan pelayanan air bersih perkotaan dan perdesaan serta cakupan sanitasi dan persampahan sebanding dengan rata-rata nasional dan target Millenium Development Goals (MDGs); dan kerjasama sinergitas pengelolaan potensi sebagai tantangan pembangunan perwilayahan ke depan telah dirancang dan dilaksanakan dengan berbagai bentuk dan pola kerjasama. Propinsi Kepulauan Riau sebagai bagian dari negara kesatuan Republik Indonesia juga ikut serta mendukung komitmen pemerintah tersebut, dengan melaksanakan program dan kegiatan yang bertujuan untuk mencapai target MDG's.

Pemahaman mengenai indikator-indikator yang dicakup dalam MDGs apabila diperhatikan lebih mendalam ternyata merupakan indikator-indikator sosial yang umumnya sudah terlebih dahulu digunakan oleh pemerintah daerah untuk memonitor capaian perbaikan kehidupan sosial. Perencanaan dan implementasi program pembangunan dari pelbagai sektor yang diselenggarakan pemerintah kabupaten/kota apabila direncanakan sesuai dengan pencapaian indikator MDGs secara terencana dan terprogram pada tingkat kabupaten/kota, maka arah pembangunan untuk peningkatan perbaikan kehidupan sosial masyarakatnya tentunya akan semakin baik.

Propinsi Kepulauan Riau dibentuk berdasarkan Undang-undang Nomor 25 tahun 2002, merupakan provinsi ke 32 di Indonesia dengan motto *Berpancang Amanah, Bersaung Marwah*. Selain letaknya strategis karena berada pada pintu masuk Selat Malaka dari sebelah Timur berbatasan dengan pusat bisnis dan keuangan di Asia Pasifik yakni Singapura, dan juga berbatasan langsung

dengan Malaysia. Propinsi Kepulauan Riau mencakup Kota Tanjung Pinang, Kota Batam, Kabupaten Bintan, Kabupaten Karimun, Kabupaten Natuna dan Kabupaten Anambas dan Kabupaten Lingga, secara keseluruhan Wilayah Kepulauan Riau terdiri dari 42 kecamatan dan 256 kelurahan/desa dengan jumlah pulau besar dan kecil yaitu 2.408 dimana 40 persen belum bernama dan berpenduduk. Luas wilayah Propinsi Kepulauan Riau adalah 252.601 Km<sup>2</sup>, dimana 95 persen merupakan lautan dan hanya 5 persen merupakan wilayah darat, dengan batas wilayah sebagai berikut :

- Sebelah Utara dengan Vietnam dan Kamboja
- Sebelah Selatan dengan Propinsi Kepulauan Bangka Belitung dan Jambi
- Sebelah Barat dengan Singapura, Malaysia, dan Propinsi Riau
- Sebelah Timur dengan Malaysia, Brunei, dan Propinsi Kalimantan Barat.

Dengan letak geografis yang strategis (antara Laut Cina Selatan, Selat Malaka dengan Selat Karimata) serta didukung potensi alam yang sangat potensial, Propinsi Kepulauan Riau dimungkinkan untuk menjadi salah satu pusat pertumbuhan ekonomi bagi Republik Indonesia dimasa depan. Apalagi saat ini pada beberapa daerah di Kepulauan Riau (Batam, Bintan dan Karimun) tengah diupayakan sebagai *pilot project* pengembangan Kawasan Ekonomi Khusus (KEK) melalui kerjasama dengan Pemerintah Singapura.

Jumlah penduduk Propinsi Kepulauan Riau tahun 2006 adalah sebanyak 1.313.923 jiwa yang tersebar di 6 Kabupaten/Kota dengan rincian sebagai berikut :

**Tabel 1.1 Jumlah Penduduk Propinsi Kepulauan Riau Menurut Kabupaten/ Kota Tahun 2006**

Kabupaten/Kota	Jumlah Penduduk (Jiwa)	% Kab/Kota	Luas Daratan (Km <sup>2</sup> )	Kepadatan Penduduk Per-Km <sup>2</sup>
Tanjung Pinang	139.666	12,5	239	585
Batam	685.438	49,3	1.525	450
Bintan	119.237	9,1	1.946	62
Karimun	199.745	15,6	1.524	131
Natuna/ Anambas*	91.733*	7,1*	3.235*	29*
Lingga	82.590	6,3	2.117	39

Angka Kelahiran Total atau TFR di Propinsi Kepulauan Riau (3,1) atau lebih tinggi dari angka kelahiran Total Nasional yakni (2,6), hal ini menjadi perhatian bagi pemerintah Propinsi Kepulauan Riau, melalui program keluarga berencana (KB) pemerintah Propinsi Kepulauan Riau berusaha memberikan dukungan penuh terhadap berbagai program KB.

**Tabel 1.2  
Gambaran TFR dan Prevalensi beberapa propinsi, SDKI 2007**

No	PROPINSI	TFR	PREVALENSI	UNMET NEED
1	NAD	3,1	47,9	12
2	KEPRI	3,1	57,6	12
3	SULBAR	3,5	45,4	17,4

4	MALUKU	3,9	33,9	22,4
5	MALUKU UTARA	3,1	49,4	13
6	PAPUA BARAT	3,4	39,1	16,6
7	PAPU	2,8	37,2	15,8

### 1.1. Permasalahan

Berdasarkan latar belakang diatas maka dapat dilihat bahwa prioritas masalah yang akan ditangani oleh Propinsi Kepulauan Riau Tahun 2006 seperti yang tertuang dalam Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD) Propinsi Kepulauan Riau Tahun 2007 antara lain :

1. Rendahnya kualitas pendidikan dan kesehatan
2. Belum memadainya infrastruktur pemerintah
3. Besarnya kesenjangan ekonomi antar Kabupaten/kota serta kurang meratanya pembangunan antara pedesaan dan perkotaan.
4. Lemahnya Pengawasan wilayah perbatasan
5. belum optimalnya pembinaan keagamaan, kesenian dan pelestarian budaya melayu.
6. Kurangnya kuantitas dan kualitas Aparatur Pemerintah Daerah dan masih lemahnya pengawasan

### 1.2. Tujuan & Kegunaan

Sampel SDKI 2007 dirancang untuk memperoleh angka estimasi tingkat nasional perkotaan dan pedesaan, propinsi dan beberapa tujuan seperti:

1. Menyediakan data mengenai fertilitas, keluarga berencana, kesehatan Ibu untuk pengelola program, pengambil kebijakan dan peneliti untuk membantu mereka dalam mengevaluasi dan meningkatkan program yang ada khususnya di Propinsi Kepulauan Riau.
2. Mengukur tren angka fertilitas dan pemakaian KB, serta mempelajari faktor-faktor yang mempengaruhi perubahannya, seperti pola dan status perkawinan, daerah tempat tinggal, pendidikan, pengetahuan dan penggunaan serta ketersediaan alat kontrasepsi di Propinsi Kepulauan Riau.
3. Mengukur pencapaian sasaran yang dibuat sebelumnya oleh program kesehatan Nasional dengan fokus pada kesehatan Ibu dan anak di Propinsi Kepulauan Riau.
4. Menciptakan data dasar yang diharapkan bisa berguna bagi pengelola program, pengambil kebijakan, peneliti dalam bidang KB, fertilitas dan kesehatan secara umum.

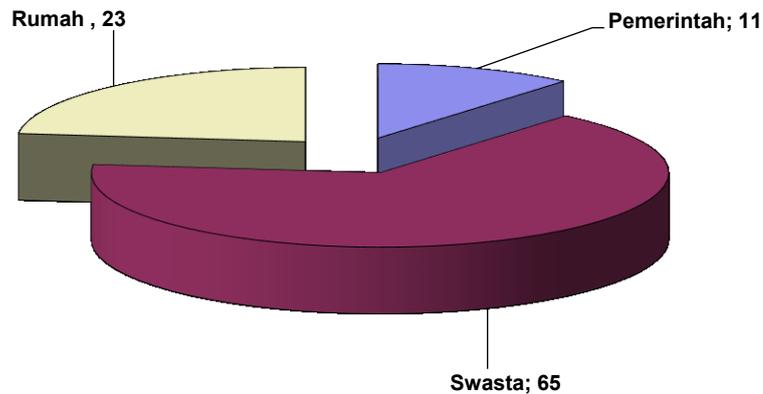
## **PERTOLONGAN KELAHIRAN**

### **2.1 Tempat dan Penolong Persalinan**

#### 2.1.1 Tempat Persalinan

Berdasarkan data SDKI 2007, sebanyak 76 persen dalam lima tahun sebelum survei melahirkan di fasilitas kesehatan. Gambar 2.1 menyajikan Tempat Persalinan di Propinsi Kepulauan Riau dimana 11 persen dari total kelahiran dilahirkan di fasilitas kesehatan

pemerintah (rumah sakit pemerintah dan puskesmas), dan 65 persen dilahirkan di fasilitas kesehatan swasta, dan sisanya 23 persen melahirkan di rumah.



**Gambar 2.1**  
**Tempat Persalinan, Kepulauan Riau 2007**

### 2.1.2 Penolong Persalinan

Tenaga yang dapat memberikan pertolongan persalinan dapat dibedakan menjadi dua, yaitu tenaga profesional (dokter spesialis kebidanan, dokter umum, dan bidan) dan dukun bayi (dukun bayi terlatih dan tidak terlatih).

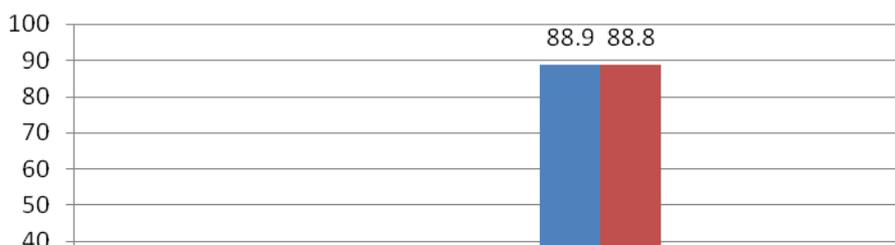
Pelayanan obstetrik dan neonatal darurat serta pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih menjadi sangat penting dalam upaya penurunan kematian ibu. Walaupun masih ada sebagian besar perempuan bersalin di rumah, tenaga terlatih dapat membantu mengenali kegawatan medis dan membantu keluarga untuk mencari perawatan darurat.

Berdasarkan data Departemen Kesehatan bahwa 90 persen persalinan ditolong oleh tenaga medis pada tahun 2010 (Depkes, 2000b). Data SDKI 2007 untuk propinsi Kepulauan Riau sebanyak 13 persen dari kelahiran dalam masa lima tahun terakhir sebelum survei merupakan persalinan melalui bedah Caesar. Sebagai penolong persalinan berkualifikasi terendah, tenaga medis menangani 87 persen persalinan, proporsi ini lebih rendah lima persen dibandingkan penolong persalinan kualifikasi tertinggi. Perbedaan ini menunjukkan sejumlah persalinan dirujuk oleh penolong berkualifikasi kurang ke penolong berkualifikasi lebih tinggi.

## 2.2 Karakteristik Persalinan

SDKI 2007 tentang persepsi responden tentang ukuran bayi yang baru dilahirkan. Gambar 2.2 memperlihatkan karakteristik persalinan di Propinsi Kepulauan Riau, dimana terlihat bahwa 89 persen bayi dianggap ibunya sangat kecil atau lebih kecil dari ukuran rata-rata bayi. Hampir sembilan dari sepuluh persalinan, bayi lahir dengan berat badan bayi 2,5 kg atau lebih.

**Gambar 2.2**  
**Karakteristik persalinan Kepulauan Riau 2007**



### **2.3 Analisis Tabulasi Silang (Crosstab) antara kelahiran anak melalui bedah caesar dengan karakteristik subyek (umur, daerah tempat tinggal, pendidikan dan indeks kekayaan kuantil dll)**

#### **PREVALENSI PEMAKAIAN KONTRASEPSI (CPR)**

Mengingat bahwa pemakaian alat kontrasepsi pada perempuan kawin usia 15-49 tahun masih menunjukkan perkembangan yang cukup lambat, pelayanan KB oleh Pemerintah memang perlu ditingkatkan, tidak saja dalam upaya pengendalian pertumbuhan penduduk, melainkan juga karena KB merupakan bagian dari kesehatan reproduksi yang dapat menurunkan angka kematian ibu.

Guna untuk mengukur keberhasilan Program Keluarga Berencana, maka informasi mengenai tingkat pemakaian (prevalensi kontrasepsi) harus lebih ditingkatkan. Dalam pembahasan mengenai Keluarga Berencana, data yang diperoleh dalam SDKI 2007 dikumpulkan informasi tentang pengetahuan dan pemakaian informasi. Untuk memperoleh data tersebut, pertanyaan pertama yang ditanya kepada responden adalah mengenai seluruh jenis alat dan cara kontrasepsi yang pernah didengar dan juga informasi mengenai : kecenderungan dan keragaman pemakaian kontrasepsi, sumber pelayanan kontrasepsi, umur pada waktu pertama kali menggunakan kontrasepsi, alasan pemakaian kontrasepsi, dan beberapa indikator kualitas pemakaian pil, suntikan dan kondom.

#### **3.1 Pemakaian kontrasepsi menurut karakteristik Latar Belakang**

Kontrasepsi modern memainkan peranan penting untuk menurunkan kehamilan yang tidak diinginkan. Pemakaian kontrasepsi pada wanita kawin usia 15-49 ini, cenderung tidak menunjukkan peningkatan yang cukup berarti. Jika merujuk pada data Susenas (1992-2006) maka selama kurun waktu 13 tahun pemakaian kontrasepsi pada perempuan kawin usia 15-49 tahun hanya meningkat 7,4 persen

Dari tabel 3.3 menunjukkan bahwa terdapat dua perbedaan kelompok peserta KB tentang pemakaian kontrasepsi, dimana di daerah perkotaan 58 persen sedikit lebih tinggi dibandingkan dengan daerah pedesaan yaitu 56 persen. Pemakaian KB Modern di wilayah perkotaan sebesar 54 persen dan pedesaan 55 persen. Variasi alat/cara KB yang digunakan, wanita perkotaan lebih

banyak menggunakan pil, IUD, kondom, sterilisasi wanita, sedangkan pedesaan lebih banyak menggunakan suntik dan susuk KB.

**Tabel. 3.3**  
**Pemakaian kontrasepsi masa kini: karakteristik latar belakang**

Distribusi persentase wanita berstatus kawin menurut alat/ cara KB yang dipakai dan karakteristik latar belakang, Kepulauan Riau, 2007																	
Karakteristik latar belakang	Suatu cara	Suatu mode	Sterilisasi wanita	Pil	IUD	Suntik	Susuk KB	Kondom	MAL	Suatu cara tradisional	Pantala	Sanggama terputus	Lainnya	Sekarang tidak pakai	Jumlah	Wanita	
<b>Daerah tempat tinggal</b>																	
Perkotaan	58,0	53,8	2,7	18,7	3,8	24,1	1,0	3,3	0,1	4,3	2,8	1,3	0,2	42,0	100,0	107	
Perdesaan	55,8	55,2	0,3	13,1	0,0	39,8	1,3	0,8	0,0	0,5	0,5	0,0	0,0	44,2	100,0	27	
<b>Pendidikan</b>																	
Tidak sekolah	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	10
Tidak tamat SD	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	21
Tamat SD Tdk tamat SMTA	54,5	53,4	1,8	18,3	3,2	25,4	2,4	2,3	0,0	1,0	0,7	0,4	0,0	45,5	100,0	27	
SMTA	62,6	57,7	0,0	21,2	1,3	33,3	0,4	1,5	0,0	4,9	3,2	1,7	0,0	37,4	100,0	27	
SMTA+	56,9	51,3	2,2	13,3	4,3	25,9	1,1	4,3	0,2	5,6	3,9	1,7	0,0	43,1	100,0	48	
<b>Jumlah anak masih hidup</b>																	
0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	11
1-2	33,0	59,2	1,0	19,2	2,6	32,2	0,3	3,8	0,1	3,9	2,1	1,5	0,2	37,0	100,0	76	
3-4	64,6	60,7	5,0	20,3	4,3	26,0	2,9	2,3	0,0	3,8	3,5	0,4	0,0	35,4	100,0	38	
5+	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	8
<b>Indeks Kuintil kekayaan</b>																	
Terbawah	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	16
Menengah	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	19
Menengah	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	19
Tameng	59,6	55,0	1,4	24,2	0,0	25,3	0,0	4,2	0,0	4,6	2,8	1,1	0,7	40,4	100,0	26	

Menengah atas	52,7	49,7	2,4	19,2	1,5	24,3	0,5	1,9	0,0	2,9	1,3	1,6	0,0	47,3	100,0	34
Teratas	58,9	52,9	3,8	10,4	9,3	23,6	1,1	4,4	0,2	6,0	4,5	1,5	0,0	41,1	100,0	38
Jumlah	57,6	54,0	2,2	17,6	3,0	27,3	1,1	2,8	0,1	3,5	2,3	1,0	0,1	42,4	100,0	134

Catatan: jika terdapat lebih dari satu alat/cara KB yang dipakai, hanya cara yang paling efektif yang dimasukkan ke dalam tabel ini  
Mal= Metode Amenorrhea Laktasi

Tabel diatas menunjukkan bahwa 55 persen wanita berstatus kawin tamat SD menggunakan kontrasepsi modern dan 57 persen Wanita tamat SMTA atau lebih baik. Responden wanita dengan 1-2 anak memakai kontrasepsi modern sedikit lebih rendah dibandingkan dengan wanita yang mempunyai 3-4 anak (59 persen berbanding 61 persen).

### 3.2 Analisis Tabulasi Silang antara Pemakaian Alat/Cara KB dengan karakteristik subyek (umur, daerah tempat tinggal, pendidikan dan indeks kekayaan kuantil dll)

a. Crosstabulation antara Pemakaian kontrasepsi dengan Umur.

Tabel. 3.3.A. Persentase Pemakaian Alat/Cara KB dengan karakteristik subyek umur di Propinsi Kepulauan Riau, Tahun 2007.

Karakteristik latar belakang	Suatu cara	Suatu cara modern	Suatu cara modern							Suatu cara tradisional	Suatu cara tradisional				Jumlah Wanita	
			Strilisi wanita	Pil	IUD	Suntik	Susuk KB	Kondom	MAL		Pantang berka	Snggam terputus	Cara Lainnya	Sekarang tidak pakai		Jumlah
<b>Umur</b>																
15-19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	2
20-24	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	18
25-29	79.2	77.5	0.0	43.4	5.1	60.4	3.0	4.1	3.4	8.5	2.6	6.2	1.1	*	*	29
30-34	89.9	88.0	1.0	60.4	7.0	63.2	2.7	5.7	4.2	8.8	4.7	4.1	1.1	*	*	27
35-39	85.8	81.3	2.4	58.2	8.8	63.2	4.8	8.3	3.3	13.2	8.8	5.8	1.3	*	*	25
40-44	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	20
45-49	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	14
Total	81.9	79.6	2.2	49.7	8.0	56.1	4.4	8.0	3.9	11.1	5.1	6.6	1.3			134

Dari tabel 3.3.A. Dapat dilihat bahwa pemakaian kontrasepsi dengan umur dimana wanita berstatus kawin kurang menyukai menggunakan metode tradisional dan lebih menyukai metode modern.

b. Crosstabulation antara Pemakaian kontrasepsi dengan daerah tempat tinggal

Tabel. 3.3.B. Persentase Pemakaian Alat/Cara KB dengan karakteristik subyek daerah tempat tinggal di Propinsi Kepulauan Riau, Tahun 2007.

Karakteristik latar belakang	Suatu cara	Suatu cara modern	Sterilisasi wanita	Suatu cara modern							Suatu cara tradisional	Pantang berka	Sanggam terputus	Cara Lainnya	Sekarang tidak pakai	Jumlah Wanita
				Pil	IUD	Suntik	Susuk KB	Kondom	MA	L						

ng																
<b>Daerah tempat tinggal</b>																
Perkotaan	58,0	53,8	2,7	18,7	3,8	24,1	1,0	3,3	0,1	4,3	2,8	1,3	0,2	42,0	100,0	107
Perdesaan	55,8	55,2	0,3	13,1	0,0	39,8	1,3	0,8	0,0	0,5	0,5	0,0	0,0	44,2	100,0	27

Tabel 3.3.A menunjukkan Pemakaian suatu cara kontrasepsi di daerah perkotaan sedikit lebih tinggi dari daerah pedesaan (masing-masing 58 persen dan 56 persen), Sedangkan pemakain cara KB modern perkotaan sedikit lebih rendah dari pada pedesaan (masing-masing 54 persen dan 55 persen).

c. Crosstabulation antara Pemakaian kontrasepsi dengan Pendidikan.

Tabel. 3.3.C. Persentase Pemakaian Alat/Cara KB dengan karakteristik subyek pendidikan di Propinsi Kepulauan Riau, Tahun 2007.

Karakteristik Latar Belakang	Suatu cara	Steril isasi moderan	Pil	Steril isasi wanita	IUD	Suntik	Susuk KB	Kondom	MAL	Suatu cara tradisional	Pantang berka	Sanggam terputus	Lainnya	Sekarang tidak pakai	Jumlah Wanita	
<b>Pendidikan</b>																
Tidak sekolah	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	10
Tidak tamat SD	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	21
Tamat SD	54,5	53,4	1,8	18,3	3,2	25,4	2,4	2,3	0,0	1,0	0,7	0,4	0,0	45,5	100,0	27
Tdk tamat SMTA	62,6	57,7	0,0	21,2	1,3	33,3	0,4	1,5	0,0	4,9	3,2	1,7	0,0	37,4	100,0	27
SMTA+	56,9	51,3	2,2	13,3	4,3	25,9	1,1	4,3	0,2	5,6	3,9	1,7	0,0	43,1	100,0	48

Pemakaian kontrasepsi meningkat sesuai dengan tingkat pendidikan wanita. Hampir separo wanita kawin yang berpendidikan tamat SD menggunakan alat kontrasepsi, dan sementara itu paling sedikit 63 persen wanita yang berpendidikan tidak tamat SMTA yang menggunakan alat kontrasepsi.

d. Crosstabulation antara Pemakaian kontrasepsi dengan Indeks Kekayaan kuantil.

Tabel. 3.3.D. Persentase Pemakaian Alat/Cara KB dengan karakteristik subyek indeks kekayaan kuantil di Propinsi Kepulauan Riau, Tahun 2007.

Indeks Kuintil kekayaan	Suatu cara	Suatu cara modern	Sterilisasi wanita	Pil	IUD	Suntik	Susuk KB	Kondom	MAL	Suatu cara tradisional	Pantang berkaula	Sanggama terputus	Lainnya	Sekarang tidak pakai	Jumlah Wanita
<b>Indeks Kekayaan Kuantil</b>															
Terbawah	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Menengah kebawah	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Menengah	59,6	55,0	1,4	24,2	0,0	25,3	0,0	4,2	0,0	4,6	2,8	1,1	0,7	40,4	100,0
Menengah atas	52,7	49,7	2,4	19,2	1,5	24,3	0,5	1,9	0,0	2,9	1,3	1,6	0,0	47,3	100,0
Teratas	58,9	52,9	3,8	10,4	9,3	23,6	1,1	4,4	0,2	6,0	4,5	1,5	0,0	41,1	100,0
Jumlah	57,6	54,0	2,2	17,6	3,0	27,3	1,1	2,8	0,1	3,5	2,3	1,0	0,1	42,4	100,0

Pengetahuan alat/cara KB modern meningkat seiring dengan semakin tingginya indeks kekayaan kuantil, yaitu 98 % pada wanita di kelompok menengah, sementara di kelompok teratas hampir 100%.

## KELAHIRAN REMAJA

### 4.1. Usia Kawin Pertama

Peningkatan Usia Kawin memberikan kontribusi terhadap penurunan TFR, semakin muda WUS kawin maka semakin panjang dalam masa reproduksi. Umur kawin pertama berkaitan dengan permulaan wanita "kumpul" pertama yang memungkinkan berisiko menjadi hamil. Median umur kawin pertama didefinisikan sebagai umur dimana 50% wanita pada semua kelompok umur sudah menikah pada saat survei. Median diambil pada rata-rata sebagai ukuran gejala pusat (*central tendency*), karena berlainan dengan rata-rata, median dapat diestimasi untuk semua kohor dimana paling sedikit separo dari wanita itu sudah pernah kawin pada saat survei.

Tabel. 4.4 Umur Kawin Pertama

Tabel.... Umur Kawin Pertama								
Persentase wanita yang kawin pertama pada umur tertentu dan median umur kawin pertama menurut umur, Kepulauan Riau 2007								
Umur	Persentase wanita yang kawin pertama pada umur					Persentase belum/tdk kawin	Jumlah wanita	Median umur Kawin Pertama
	15	18	20	22	25			
15-19	*	na	na	na	na	*	15	a
20-24	2.8	15.4	34.2	na	na	35.6	28	a
25-29	2.8	9.8	27.8	48.8	72.7	15.3	34	22.2
30-34	1.8	12.6	28.5	49.0	68.8	6.8	30	22.1
35-39	5.2	18.3	36.3	51.2	71.1	3.4	27	21.8

Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa 50% wanita pada semua kelompok umur telah menikah pada saat survey. Bila dilihat dari usia kawin pertama, maka telah terjadi suatu perubahan menurut kohor kawin pertama wanita, contoh 5 % wanita usia 35-39 tahun menikah pada umur 15 tahun dan wanita umur 20-24 tahun hanya 3 %, media umur kawin pertama di Propinsi Kepulauan Riau 21,7 tahun.

**Tabel. 4.5 Median umur kawin pertama**

Median umur kawin pertama wanita umur 25-29 tahun, menurut umur dan karakteristik latar belakang, Kepulauan Riau 2007						
Karakteristik latar belakang	Umur					Umur Wanita
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	25-49
<b>Daerah tempat tinggal</b>						
Perkotaan	23.3	22.6	22.2	22.2	21.7	22.6
Pedesaan	19.4	21.1	20.6	18.8	17.2	19.3
<b>Pendidikan</b>						
Tidak Sekolah	14.9	15.9	12.8	-	-	14.7
Tidak tamat SD	17.5	16.9	14.3	13.1	14.1	14.5
Tamat SD	18.6	18.4	16.1	15.7	11.8	16.8
Tidak tamat SMTA	20.3	17.1	16.3	15.4	14.8	18.0
SMTA+	23.8	21.1	20.0	20.1	19.0	21.5
Jumlah	22.2	22.1	21.8	21.3	20.2	21.7

Tabel 4.5 menunjukkan median umur kawin pertama menurut tempat tinggal, pendidikan, dan indeks kekayaan kuantil. Secara umum wanita yang tinggal dikota menikah lebih lambat dibandingkan dengan wanita pedesaan (22.6 tahun disbanding 19.3 tahun), sedangkan umur kawin pertama meningkat sesuai dengan meningkatnya tingkat pendidikan. Sebagai contoh median umur kawin pertama wanita dengan tingkat pendidikan SMTA atau lebih 21.5 tahun, delapan tahun lebih lambat dari pada wanita yang tidak tamat SD (14,5 tahun).

#### 4.2. Usia Pertama Persalinan

Salah satu faktor yang mempengaruhi tingkat fertilitas adalah rata-rata umur pada kelahiran anak pertama. Wanita yang menikah pada usia muda lebih lama menghadapi risiko kehamilan. Oleh karena itu, pada umumnya ibu yang melahirkan pada usia muda mempunyai anak banyak, dan mempunyai risiko kesehatan yang tinggi. Kenaikan median umur pada kelahiran pertama merupakan tanda menurunnya tingkat fertilitas.

**Tabel 4.6 Umur persalinan pertama.**

Persentase wanita yang melahirkan pertama kali pada umur tertentu menurut Umur								
Umur	Persen kumulatif wanita melahirkan pertama pada umur tertentu					Persentase wanita Yang tidak pernah melahirkan	Jumlah Wanita	Median umur persalinan pertama
	15	18	20	22	25			
15-19	0,0	na	na	na	na	92,0	15	a
20-24	2,6	8,4	22,6	na	na	47,8	28	a
25-29	0,0	3,4	11,7	33,0	58,8	26,5	34	23,9
30-34	0,0	6,4	16,5	33,4	59,8	9,5	30	23,4
35-39	1,6	7,8	22,1	38,4	58,6	5,5	27	23,5
40-44	2,0	14,9	28,8	43,4	63,7	6,5	21	22,8
45-49	0,7	19,5	30,2	45,3	63,0	8,7	17	22,7
20-49	1,1	8,9	20,6	na	na	18,9	157	a
25-49	0,7	9,0	20,2	37,5	60,3	12,6	129	23,5

na = tidak berlaku  
a = Diabaikan karena kurang dari 50 persen wanita melahirkan sebelum mencapai umur awal dari kelompok umur tersebut.

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa wanita 25-49 tahun di Propinsi Kepulauan Riau melahirkan anak pertama pada umur yang lebih tua yakni 25 tahun (60%). Median umur melahirkan anak pertama naik dari 23,5 tahun pada wanita usia 35-39 tahun menjadi 23,9 tahun pada wanita umur 25-29 tahun.

**Tabel 4.7 Median Umur persalinan pertama.**

Karakteristik latar belakang	Umur					Wanita umur
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
<b>Daerah tempat tinggal</b>						
Perkotaan	24,9	23,6	23,8	23,6	24,0	24,0
Pedesaan	21,4	23,5	22,7	19,8	18,6	21,5
<b>Pendidikan</b>						
Tidak sekolah	19,6	20,8	25,9	23,9	21,4	22,0
Tidak tamat SD	18,7	22,4	21,4	19,8	24,7	21,4
Tamat SD	21,9	22,4	22,3	21,5	20,6	22,0
Tidak tamat SMTA	22,9	22,0	21,1	22,7	26,1	22,4
SMTA +	-	25,9	26,7	25,3	23,8	-

<b>Indeks Kekayaan Kuantil</b>						
Terbawah	20,4	23,0	21,6	18,5	18,9	21,2
Menengah bawah	21,9	22,9	22,6	20,8	21,9	22,1
Menengah	22,7	22,7	24,1	22,8	24,8	23,3
Menengah Atas	24,6	24,3	22,7	23,4	22,5	23,9
Teratas	23,9	23,6	24,7	23,8	22,6	23,8
Jumlah	23,9	23,4	23,5	22,6	22,7	23,5

a = Diabaikan karena kurang dari 50 persen wanita melahirkan sebelum mencapai umur awal dari kelompok umur tersebut.

**4.3. Analisis Tabulasi Silang antara Angka kelahiran pada usia remaja dengan masing-masing karakteristik subyek (umur, daerah tempat tinggal, pendidikan dan indeks kekayaan kuantil dll).**

a. Crosstabulation antara Angka kelahiran pada usia remaja dengan Umur.

Tabel. 4.3.A. Persentase wanita yang melahirkan pertama kali dengan karakteristik subyek umur di Propinsi Kepulauan Riau, Tahun 2007.

Persentase wanita yang melahirkan pertama kali pada umur tertentu menurut Umur								
Umur	Persen kumulatif wanita melahirkan pertama pada umur tertentu					Persentase wanita Yang tidak pernah melahirkan	Jumlah Wanita	Median umur persalinan pertama
	15	18	20	22	25			
15-19	0,0	na	na	na	na	92,0	15	a
20-24	2,6	8,4	22,6	na	na	47,8	28	a
25-29	0,0	3,4	11,7	33,0	58,8	26,5	34	23,9
30-34	0,0	6,4	16,5	33,4	59,8	9,5	30	23,4
35-39	1,6	7,8	22,1	38,4	58,6	5,5	27	23,5
40-44	2,0	14,9	28,8	43,4	63,7	6,5	21	22,8
45-49	0,7	19,5	30,2	45,3	63,0	8,7	17	22,7
20-49	1,1	8,9	20,6	na	na	18,9	157	a
25-49	0,7	9,0	20,2	37,5	60,3	12,6	129	23,5

na = tidak berlaku  
a = Diabaikan karena kurang dari 50 persen wanita melahirkan sebelum mencapai umur awal dari kelompok umur tersebut.

Tabulasi silang antara kelahiran pada usia remaja dengan umur berdasarkan hasil SDKI 2007 Propinsi Kepulauan Riau menunjukkan bahwa median umur wanita usia 25-49 tahun saat melahirkan pertama kali adalah 23,5 tahun.

b. Crosstabulation antara Angka kelahiran pada usia remaja dengan daerah tempat tinggal

Tabel. 4.3.B. Persentase wanita yang melahirkan pertama kali dengan karakteristik daerah tempat tinggal di Propinsi Kepulauan Riau, Tahun 2007.

Karakteristik latar belakang	Umur					Wanita umur
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	

<b>Daerah tempat tinggal</b>						
Perkotaan	24,9	23,6	23,8	23,6	24,0	24,0
Pedesaan	21,4	23,5	22,7	19,8	18,6	21,5

Berdasarkan daerah tempat tinggal wanita perkotaan melahirkan anak pertama dua tahun lebih lambat (24 tahun) dari pada wanita di daerah pedesaan.

c. Crosstabulation antara Angka kelahiran pada usia remaja dengan Pendidikan

Tabel. 4.3.C. Persentase wanita yang melahirkan pertama kali dengan karakteristik pendidikan di Propinsi Kepulauan Riau, Tahun 2007.

Karakteristik latar belakang	Umur					Wanita umur
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
<b>Pendidikan</b>						
Tidak sekolah	19,6	20,8	25,9	23,9	21,4	22,0
Tidak tamat SD	18,7	22,4	21,4	19,8	24,7	21,4
Tamat SD	21,9	22,4	22,3	21,5	20,6	22,0
Tidak tamat SMTA	22,9	22,0	21,1	22,7	26,1	22,4
SMTA +	-	25,9	26,7	25,3	23,8	-

Berdasarkan pendidikan median melahirkan anak pertama meningkat seiring dengan tingkat pendidikan.

d. Crosstabulation antara Angka kelahiran pada usia remaja dengan Indeks Kekayaan kuantil

Tabel. 4.3.D. Persentase wanita yang melahirkan pertama kali dengan karakteristik indeks kekayaan kuantil di Propinsi Kepulauan Riau, Tahun 2007.

Karakteristik latar belakang	Umur					Wanita umur
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
<b>Indeks Kekayaan Kuantil</b>						
Terbawah	20,4	23,0	21,6	18,5	18,9	21,2
Menengah bawah	21,9	22,9	22,6	20,8	21,9	22,1
Menengah	22,7	22,7	24,1	22,8	24,8	23,3
Menengah Atas	24,6	24,3	22,7	23,4	22,5	23,9
Teratas	23,9	23,6	24,7	23,8	22,6	23,8
Jumlah	23,9	23,4	23,5	22,6	22,7	23,5
a = Diabaikan karena kurang dari 50 persen wanita melahirkan sebelum mencapai umur awal dari kelompok umur tersebut.						

Tabulasi silang antara kelahiran pada usia remaja dengan Indeks kekayaan kuantil juga menunjukkan peningkatan seiring dengan meningkatnya kekayaan kuantil.

## CAKUPAN PERAWATAN KEHAMILAN (ANC)

Tiga intervensi utama yang direkomendasikan sebagai upaya paling efektif adalah pelayanan antenatal, persalinan oleh tenaga kesehatan, dan pelayanan dasar serta komprehensif untuk darurat obstetri. Untuk pelayanan antenatal, selain peningkatan frekuensi kunjungan, peningkatan kualitas pelayanan juga diperlukan, yang mencakup pemeriksaan kehamilan dan pemberian tablet zat besi dan kapsul vitamin A.

Upaya peningkatan persalinan oleh tenaga kesehatan masih belum memadai baik dalam jumlah maupun distribusinya. Pada saat yang sama, kemitraan dengan dukun bayi yang masih sangat berperan sebagai penolong persalinan perlu dibangun. Pelayanan dasar dan komprehensif untuk darurat obstetri juga menjadi kunci keberhasilan berikutnya apabila fasilitas pelayanannya mudah dijangkau dan dilengkapi dengan tenaga terampil.

Cakupan pelayanan Antenatal Care (ANC) dapat dipantau melalui pelayanan kunjungan baru ibu hamil untuk melihat akses dan pelayanan kesehatan ibu hamil sesuai standar paling sedikit empat kali dengan distribusi sekali pada triwulan pertama, sekali pada triwulan dua, dan dua kali pada triwulan ketiga.

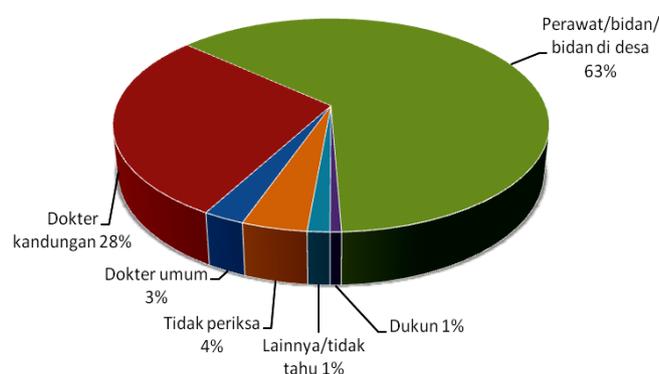
Pelayanan yang diberikan oleh petugas kesehatan pada ibu hamil yang berkunjung ke tempat pelayanan kesehatan atau antenatal care (ANC) adalah sebagai berikut Penimbangan Berat Badan, Pemeriksaan kehamilannya, Pemberian Tablet Besi, Pemberian Imunisasi TT, pemeriksaan tensi dan Konsultasi.

Pada SDKI 2007, ibu yang memberikan kelahiran dalam lima tahun sebelum survey ditanyakan seri pertanyaan tentang perawatan kesehatan ibu dan anak.

### 5.1. Pemeriksaan Kehamilan

Pemeriksaan kehamilan merupakan salah satu tahapan penting menuju kehamilan yang sehat. Boleh dikatakan pemeriksaan kehamilan merupakan hal yang wajib dilakukan oleh para ibu hamil. Pemeriksaan kehamilan dapat dilakukan melalui dokter kandungan atau bidan dengan minimal pemeriksaan 4 kali selama kehamilan yaitu pada usia kehamilan trimester pertama, trimester kedua dan dua kali pada kehamilan trimester ke tiga, itupun jika kehamilan normal. Namun ada baiknya pemeriksaan kehamilan dilakukan sebulan sekali hingga usia 6 bulan, sebulan dua kali pada usia 7 - 8 bulan dan seminggu sekali ketika usia kandungan menginjak 9 bulan.

Pemeriksaan kehamilan didefinisikan bentuk pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan kehamilan yang diberikan oleh tenaga medis profesional (dokter umum, ahli kebidanan dan kandungan, perawat, bidan, atau bidan di desa).



**Gambar 5.3**  
**Pemeriksaan Kehamilan pada wanita yang melahirkan dalam lima tahun sebelum survei,**  
**Propinsi Kepulauan Riau**

Dari gambar diatas dapat dilihat bahwa di Propinsi Kepulauan Riau, sebanyak 76 wanita pernah kawin umur 15-49, melahirkan bayi hidup dalam lima tahun sebelum survei. Dari hasil wawancara ditemukan bahwa 94% ibu melakukan pemeriksaan kehamilan dari tenaga medis profesional, sedang menurut komposisinya yaitu 63% pemeriksaan kehamilan dilakukan oleh perawat, bidan dan bidan desa dan 28% dokter kandungan dan sisa nya 3% dokter umum.

**5.2. Komponen Pemeriksaan Kehamilan**

Ibu hamil dianjurkan untuk mendapat pelayanan seperti, pengukuran tinggi dan berat badan, pengukuran tekanan darah, pemberian pil zat besi, imunisasi tetanus toksoid, dan pemeriksaan tinggi fundus (Depkes, 2001a). Suntikan tetanus toxoid (TT) yang diberikan selama kehamilan untuk mencegah penyakit tetanus neonatal yang merupakan penyebab utama kematian bayi, Imunisasi TT paling sedikit satu kali.



**Gambar 5.4**  
**Komponen Pemeriksaan Kehamilan**  
**Propinsi Kepulauan Riau 2007**

Dari gambar diatas dapat dilihat bahwa pemeriksaan fundus adalah 97% dan merupakan bentuk pelayanan paling sering didapat selama pemeriksaan kehamilan, diikuti penimbangan berat badan 93%, pengukuran tekanan darah 91%, mendapatkan pil zat besi 77%, pemeriksaan urine 55%, informasi tanda-tanda komplikasi kehamilan 45%, pemeriksaan darah 43% dan pengukuran tinggi badan 39%.

**5.3. Jumlah Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan dan Saat Kunjungan Pertama**

Cakupan pelayanan Antenatal Care ( ANC ) dapat dipantau melalui pelayanan kunjungan baru ibu hamil untuk melihat akses dan pelayanan kesehatan ibu hamil sesuai standar paling sedikit empat kali dengan distribusi sekali pada triwulan pertama, sekali pada triwulan dua, dan dua kali pada triwulan ketiga. Hal ini sesuai dengan program kesehatan ibu di Indonesia yang menganjurkan agar ibu hamil melakukan paling sedikit empat kali kunjungan untuk pemeriksaan selama kehamilan. (Depkes RI, 2001a).

Delapan puluh lima persen wanita hamil memeriksakan kehamilannya empat kali atau lebih seperti yang direkomendasikan oleh pemerintah. Secara keseluruhan empat dari lima wanita hamil memeriksakan kehamilannya pada trimester pertama. Separuh dari wanita memeriksakan kehamilannya pertama kali pada saat usia kehamilan 2,1 bulan

<b>Tabel. 5.6 Jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan dan saat kunjungan pertama</b>	
Distribusi persentase wanita yang mempunyai anak lahir hidup terakhir dalam lima tahun sebelum survei menurut jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan, umur kandungan dalam bulan pada saat kunjungan pertama dan jadwal paling sedikit satu kunjungan pemeriksaan kehamilan dalam setiap trimester, median umur kehamilan pada kunjungan pertama, Kepulauan Riau 2007	
	Jumlah
<b>Jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan</b>	
Tidak pernah	4,1
1	1,3
2-3	7,8
4+	85,0
Tidak tahu/tidak terjawab	1,8
Jumlah	100,0
Paling sedikit sekali kunjungan selama trimester I, atau trimester II, dan paling sedikit 2 kali kunjungan selama trimester III	71,4
<b>Umur kandungan dalam bulan pada saat kunjungan pertama pemeriksaan kehamilan</b>	
Tidak diperiksa	4,1
<4	80,3
4-5	10,1
6-7	2,6
8+	2,0
Tidak tahu/tidak terjawab	0,9
Jumlah	100,0
Jumlah wanita	76
Median bulan umur kandungan pada kunjungan pertama (untuk ibu yang melakukan pemeriksaan kehamilan)	2,1
Jumlah wanita yang melakukan pemeriksaan kehamilan	76

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa 71% ibu hamil memenuhi jadwal yang dianjurkan oleh pemerintah, yaitu paling sedikit sekali di trimester pertama, sekali ditrimester kedua dan dua kali ditrimester ketiga. Cakupan tersebut masih dibawah target program kesehatan ibu yaitu 90% (BPS ORC Macro, 2003).

Dari tabel diatas juga dapat dilihat bahwa empat dari lima ibu hamil mendapat pemeriksaan kehamilan pertama pada kehamilan trimester pertama. Separa dari ibu hamil memeriksakan kehamilannya pada umur kehamilan 2,1 bulan.

#### **5.4. Analisis Tabulasi Silang antara Jumlah Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan dan Saat Kunjungan Pertama dengan karakteristik subyek (umur, daerah tempat tinggal, pendidikan dan indeks kekayaan kuantil dll)**

- a. Crosstabulation Jumlah Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan dan Saat Kunjungan Pertama dengan Umur.
- b. Crosstabulation antara Jumlah Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan dan Saat Kunjungan Pertama dengan daerah tempat tinggal.
- c. Crosstabulation antara Jumlah Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan dan Saat Kunjungan Pertama dengan Pendidikan
- d. Crosstabulation antara Jumlah Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan dan Saat Kunjungan Pertama dengan Indeks Kekayaan kuantil

### **KEBUTUHAN KELUARGA BERENCANA YANG TIDAK TERPENUHI (UNMET NEED)**

#### **6.1. Unmetneed menurut karakteristik**

Kehamilan tidak diinginkan dan kehamilan tidak tepat waktu (*mistimed pregnancy*) dapat dikategorikan sebagai kasus *unmet need* (kebutuhan KB tidak terpenuhi) apabila sebelum terjadinya kehamilan, seorang wanita menikah tidak menggunakan kontrasepsi. Kebutuhan KB tidak terpenuhi (*unmet need*) adalah kondisi yang dapat terjadi pada wanita menikah dalam usia reproduksi. Seorang wanita yang tidak ingin hamil namun tidak mau memakai kontrasepsi termasuk dalam kategori kebutuhan KB tidak terpenuhi (*unmet need*). Beberapa faktor yang diperkirakan berpengaruh terhadap unmet, antara lain umur, pendidikan, jumlah anak masih hidup, sikap suami terhadap KB, pernah pakai KB, aktivitas ekonomi dan indeks kesejahteraan hidup.

Beberapa faktor yang diperkirakan berpengaruh terhadap unmet, antara lain umur, pendidikan, jumlah anak masih hidup, sikap suami terhadap KB, pernah pakai KB, aktivitas ekonomi dan indeks kesejahteraan hidup. Analisis dengan menggunakan rasio kecenderungan (*odd ratio*) berdasarkan regresi faktor. Pada masing-masing faktor karakteristik diambil satu kelompok yang digunakan sebagai kategori referensi dengan nilai *odd ratio* atau rasio kecenderungan sebesar 1,00. Data yang digunakan adalah data hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007 Propinsi Kepulauan Riau.

Ukuran pelayanan KB yang tidak terpenuhi, digunakan untuk menilai sejauh mana program KB telah dapat memenuhi kebutuhan pelayanan. Wanita yang telah disterilisasi termasuk kategori ingin tambah anak lagi.

Berdasarkan data SDKI 2007 total kebutuhan KB yang tidak terpenuhi di Propinsi Kepulauan Riau ada 12 persen, terdiri dari 5 persen untuk penjarangan kelahiran dan 7 persen untuk pembatasan kelahiran. (tabel 6.7)

Kebutuhan terhadap pelayanan KB didefinisikan sebagai jumlah prevalensi kontrasepsi (termasuk wanita yang sedang hamil atau belum haid setelah melahirkan, yang kelahiran terakhirnya disebabkan oleh kegagalan kontrasepsi) dan kebutuhan KB yang tidak terpenuhi (*Westoff dan Ochoa, 1991*). Secara umum jumlah wanita yang ingin berKB sebesar 70%; 58% diantaranya sudah dipenuhi. Jika semua kepuasan yang di inginkan bisa dipenuhi, maka prevalensi kontrasepsi secara teori diharapkan bisa mencapai 70 persen.

Tabel. 6.7 Keinginan untuk memperoleh pelayanan KB diantara wanita kawin

Persentase wanita berstatus kawin yang memerlukan pelayanan KB yang tidak terpenuhi, persentase yang kebutuhan dan total kebutuhan pelayanan KB menurut karakteristik latar belakang, Kepulauan Riau 2007

Karakteristik latar belakang	Kebutuhan berKB yang tidak terpenuhi <sup>1</sup>			Kebutuhan berKB yang terpenuhi (sedang pakai) <sup>2</sup>			Jumlah yang ingin berKB		
	Untuk menjarangkan kelahiran	Untuk membatasi kelahiran	Jumlah	Untuk menjarangkan kelahiran	Untuk membatasi kelahiran	Jumlah	Untuk menjarangkan kelahiran	Untuk membatasi kelahiran	Jumlah
<b>Umur</b>									
15-19	*	*	*	*	*	*	*	*	*
20-24	*	*	*	*	*	*	*	*	*
25-29	5,5	3,1	8,6	41,3	19,1	60,4	46,9	22,1	69,0
30-34	7,6	6,0	13,6	27,3	42,9	70,2	35,7	48,9	84,6
35-39	3,6	12,6	16,2	6,1	51,9	58,0	9,7	64,5	74,2
40-44	*	*	*	*	*	*	*	*	*
45-49	*	*	*	*	*	*	*	*	*
<b>Daerah Tempat Tinggal</b>									
Perkotaan	5,3	7,5	12,8	22,3	35,8	58,0	27,8	43,2	71,0
Perdesaan	5,1	5,3	10,5	24,2	31,6	55,8	29,3	36,9	66,2
<b>Pendidikan</b>									
Tidak sekolah	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Tidak tamat SD	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Tamat SD	8,5	5,6	14,1	23,0	31,5	54,5	31,5	37,1	68,6
Tidak tamat SMA	5,7	6,9	12,6	28,8	33,8	62,6	34,5	40,7	75,2
SMA +	5,1	7,0	12,2	25,9	31,1	56,9	31,4	38,1	69,6
<b>Indeks kekayaan kuintil</b>									
Terbawah	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Menengah bawah	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Menengah	2,5	6,3	8,8	24,7	34,9	59,6	28,1	41,2	69,3
Menengah atas	5,2	7,3	12,5	22,4	30,3	52,7	27,6	37,6	65,2
Teratas	4,6	6,5	11,1	19,2	39,7	58,9	23,8	46,2	70,0

## 6.2. Analisis Tabulasi Silang antara Unmetneed dengan karakteristik subyek (umur, daerah tempat tinggal, pendidikan dan indeks kekayaan kuintil dll)

### a. Crosstabulation antara Unmetneed dengan Umur

Tabel. 6.2.A. Persentase Unmetneed dengan karakteristik umur di Propinsi Kepulauan Riau, Tahun 2007.

Karakteristik Latar Belakang	Kebutuhan berKB yang			Kebutuhan berKB yang terpenuhi (sedang pakai)			Jumlah yang ingin berKB			Persentase merasa puas	Jumlah wanita	
	Untuk menjarangkan kelahiran	Untuk membatasi kelahiran	jumlah	Untuk menjarangkan kelahiran	Untuk membatasi kelahiran	jumlah	Untuk menjarangkan kelahiran	Untuk membatasi kelahiran	jumlah			
<b>Umur</b>												
15-19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	2
20-24	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	18
25-29	5,5	3,1	8,6	41,3	19,1	60,4	46,9	22,1	69,0	87,6	29	
30-34	7,6	6,0	13,6	27,3	42,9	70,2	35,7	48,9	84,6	84,0	27	
35-39	3,6	12,6	16,2	6,1	51,9	58,0	9,7	64,5	74,2	78,2	25	
40-44	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	20
45-49	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	14

Hasil tabulasi silang antara Unmetneed dengan umur, terlihat bahwa wanita muda cenderung untuk menjarangkan kelahiran, sedangkan wanita cenderung membatasi kelahiran. Terlihat makin tua makin banyak kebutuhan KB yang tidak terpenuhi.

b. Crosstabulation antara Unmetneed dengan daerah tempat tinggal

Tabel. 6.2.B. Persentase Unmetneed dengan karakteristik daerah tempat tinggal di Propinsi Kepulauan Riau, Tahun 2007.

Karakteristik Latar Belakang	Kebutuhan berKB yang			Kebutuhan berKB yang terpenuhi (sedang pakai)			Jumlah yang ingin berKB			Persentase merasa puas	Jumlah wanita
	Untuk menjarangkan kelahiran	Untuk membatasi kelahiran	jumlah	Untuk menjarangkan kelahiran	Untuk membatasi kelahiran	jumlah	Untuk menjarangkan kelahiran	Untuk membatasi kelahiran	jumlah		
<b>Daerah Tempat Tinggal</b>											
Perkotaan	5,3	7,5	12,8	22,3	35,8	58,0	27,8	43,2	71,0	82,0	107

Pedesaan	5,1	5,3	10,5	24,2	31,6	55,8	29,3	36,9	66,2	84,2	27
----------	-----	-----	------	------	------	------	------	------	------	------	----

Berdasarkan tempat tinggal, wanita perkotaan kebutuhan KB tidak terpenuhi sedikit lebih tinggi dari pada wanita di pedesaan ( 13% berbanding 11%).

c. Crosstabulation antara Unmetneed dengan Pendidikan

Tabel. 6.2.C. Persentase Unmetneed dengan karakteristik Pendidikan di Propinsi Kepulauan Riau, Tahun 2007.

Karakteristik Latar Belakang	Kebutuhan berKB yang			Kebutuhan berKB yang terpenuhi (sedang pakai)			Jumlah yang ingin berKB			Persentase merasa puas	Jumlah wanita
	Untuk menjarangkan kelahiran	Untuk membatasi kelahiran	jumlah	Untuk menjarangkan kelahiran	Untuk membatasi kelahiran	jumlah	Untuk menjarangkan kelahiran	Untuk membatasi kelahiran	jumlah		
<b>Pendidikan</b>											
Tidak sekolah	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	10
Tidak tamat SD	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	21
Tamat SD	8,5	5,6	14,1	23,0	31,5	54,5	31,5	37,1	68,6	79,4	27
Tidak tamat SMTA	5,7	6,9	12,6	28,8	33,8	62,6	34,5	40,7	75,2	83,2	27
SMTA +	5,1	7,0	12,2	25,9	31,1	56,9	31,4	38,1	69,6	82,5	48

Kebutuhan KB yang tidak terpenuhi secara umum turun dengan naiknya tingkat pendidikan wanita, hal ini dapat kita lihat dari 14% kemudian turun menjadi 12%.

d. Crosstabulation antara Unmetneed dengan Indeks Kekayaan kuintil

Tabel. 6.2.D. Persentase Unmetneed dengan karakteristik Pendidikan di Propinsi Kepulauan Riau, Tahun 2007.

Karakteristik Latar Belakang	Kebutuhan berKB yang			Kebutuhan berKB yang terpenuhi (sedang pakai)			Jumlah yang ingin berKB			Persentase merasa puas	Jumlah wanita
	Untuk menjarangkan kelahiran	Untuk membatasi kelahiran	jumlah	Untuk menjarangkan kelahiran	Untuk membatasi kelahiran	jumlah	Untuk menjarangkan kelahiran	Untuk membatasi kelahiran	jumlah		
<b>Indeks kekayaan kuintil</b>											
Terbawah	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	16

Menengah bawah	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	19
Menengah	2,5	6,3	8,8	24,7	34,9	59,6	28,1	41,2	69,3	87,3	26
Menengah atas	5,2	7,3	12,5	22,4	30,3	52,7	27,6	37,6	65,2	80,8	34
Teratas	4,6	6,5	11,1	19,2	39,7	58,9	23,8	46,2	70,0	84,1	38

Dari indeks kekayaan kuantil, kebutuhan KB yang tidak terpenuhi justru terjadi peningkatan dari 3% menjadi 5%.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### 7.1. KESIMPULAN

Memperhatikan sasaran Millenium Development Goals (MDG's) dan Kesepakatan Dakkar untuk Pendidikan Untuk Semua (PUS); Kesetaraan dan Keadilan Gender (KKG) dan pemberdayaan perempuan melalui pembentukan dan penguatan kelembagaan, penurunan Angka kematian anak dengan menekan terjadinya gizi buruk pada balita, meningkatnya angka kesehatan ibu dengan menekan angka kematian ibu melahirkan; meningkatnya angka kesakitan HIV/AIDS dan penyakit menular lainnya; Cakupan pelayanan air bersih perkotaan dan perdesaan serta cakupan sanitasi dan persampahan sebanding dengan rata-rata nasional dan target Millenium Development Goals (MDGs); dan kerjasama sinergitas pengelolaan potensi sebagai tantangan pembangunan perwilayahan ke depan telah dirancang dan dilaksanakan dengan berbagai bentuk dan pola kerjasama. Propinsi Kepulauan Riau sebagai bagian dari negara kesatuan Republik Indonesia juga ikut serta mendukung komitmen pemerintah tersebut, dengan melaksanakan program dan kegiatan yang bertujuan untuk mencapai target MDG's.

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007 adalah merupakan survei berskala nasional. Tujuan dari analisis SDKI 2007 Propinsi Kepulauan Riau adalah guna untuk memperoleh gambaran perilaku fertilitas, pengetahuan, dan praktek KB, kesehatan ibu dan lain sebagainya

Berbagai upaya telah dilaksanakan dalam pembangunan kesehatan, antara lain upaya peningkatan dan perbaikan terhadap derajat kesehatan masyarakat, upaya pelayanan kesehatan, sarana kesehatan dan sumber daya kesehatan. Hasil-hasil kegiatan pembangunan kesehatan yang menyeluruh di Propinsi Kepulauan Riau selama tahun 2007 tergambar dalam Survei Domografi dan Kesehatan Indonesia 2007 (SKDI) Propinsi Kepulauan Riau.

Secara umum dapat disimpulkan bahwa hingga tahun ini berbagai peningkatan derajat kesehatan masyarakat telah dicapai sebagai hasil dari pembangunan kesehatan, sejalan dengan perbaikan kondisi umum, perbaikan keadaan sosial dan ekonomi masyarakat Propinsi Kepulauan Riau. Gambaran yang demikian merupakan fakta yang harus dikomunikasikan baik

kepada para pimpinan dan pengelola program kesehatan maupun kepada lintas sektor dan masyarakat di daerah yang didiskripsikan melalui data dan informasi.

Oleh karena data dan informasi merupakan sumber daya yang strategis bagi pimpinan dan organisasi dalam pelaksanaan manajemen, maka penyediaan data/informasi yang berkualitas sangat diperlukan sebagai masukan dalam proses pengambilan keputusan.

Hasil SKDI 2007 Propinsi Kepulauan Riau ini diharapkan dapat memberikan gambaran secara garis besar dan menyeluruh tentang seberapa jauh perubahan dan perbaikan keadaan kesehatan masyarakat yang telah dicapai.

Dalam rangka meningkatkan kualitas Kesehatan Propinsi Kepulauan, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) Propinsi Kepulauan Riau senantiasa mencari terobosan-terobosan dalam hal mekanisme pengumpulan data dan informasi secara cepat untuk mengisi ketidakterediaan data dan informasi.

## **5.2. SARAN**

1. Dari hasil-hasil tersebut di atas, dapat dilihat bahwa masih ada pelaksanaan program yang belum mencapai hasil yang optimal. Hal tersebut menunjukkan masih perlunya perhatian dan penanganan yang lebih serius karena pembangunan kesehatan tetap merupakan kebutuhan masyarakat yang perlu ditingkatkan secara terus menerus sesuai dengan perkembangan pembangunan nasional.
2. Terlalu banyak dan panjangnya pertanyaan yang diajukan sehingga membuat responden kawatir dan kebingungan dalam menjawab/ mengisi kuesioner.. Oleh karena itu untuk tahun-tahun mendatang perlunya dilakukan perbaikan.
3. Perlu peningkatan pelatihan bagi surveyor dalam mendapat data dilapangan guna peningkatan validitas data dan tidak selalu terulang adanya data-data yang tidak akurat atau "aneh".
- 5 . Perlu dilaksanakan kegiatan rapid survey untuk mendukung validitas serta keakuratan data.
- 6 . Perlu dibuat suatu software data base untuk keperluan penyusunan profil kesehatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik (BPS) dan ORC Macro, 2003, Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2002-2003. Calverton, Maryland, USA: BPS and ORC Macro.
- Badan Pusat Statistik (BPS) 2006, Publikasi Penduduk Indonesia Hasil Supas 2005. Jakarta, Indonesia : BPS.
- Departemen Kesehatan, 2001a. *What Health Service Providers Need to Know about Reproductive Health*. Jakarta Indonesia: DEP. KES.
- Departemen Kesehatan, 2001b. *National Strategic Plan for Making Pregnancy Safer (MPS) in Indonesia 2001-2010*. Jakarta, Indonesia: DEP. KES.
- Departemen Kesehatan, 2001c. *Program in Reproductive Health and Integrated Service in Basic Services*. Jakarta, Indonesia: DEP. KES. 13-14.
- Departemen Kesehatan. 2006. Rencana Strategis Departemen Kesehatan, Republik Indonesia, Tahun 2005-2009 (*Strategic Plan, Ministry of Health*). Indonesia, 2005-2009. Jakarta.
- United Nations, "The Millenium Development Goals: *The Way Ahead, A PAN-European Perspective*". United Nation, New York and Geneva, 2006.