



**DERTEMINAN MORTALITAS BAYI DI JAWA TIMUR**

**TAHUN 2011-2015**

**SKRIPSI**

Oleh:

Moh Yanuar Rifky

NIM 140810101140

**PROGRAM STUDI EKONOMI PEMBANGUNAN  
JURUSAN ILMU EKONOMI DAN STUDI PEMBANGUNAN  
FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS  
UNIVERSITAS JEMBER  
2018**



**DERTEMINAN MORTALITAS BAYI DI JAWA TIMUR**

**TAHUN 2011-2015**

**SKRIPSI**

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Studi Ekonomi Pembangunan (S1) dan mencapai gelar Sarjana Ekonomi

Oleh:

Moh Yanuar Rifky

NIM 140810101140

**PROGRAM STUDI EKONOMI PEMBANGUNAN  
JURUSAN ILMU EKONOMI DAN STUDI PEMBANGUNAN  
FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS  
UNIVERSITAS JEMBER  
2018**

## PERSEMBAHAN

Puji Syukur kepada Allah SWT yang tak terhingga atas limpahan berkah dan karunia-Nya, karena hanya karena-Nya lah penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Dengan segala kerendahan hati skripsi ini penulis persembahkan kepada:

1. Ibunda Siti Khotimatus Sakdiyah dan Ayahanda Suryono , atas do'a yang terpanjatkan tiada henti dalam sujud-sujud panjangnya untuk penulis, serta untuk limpahan dukungan dan kasih sayang yang tiada batas. Sebagai salah satu tanda bakti, hormat, dan rasa terima kasih yang tak terhingga, penulis persembahkan karya sederhana ini kepada keduanya.
2. Guru-Guru sejak Taman Kanak-Kanak hingga Perguruan Tinggi.
3. Almamater Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Jember.

**MOTTO**

“ Ilmu itu lebih baik daripada harta. Ilmu menjaga engkau dan engkau menjaga harta. Ilmu itu penghukum (hakim) dan harta terhukum. Harta itu kurang apabila dibelanjakan tapi ilmu itu bertambah bila dibelanjakan”

(Khalifah Ali bin Abi Thalib R.A)

“ Jika kamu tidak mau merasakan sakitnya mencari ilmu, maka rasakan pahitnya kebodohan”

(Imm Syafi'i R.A)

“Hidup tanpa cita-cita bagaikan orang mati, cita-cita tanpa adanya usaha bagaikan mimpi”

(Al Faqir)

**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Moh Yanuar Rifky

NIM : 140810101140

Jurusan : Ilmu Ekonomi dan Studi Pembangunan

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Determinan Mortalitas Bayi di Jawa Timur Tahun 2011-2015” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 03 Mei 2018  
Yang menyatakan,

(Moh Yanuar Rifky)  
NIM 140810101140

**SKRIPSI**

**DERTEMINAN MORTALITAS BAYI DI JAWA TIMUR**

**TAHUN 2011-2015**

Oleh:

Moh Yanuar Rifky  
NIM 140810101140

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Dr. I Wayan Subagiarta, M.Si.

Dosen Pembimbing Anggota : Fivien Muslihatinningsih, S.E., M.Si.

**TANDA PERSETUJUAN SKRIPSI**

Judul Skripsi :Determinan Mortalitas Bayi di Jawa Timur Tahun 2011-2015

Nama Mahasiswa : Moh Yanuar Rifky

NIM : 140810101140

Jurusan : Ilmu Ekonomi dan Studi Pembangunan

Konsentrasi : Ekonomi Sumber Daya Manusia

Tanggal Persetujuan :

Pembimbing I,

Pembimbing II,

Dr. I Wayan Subagiarta, M.Si.

NIP. 196004121987021001

Fivien Muslihatinningsih, S.E., M.Si.

NIP. 198301162008122001

Mengetahui,  
Ketua Jurusan

Dr. Sebastiana Viphindartin, M.Kes

NIP. 196411081989022001

**PENGESAHAN**

**Judul Skripsi**

**DERTEMINAN MORTALITAS BAYI DI JAWA TIMUR**

**TAHUN 2011-2015**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Moh Yanuar Rifky

NIM : 140810101140

Jurusan : Ekonomi Pembangunan

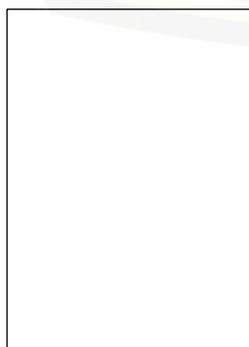
Telah dipertahankan di depan panitia penguji pada tanggal:

.....

Dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima sebagai kelengkapan guna memperoleh Gelar Sarjana Ekonomi pada Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Jember.

Susunan Panitia Penguji

1. Ketua : Prof. Dr. Mohammad saleh M.Sc. (.....)  
NIP. 195608311984031002
2. Sekretaris : Dra. Anifatul Hanim M.Si. (.....)  
NIP. 195607301991032001
3. Anggota : Dr. Moh. Adenan, M.M (.....)  
NIP. 196610311992031001



Mengetahui/ Menyetuju  
Universitas Jember  
Fakultas Ekonomi dan Bisnis  
Dekan

Dr. Muhammad Miqdad S.E., M.M., Ak.,CA.  
NIP. 19710727 1 99512 1 001

Determinan Mortalitas Bayi di Jawa Timur Tahun 2011-2015

Oleh: Moh Yanuar Rifky

Jurusan Ilmu Ekonomi Dan Studi Pembangunan, Fakultas Ekonomi Dan Bisnis,  
Universitas Jember

### ABSTRAK

Tercapainya pembangunan sumber daya manusia ditandai dengan tingginya kualitas hidup yang dicapai masyarakat. Salah satu standar yang ditetapkan untuk mengukur sejauh mana keberhasilan pembangunan manusia adalah Indeks Pembangunan Manusia (IPM). IPM dibentuk melalui pendekatan tiga dimensi yaitu lamanya hidup, pengetahuan, dan penghidupan yang layak. Angka Kematian Bayi (AKB) selalu menggambarkan kualitas pembangunan daerah karena sedikit banyaknya angka ini juga turut menyumbang perhitungan Umur Harapan Hidup (UHH) yang pada gilirannya juga berperan dalam perhitungan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) di wilayah tersebut. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui seberapa besar pengaruh Pemberian Asi, PDRB Per Kapita, dan Kemiskinan terhadap Kematian Bayi di Jawa Timur Tahun 2011-2015. Penelitian ini menggunakan metode analisis regresi data panel dengan model *Fixed Effect*. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa variabel Pemberian Asi dan PDRB Per Kapita berpengaruh negatif dan signifikan terhadap Kematian Bayi di Jawa Timur. Sedangkan variabel kemiskinan berpengaruh positif dan signifikan terhadap Kematian Bayi di Jawa Timur.

Kata Kunci : Kematian Bayi, Pemberian Asi, PDRB Per Kapita, Kemiskinan.

*Determinants of Infant Mortality in East Java Year 2011-2015*

**By: Moh Yanuar Rifky**

*Department of Economics and Development Studies, Faculty of Economics and  
Business, Jember University*

### **ABSTRACT**

*The achievement of human resource development is characterized by the high quality of life achieved by the community. One of the standards set to measure the extent to which successful human development is the Human Development Index (HDI). HDI is established through a three-dimensional approach that is the length of life, knowledge, and decent living. Infant Mortality Rate (IMR) always describes the quality of regional development because of the small number of these figures also contribute to the calculation of Life Expectancy Age (UHH) which in turn also plays a role in the calculation of Human Development Index (HDI) in the region. This study aims to determine how much influence of Giving Asi, Per Capita GDP, and Proverti to Baby Death in East Java Year 2011-2015. This research uses regression data panel method with Fixed Effect model. The results of this study indicate that the variable Asi Gives and Per Capita GDP have a negative and significant effect on Infant Mortality in East Java. Whereas proverti a positif and signifikan effect on Infant Mortality in East Java.*

*Keywords: Infant Death, Asi Giving, Per Capita GRDP and Proverti.*

## RINGKASAN

**Determinan Mortalitas Bayi di Jawa Timur Tahun 2011-2015;** Moh Yanuar Rifky; 140810101140; 2018; 1000 halaman; Jurusan Ilmu Ekonomi Dan Studi Pembangunan Fakultas Ekonomi Dan Bisnis Universitas Jember

Derajat kesehatan merupakan indikator penting untuk menggambarkan mutu pembangunan manusia suatu wilayah. Makin tinggi derajat kesehatan masyarakat diharapkan dapat meningkatkan produktifitas dan mampu mendukung dinamika pembangunan ekonomi suatu negara atau wilayah. Berkaitan dengan pembangunan kesehatan berbagai intervensi program telah dilakukan pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat khususnya pemberian kemudahan akses pelayanan publik bidang kesehatan, seperti puskesmas pusdu dll. Sasaran utamanya menurunkan tingkat angka kesakitan masyarakat, menurunkan angka kematian ibu menurunkan prevelensi gizi buruk serta kurang gizi, dan paling utama menurunkan angka kematian bayi, yang pada gilirannya akan meningkatkan angka harapan hidup.

Tercapainya pembangunan sumber daya manusia ditandai dengan tingginya kualitas hidup yang dicapai masyarakat. Salah satu standar yang ditetapkan untuk mengukur sejauh mana keberhasilan pembangunan manusia adalah Indeks Pembangunan Manusia (IPM). IPM dibentuk melalui pendekatan tiga dimensi yaitu lamanya hidup, pengetahuan, dan penghidupan yang layak.

Angka Kematian Bayi (AKB) selalu menggambarkan kualitas pembangunan daerah karena sedikit banyaknya angka ini juga turut menyumbang perhitungan Umur Harapan Hidup (UHH) yang pada gilirannya juga berperan dalam perhitungan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) di wilayah tersebut

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui seberapa besar pengaruh Pemberian Asi, PDRB Per Kapita, dan Kemiskinan terhadap Kematian Bayi di Jawa Timur Tahun 2011-2015. Penelitian ini menggunakan metode analisis regresi data panel dengan model *Fixed Effect*. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa variabel Pemberian Asi dan PDRB Per Kapita berpengaruh negatif dan signifikan terhadap Kematian Bayi di Jawa Timur. Sedangkan variabel kemiskinan berpengaruh positif dan signifikan terhadap Kematian Bayi di Jawa Timur.

## PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya, sholawat serta salam semoga tetap tercurah kepada baginda Rasulullah Muhammad SAW, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Determinan Mortalitas Bayi di Jawa Timur Tahun 2011-2015”. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) pada Jurusan Ilmu Ekonomi Dan Studi Pembangunan, Fakultas Ekonomi Dan Bisnis, Universitas Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati, penulis mengucapkan terimakasih kepada

1. Dosen pembimbing skripsi, Dr. I Wayan Subagiarta, M.Si. dan Fivien Muslihatinningsih, M.si atas kesabaran dan keikhlasannya membantu serta membimbing penulis untuk menyelesaikan skripsi ini dengan baik.
2. Bapak Dr. Muhammad Miqdad, S.E., M.M., Ak., CA. selaku Dekan Fakultas Ekonomi Dan Bisnis Universitas Jember
3. Ibu Dr. Sebastiana Viphindartin M.kes selaku Ketua Jurusan Ilmu Ekonomi dan Studi Pembangunan Fakultas Ekonomi Universitas Jember.
4. Dosen Pembimbing Akademik, Dr. Lilis Yuliaty, S.E, M.Si. yang telah memotivasi, membimbing, dan membantu penulis selama masa perkuliahan hingga berhasil menyelesaikan perkuliahan dengan baik.
5. Para dosen dan pegawai Departemen Ilmu Ekonomi Pembangunan yang telah memberikan pengajaran dan pelayanan terbaiknya selama penulis duduk di bangku kuliah.
6. Ibunda Siti Khotimatus Sakdiyah dan Ayahanda Suryono, atas do'a yang terpanjatkan tiada henti dalam sujud-sujud panjangnya untuk penulis, serta untuk limpahan dukungan dan kasih sayang yang tiada batas. Sebagai salah satu tanda bakti, hormat, dan rasa terima kasih yang tak terhingga, penulis persembahkan karya sederhana ini kepada keduanya.
7. Guru-Guru sejak Taman Kanak-Kanak hingga Perguruan Tinggi.
8. Almamater Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Jember
9. Teman-teman Ilmu Ekonomi Studi Pembangunan angkatan 2014.
10. Teman-teman KKN Desa Jumpong.

11. Abdul Muiz dan Seluruh Santri Pondok Pesantren Al Azhar yang selalu memberikan semangat dan menemani penulis untuk menyelesaikan skripsi ini.
12. Semua pihak yang telah membantu penulis baik secara langsung maupun tidak untuk menyelesaikan skripsi ini.

Akhir kata tak ada gading yang tak retak, penulis menyadari atas kekurangan dalam penyusunan skripsi. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun penulis harapkan bagi penyempurnaan tugas akhir ini. Penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat dan menambah pengetahuan bagi pembaca, dan bagi penulis karya tulis selanjutnya.

Jember, 03 Mei 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	ii
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	iii
<b>HALAMAN MOTO</b> .....	iv
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	v
<b>HALAMAN PEMBIMBING</b> .....	vi
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	vii
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	viii
<b>ABSTRAK</b> .....	ix
<b>ABSTRACT</b> .....	x
<b>RINGKASAN</b> .....	xi
<b>PRAKATA</b> .....	xii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	xiv
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xv
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xvi
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xvii
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b>	
<b>1.1 Latar Belakang</b> .....	1
<b>1.2 Rumusan Masalah</b> .....	4
<b>1.3 Tujuan Penelitian</b> .....	4
<b>1.4 Manfaat Penelitian</b> .....	5
<b>BAB 2. PEMBAHASAN</b>	
<b>2.1 landasan Teori</b> .....	6
2.1.1 Pemberian Asi.....	6
2.1.3 Pendapatan Nasional.....	9
2.1.4 Kemiskinan.....	11

<b>2.2 Tinjauan penelitian Terdahulu</b> .....	13
<b>2.3 kerangka Konseptual</b> .....	19
<b>2.4 Hipotesis</b> .....	21

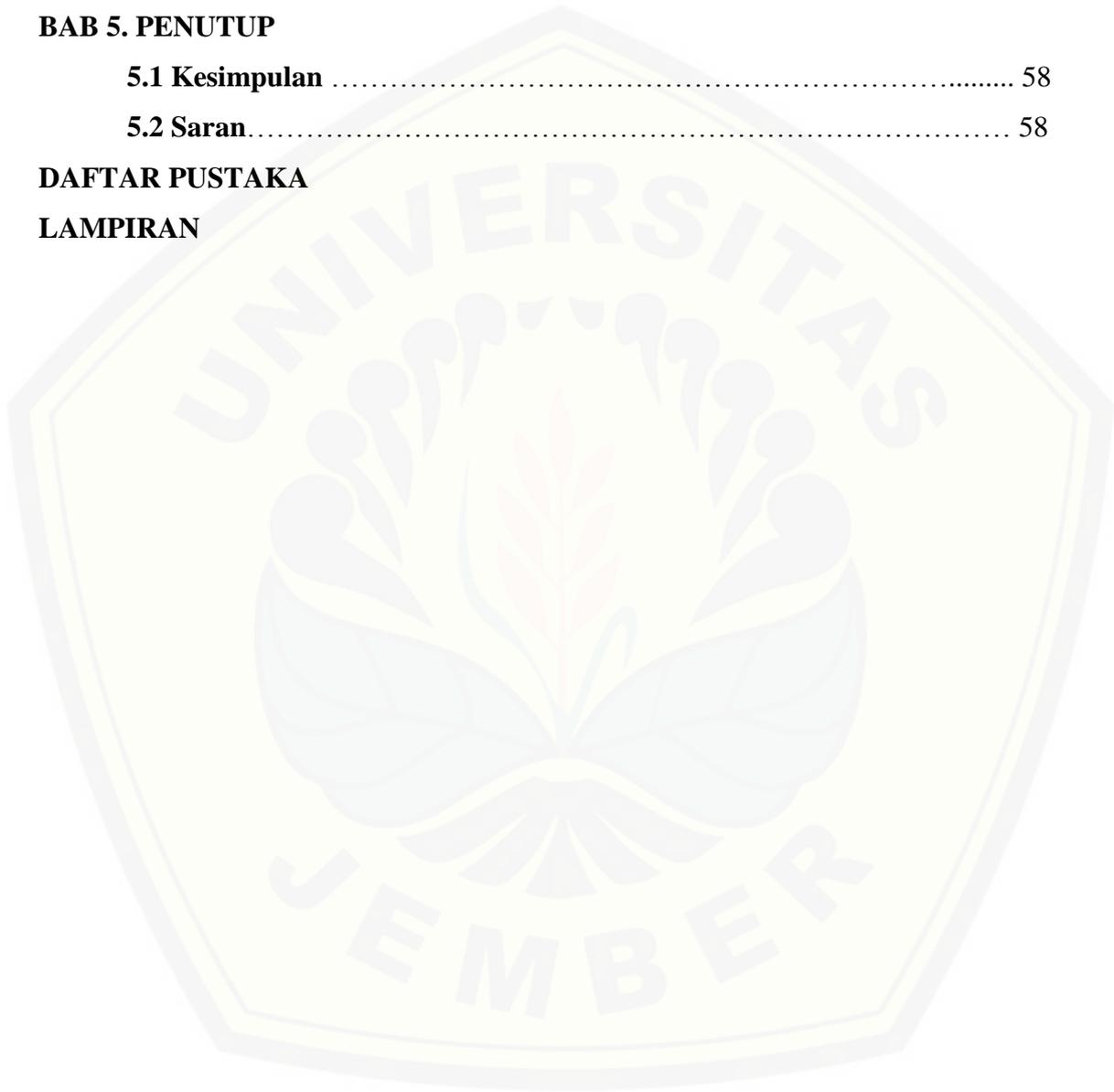
**BAB 3. METODELOGI PENELITIAN**

<b>3.1 Pendekatan Penelitian</b> .....	22
<b>3.2 Jenis Penelitian</b> .....	22
<b>3.3 Jenis dan Sumber Data</b> .....	22
<b>3.4 Unit Analisis</b> .....	23
<b>3.5 Analisis Data</b> .....	23
3.5.1 Pengujian Pemilihan Model Pengolahan Data Panel.....	25
3.5.2 Uji Statistik.....	26
3.5.3 Uji Asumsi Klasik.....	29
<b>3.4 Definisi Operasional</b> .....	31

**BAB 4. HASIL DA PEMBAHASAN**

<b>4.1 Gambaran Umum Daerah Penelitian</b> .....	34
4.1.1 Keadaan Geografis dan Atministrasi.....	34
4.1.2 Kependudukan.....	35
4.1.3 Topografi.....	35
4.1.4 Iklim.....	36
4.1.5 Hidrografi.....	36
<b>4.2 Gambaran Umum Variabel Penelitian</b> .....	36
4.2.1 Angka Kematian Bayi.....	36
4.2.2 Pemberian Asi.....	38
4.2.3 PDRB Per Kapita.....	40
4.2.4 Kemiskinan.....	40
<b>4.3 Uji Kesesuaian Model</b> .....	42
4. 3. 1 Hasil Analisis Data Panel Menggunakan <i>fixed effect</i> .....	44
4. 3. 2 Uji Statistik.....	46
4. 3. 3 Uji Asumsi Klasik.....	49

<b>4.4 Pembahasan</b> .....	52
4. 4. 1 Pengaruh Pemberian Asi terhadap Kematian Bayi .....	53
4. 4. 2 Pengaruh PDRB per kapita terhadap Kematian Bayi.....	54
4. 4. 3 Pengaruh Kemiskinan terhadap Kematian Bayi.....	55
<b>BAB 5. PENUTUP</b>	
<b>5.1 Kesimpulan</b> .....	58
<b>5.2 Saran</b> .....	58
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	



**DAFTAR TABEL**

<b>Tabel</b>	<b>Halaman</b>
1.1 Angka Kematian Bayi (AKB) di Jawa Timur Tahun 2011-2015.....	3
2.1 Penelitian Terdahulu.....	15
4.1 Jumlah Rumah Sakit Berdasarkan Kepemilikan Jawa Timur Tahun 2015.....	38
4.2 Hasil pengujian Chow.....	40
4.3 Hasil pengujian Hausman.....	40
4.4 Hasil Analisis Menggunakan <i>fixed effect</i> .....	41
4.5 Hasil Uji Signifikansi Simultan (Uji F).....	43
4.6 Hasil Uji t.....	44
4.7 Hasil Uji Koefisien Determinasi $R^2$ .....	45
4.8 Hasil Uji Multikolinearitas.....	47
4.9 Hasil Uji Heteroskedastisitas .....	48

**DAFTAR GAMBAR**

<b>Gambar</b>	<b>Halaman</b>
1.1 Diagram faktor-faktor yang mempengaruhi kelangsungan hidup bayi model mosley dan chen.....	7
1.2 Lingkaran Kemiskinan Baldwin dan Meier.....	12
1.3 Lingkaran Kemiskinan yang tidak berujung pangkal dari Nurkse.....	13
2.1. Kerangka Konseptual Penelitian.....	17
4.1 Peta Administrasi Provinsi Jawa Timur.....	30
4.2 Angka Kematian Bayi (AKB) per 1000 Kelahiran Hidup di Jawa Timur, 2009 – 2014.....	33
4.3 Rata – rata Lamnya Bayi Usia 0-1 Tahun Mendapatkan Asi saja di Jawa Timur, 2013-2015.....	35
4.4 PDRB per kapita Jawa Timur, 2011-2015 (juta rupiah).....	36
4.6 Hasil Uji Normalitas.....	46

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
A. Data Angka Kematian Bayi, Gizi Bayi (Pemberian Asi), PDRB Per Kapita, dan Fasilitas Kesehatan.....	62
B. Hasil Pengujian Chow.....	67
C. Hasil Pengujian Hausman.....	68
D. Hasil Regresi Data Panel Menggunakan <i>Fixed Effect</i> .....	69
E. Hasil Uji Normalitas.....	70
F. Hasil Uji Multikolinearitas.....	70
G. Hasil Uji Heterokedastisitas.....	71



## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Tercapainya pembangunan sumber daya manusia ditandai dengan tingginya kualitas hidup yang dicapai masyarakat. Salah satu standar yang ditetapkan untuk mengukur sejauh mana keberhasilan pembangunan manusia adalah Indeks Pembangunan Manusia (IPM). IPM dibentuk melalui pendekatan tiga dimensi yaitu lamanya hidup, pengetahuan, dan penghidupan yang layak (BPS, 2013).

Derajat kesehatan merupakan indikator penting untuk menggambarkan mutu pembangunan manusia suatu wilayah. Makin tinggi derajat kesehatan masyarakat diharapkan dapat meningkatkan produktifitas dan mampu mendukung dinamika pembangunan ekonomi suatu negara atau wilayah. Berkaitan dengan prembangunan kesehatan berbagai intervensi program telah dilakukan pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat khususnya pemberian kemudahan akses pelayanan publik bidang kesehatan, seperti puskesmas pustu dll. Sasaran utamanya menurunkan tingkat angka kesakitan masyarakat, menurunkan angka kematian ibu menurunkan prevelensi gizi buruk serta kurang gizi, dan paling utama menurunkan angka kematian bayi, yang pada gilirannya akan meningkatkan angka harapan hidup (BPS, 2017).

Angka Kematian Bayi (AKB) selalu menggambarkan kualitas pembangunan daerah karena sedikit banyaknya angka ini juga turut menyumbang perhitungan Umur Harapan Hidup (UHH) yang pada gilirannya juga berperan dalam perhitungan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) di wilayah tersebut. Angka Kematian Bayi (AKB) adalah jumlah kematian bayi dalam usia 28 hari pertama kehidupan per 1000 kelahiran hidup (Abdiana, 2015).

Dari sisi penyebabnya, kematian bayi ada dua macam yaitu endogen dan eksogen. Kematian bayi endogen atau kematian neonatal disebabkan oleh faktor-faktor yang dibawa anak sejak lahir, yang diperoleh dari orang tuanya pada saat konsepsi. Pendapat Saifuddin, kematian bayi yang dibawa oleh bayi sejak lahir adalah asfiksia. Sedangkan kematian bayi eksogen atau kematian *post-neonatal*

disebabkan oleh faktor-faktor yang bertalian dengan pengaruh lingkungan luar (Abdiana, 2015).

Kematian bayi dapat pula diakibatkan dari kurangnya kesadaran akan kesehatan ibu. Banyak faktor yang mempengaruhinya, seperti, Ibu jarang memeriksakan kandungannya ke bidan, hamil diusia muda, jarak yang terlalu sempit, hamil diusia tua, kurangnya asupan gizi bagi ibu dan bayinya, makanan yang dikonsumsi ibu tidak bersih, fasilitas sanitasi, dan higienitas yang tidak memadai. Disamping itu, kondisi ibu saat hamil yang tidak bagus dan sehat, juga dapat berakibat pada kandungannya, seperti faktor fisik, faktor psikologis, faktor lingkungan, sosial, dan budaya. Target kematian balita tahun 2015 adalah 32 per 1000 kelahiran hidup, dan bayi 23 per 1.000 kelahiran hidup. Angka kematian bayi hasil SDKI 2012 adalah 32 kematian per 1.000 kelahiran hidup dan kematian balita adalah 40 kematian per 1.000 kelahiran hidup. Sama dengan pola SDKI 2007, lebih dari tiga perempat dari semua kematian balita terjadi dalam tahun pertama kehidupan anak dan mayoritas kematian bayi terjadi pada periode neonatus (Abdiana, 2015).

Departemen kesehatan tahun 1990 menempatkan angka kematian bayi sebagai indikator umum status kesehatan nasional terhadap kemajuan suatu bangsa. WHO juga menggunakan angka kematian bayi untuk melihat kemajuan kesehatan suatu bangsa. WHO menyatakan bahwa setiap wanita yang melangsungkan perkawinan muda kemudian mengalami kehamilan di usia muda memiliki resiko kematian ibu saat melahirkan. Hal ini disebabkan karena tubuh sang ibu tidak siap untuk proses mengandung dan melahirkan.

Provinsi Jawa Timur merupakan salah satu Provinsi yang terletak di Pulau Jawa yang potensial sumber daya alam dan sumber daya manusia. Pertumbuhan ekonomi Jawa Timur cukup signifikan setiap tahunnya. Data Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) Jawa Timur sepanjang tahun 2011-2015 terus mengalami peningkatan. PDRB pada tahun 2011 sebesar Rp. 1.124.464,64 miliar, tahun 2012 sebesar Rp. 1.192.789,8 miliar, tahun 2013 sebesar Rp. 1.262.684,5 miliar, tahun 2014 sebesar 1331394,99 miliar, dan tahun 2015 sebesar 1.405.236,11 miliar. Menariknya pertumbuhan ekonomi di Jawa Timur tidak diiringi oleh peningkatan

Indeks Pembangunan Manusia secara signifikan. IPM Jawa Timur dibandingkan provinsi lain di Pulau Jawa angkanya termasuk paling rendah, bahkan jika dibandingkan dengan angka rata-rata nasional (Indonesia) IPM Jawa Timur masih lebih rendah (BPS Nasional, 2015). Menjadi menarik lagi ketika Jawa Timur dikenal sebagai pusat kawasan Timur Indonesia dengan pertumbuhan yang signifikan justru memiliki AKB yang masih cukup tinggi.

Tabel 1.1 Angka Kematian Bayi (AKB) di Jawa Timur Tahun 2011-2015

Tahun	IMR
2011	29,24
2012	25,50
2013	24,00
2014	24,50
2015	24,00

(Sumber: BPS Provinsi Jawa Timur Tahun 2015)

Berdasarkan Tabel 1.1 diketahui bahwa Angka Kematian Bayi Jawa Timur sepanjang tahun 2011-2015 terus mengalami penurunan. Hingga pada tahun 2015, AKB turun menjadi 24,00 yang berarti pada tahun 2015 tersebut di Jawa Timur terdapat 24,00 bayi meninggal tiap 1000 kelahiran. Penurunan Angka Kematian Bayi di Provinsi ini antara lain disebabkan oleh pertumbuhan ekonomi, peningkatan fasilitas dan pelayanan kesehatan, hingga keberhasilan kebijakan pemerintah untuk menekan angka kematian bayi.

Salah satu faktor yang secara langsung dapat mempengaruhi kondisi kesehatan bayi adalah makanan yang diberikan. Pemberian gizi pada bayi dapat menjaga kesehatan dan ketahanan tubuh bayi. pemberian ASI menurut konsep kesehatan moderen ataupun medis dianjurkan selama 2 (dua) tahun dan pemberian makanan tambahan berupa makanan padat sesudah sebaiknya dimulai bayi berumur 4 tahun. Walaupun pada masyarakat tradisional pemberian ASI bukan merupakan permasalahan yang besar karena pada umumnya ibu memberikan bayinya ASI, namun yang menjadi permasalahan adalah pola pemberian ASI yang tidak sesuai dengan konsep medis sehingga menimbulkan dampak negatif pada kesehatan dan pertumbuhan bayi.

PDRB per kapita yang semakin rendah dan kurang memberikan kemampuan pada penyerapan tenaga kerja, maka dapat menyebabkan banyaknya pengangguran, sehingga pendapatan keluarga kurang untuk memenuhi kebutuhan hidup keluarganya, maka akan meningkatkan kematian bayi.

Begitu juga dengan kemiskinan, Menurut kuzmet bahwa pertumbuhan dan kemiskinan memiliki hubungan yang erat. Karena dalam perkembangannya tingkat kemiskinan di tingkat awal sangat meningkat dan di akhir pembangunan kemiskinan cenderung menurunkan jumlah orang miskin secara bertahap (Kumalassari, 2011). Kemiskinan yang terjadi dimasyarakat menjadi penyebab utama dalam meningkatkan kematian bayi.

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas, sehingga peneliti tertarik untuk mengadakan penelitian, dalam tema skripsi yang berjudul *“Determinan Mortalitas Bayi di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011-2015”*.

### **1. 2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas, maka dapat merumuskan masalah dalam penelitian ini yaitu:

1. Seberapa besar pengaruh pemberian asi terhadap Angka Kematian Bayi (AKB) Jawa Timur tahun 2011-2015.
2. Seberapa besar pengaruh PDRB per kapita terhadap Angka Kematian Bayi (AKB) Jawa Timur tahun 2011-2015.
3. Seberapa besar pengaruh kemiskinan terhadap Angka Kematian Bayi (AKB) Jawa Timur tahun 2011-2015.

### **1. 3 Tujuan Penelitian**

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas, maka tujuan penelitian dalam penelitian ini adalah:

1. Mengetahui besarnya pengaruh pemberian asi terhadap Angka Kematian Bayi (AKB) Jawa Timur tahun 2011-2015.

2. Mengetahui besarnya pengaruh PDRB per kapita terhadap Angka Kematian Bayi (AKB) Jawa Timur tahun 2011-2015.
3. Mengetahui besarnya kemiskinan terhadap Angka Kematian Bayi (AKB) Jawa Timur tahun 2011-2015.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

Penelitian ini mempunyai manfaat akademik dan manfaat praktis:

1. Secara akademik manfaat penelitian ini adalah memberikan sumbangan pengetahuan lebih mendalam mengenai determinan kematian bayi.
2. Secara praktis penelitian ini dapat berguna bagi Pemerintah Daerah sebagai bahan masukan dan acuan dalam pengambilan kebijakan dalam rangka menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB) di Jawa Timur.
3. Bagi Pemerintah Pusat dapat menjadi sumber informasi dalam memantau Angka Kematian Bayi (AKB) di Provinsi Jawa Timur.

## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Landasan Teori

#### 2.1.1 Pemberian Asi

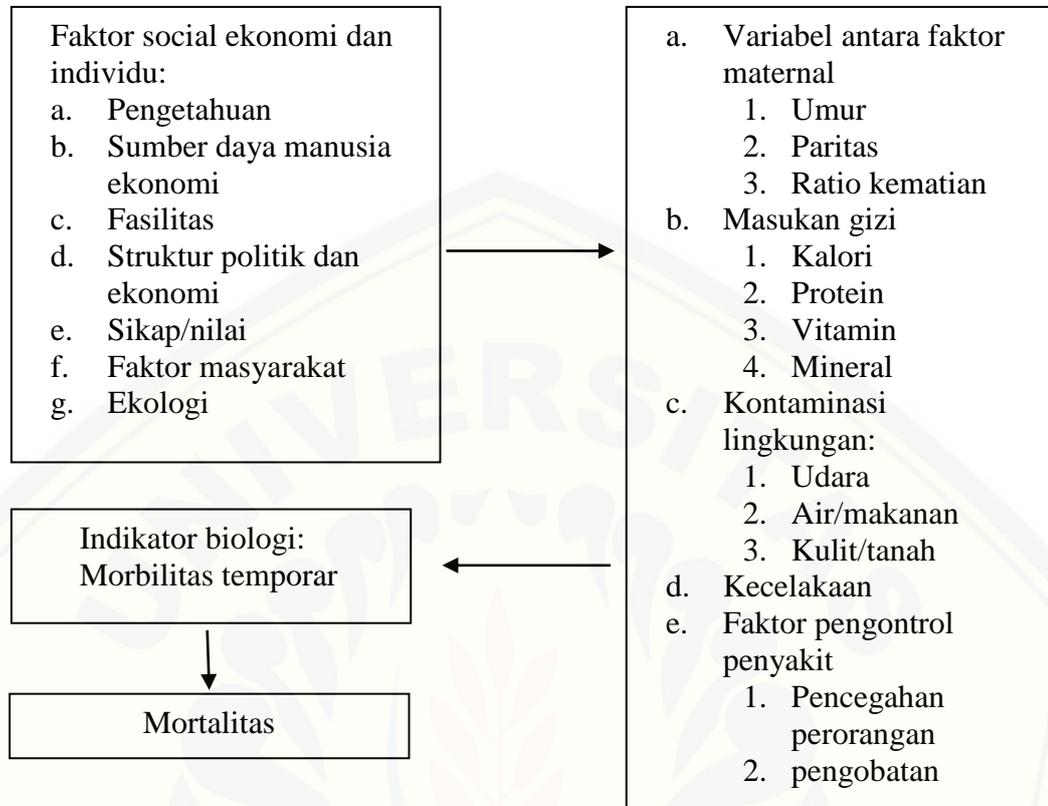
##### 1. Teori Mosley dan Chen

Mortalitas atau kematian merupakan gabungan dari kelahiran dan migrasi dari demografi yang dapat mempengaruhi struktur jumlah penduduk dan komposisinya. Mortalitas bersifat mengurangi jumlah penduduk, sebaliknya fertilitas bersifat menambah jumlah penduduk. Definisi mati dalam demografi adalah peristiwa menghilangnya tanda-tanda kehidupan secara permanen, yang bisa terjadi setiap saat kelahiran hidup. Keadaan "mati" hanya bisa terjadi kalau sudah terjadi kelahiran hidup. Dengan kata lain, mati tidak pernah ada kalau tidak ada kehidupan (Wulandari, 2007).

Tingkat kematian (mortality rate) dapat dibedakan dalam berbagai kelompok, yaitu: tingkat kematian penduduk menurut umur, tingkat kematian menurut jenis kelamin, dan tingkat kematian penduduk menurut keadaan sosial ekonominya. Kematian bayi didefinisikan sebagai jumlah kematian bayi yang berumur dibawah satu tahun yang tercatat didalam satu tahun tertentu per 1.000 kelahiran hidup. Kematian bayi dapat diukur dengan cara membagi jumlah kematian bayi dengan bayi yang lahir hidup yang terjadi selama satu tahun tertentu (Wulandari, 2007). Kematian bayi adalah kematian yang terjadi sebelum bayi mencapai ulang tahun yang pertama per 1000 kelahiran hidup (Departemen Kesehatan, 2008).

Mosley dan Chen (1985) dalam studinya tentang kelangsungan hidup anak di Nusa Tenggara Barat (NTB). Menggambarkan sebuah model yaitu hubungan antara variabel sosial ekonomi, variabel antara kesehatan dan kematian bayi. Model tersebut dikemukakan bertujuan untuk menggambarkan suatu pendekatan yang nantinya dapat menyatukan variabel-variabel sosial ekonomi dan biologis.

## Model Mosley dan Chen



Gambar 1.1 Diagram faktor-faktor yang mempengaruhi kelangsungan hidup bayi model mosley dan chen (Sumber: W.H Moesley, *social determinan of infant and child mortality the population council*, 1985, 1985,P,32. dalam Ardianti,2015).

Para ahli ilmu sosial dan kedokteran dapat menggunakan Model ini. Model Mosley terdiri atas empat variabel yaitu 1). Variabel sosial ekonomi 2). Variabel antara 3). Indikasi biologi 4). Variabel tidak bebas yang berupa kematian.

Pemberian gizi yang cukup serta perilaku hidup sehat dalam lingkungan yang sehat pula sangat penting bagi kesehatan dan pertumbuhan pada masa balita, karena pada masa ini anak sangat rentan dalam masalah kesehatan dan kekurangan gizi. Disisi lain masa balita merupakan masa pertumbuhan anak dan juga sering disebut sebagai masa keemasan, sehingga jika terjadi gangguan kesehatan akan berpengaruh terhadap masa tumbuh kembangnya. Beberapa

indikator kesehatan balita yang dikumpulkan dalam Susenas antara lain penolong kelahiran serta pemberian ASI dan imunisasi (BPS, 2017)

Pada beberapa masyarakat tradisional di Indonesia kita bisa melihat konsepsi budaya yang terwujud dalam perilaku berkaitan dengan pola pemberian makan pada bayi yang berbeda, dengan konsepsi kesehatan modern. Sebagai contoh, pemberian ASI menurut konsep kesehatan moderen ataupun medis dianjurkan selama 2 (dua) tahun dan pemberian makanan tambahan berupa makanan padat sesudah sebaiknya dimulai bayi berumur 4 tahun. Walaupun pada masyarakat tradisional pemberian ASI bukan merupakan permasalahan yang besar karena pada umumnya ibu memberikan bayinya ASI, namun yang menjadi permasalahan adalah pola pemberian ASI yang tidak sesuai dengan konsep medis sehingga menimbulkan dampak negatif pada kesehatan dan pertumbuhan bayi (Mas, 2004)

Disamping pola pemberian yang salah, kualitas ASI juga kurang. ini disebabkan banyaknya pantangan terhadap makanan yang dikonsumsi si ibu pada saat hamil maupun sesudah melahirkan. Sebagai contoh, pada masyarakat Kerinci ibu yang sedang menyusui pantang untuk mengkonsumsi bayam, ikan laut atau sayur nangka. Dibeberapa daerah ada yang memantangkan ibu yang menyusui untuk memakan telur.

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Linda T. Mas dapat disimpulkan dan disarankan sebagai berikut:

1. Ketahanan hidup bayi yang pernah mendapat ASI adalah 984 per 1000. Sedangkan ketahanan hidup yang tidak mendapat ASI hanyalah 455 per 1000.
2. Durasi pemberian ASI sangat berpengaruh terhadap ketahanan hidup bayi di Indonesia, pemberian ASI dengan durasi 4-5 bulan dapat meningkatkan ketahanan hidup bayi 2,6 kali lebih baik daripada durasi kurang dari 4 bulan, pemberian ASI dengan durasi 6 bulan atau lebih dapat meningkatkan ketahanan hidup bayi 33,3 kali lebih baik daripada durasi kurang dari 4 bulan.
3. Faktor lain yang mempengaruhi ketahanan hidup bayi di Indonesia adalah jumlah balita dalam keluarga dan wilayah tempat tinggal. Ketahanan hidup bayi lebih tinggi jika dalam satu keluarga hanya ada satu balita. Ketahanan

hidup bayi di perkotaan lebih tinggi daripada ketahanan hidup bayi di pedesaan.

4. Untuk meningkatkan kelangsungan hidup bayi, maka kebijakan untuk memberikan ASI eksklusif hendaknya didukung oleh semua pihak dan diharapkan setiap bayi mendapat ASI paling tidak sampai usia 6 bulan atau bahkan sampai usia 2 tahun.
5. Perlu dilakukan kajian lebih mendalam tentang jarak melahirkan akurat sehingga memberikan kontribusi tidak hanya bagi kelangsungan hidup ibu tetapi juga bagi kelangsungan hidup bayinya.

#### 2.1.2 Pendapatan Nasional

Salah satu indikator penting untuk mengetahui kondisi ekonomi di suatu wilayah/regional dalam suatu periode tertentu adalah data Produk Domestik Regional Bruto (PDRB), baik atas dasar harga berlaku maupun atas dasar harga konstan. PDRB pada dasarnya merupakan jumlah nilai tambah yang dihasilkan oleh seluruh unit usaha dalam suatu negara tertentu, atau merupakan jumlah nilai barang dan jasa akhir yang dihasilkan oleh seluruh unit ekonomi (BPS, 2017)

Pendapatan pada masyarakat dapat digolongkan menjadi 3, yaitu (Taviani, 2015)

1. Pendapatan pokok, yaitu hasil yang didapat dari pekerjaan pokoknya;
2. Pendapatan tambahan, yaitu hasil yang didapat dari pekerjaan namun diluar kerja pokok (kerja tambahan);
3. Pendapatan lain-lain, yaitu hasil yang didapat diluar pendapatannya.  
Domestik Regional Bruto riilnya.

Terdapat tiga pendekatan yang biasanya digunakan dalam menghitung angka-angka PDRB, yaitu:

##### 1. Menurut Pendekatan Produksi

Menurut pendekatan ini, PDRB adalah jumlah nilai tambah atas barang dan jasa yang dihasilkan oleh berbagai unit produksi di wilayah suatu negara dalam jangka waktu tertentu (biasanya satu tahun).

## 2. Menurut Pendekatan Pendapatan

PDRB menurut pendekatan ini merupakan jumlah balas jasa yang diterima oleh faktor-faktor produksi yang ikut serta dalam proses produksi di suatu negara dalam jangka waktu tertentu (biasanya satu tahun). Balas jasa faktor produksi yang dimaksud adalah upah dan gaji, sewa tanah, bunga modal dan keuntungan, semuanya sebelum dipotong pajak penghasilan dan pajak langsung lainnya. Dalam definisi ini, PDRB mencakup juga penyusutan dan pajak tidak langsung neto (pajak atas produksi dan impor dikurangi subsidi).

## 3. Menurut Pendekatan Pengeluaran

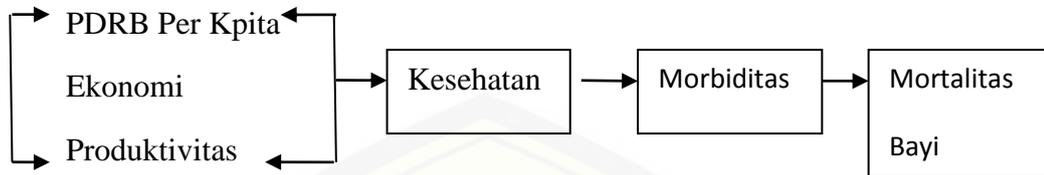
PDRB adalah semua komponen permintaan akhir yang terdiri dari:

- a. pengeluaran konsumsi akhir rumah tangga.
- b. pengeluaran konsumsi akhir lembaga non profit yang melayani rumah tangga.
- c. pengeluaran konsumsi akhir pemerintah.
- d. pembentukan modal tetap domestikbruto.
- e. perubahan inventori.
- f. ekspor neto (ekspor dikurangi impor).

Secara konsep ketiga pendekatan tersebut akan menghasilkan angka yang sama. Jadi, jumlah pengeluaran akan sama dengan jumlah barang dan jasa akhir yang dihasilkan dan harus sama pula dengan jumlah pendapatan untuk faktor-faktor produksi. PDRB yang dihasilkan dengan cara ini disebut sebagai PDRB atas dasar hargapasar, karena di dalamnya sudah dicakup pajak tak langsung neto.

Perkembangan PDRB Per Kapita akan membawa dampak pada perputaran ekonomi disuatu wilayah yang berimbas pada masyarakat. Dalam hal ini, kesejahteraan masyarakat. Factor sosial ekonomi merupakan perndukung untuk mencapai kesejahteraan masyarkat. Kematian bayi yang merupakan salah satu indikator kesejahteraan masyarakat yang baik, maka jelas dapat dikatakan bahwa penurunan angka kematian bayi akan sejalan dengan peningkatan kesejahteraan

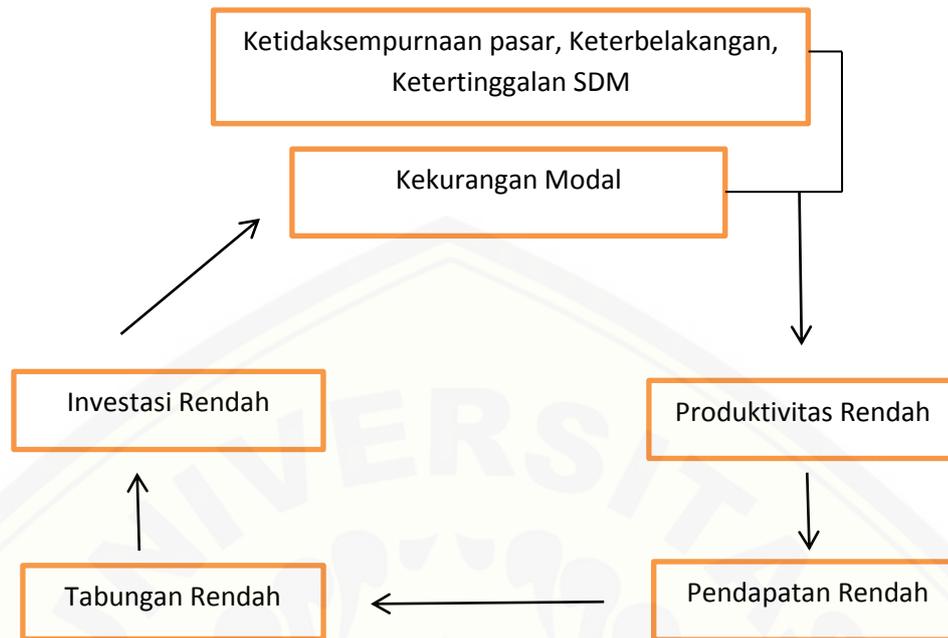
keluarga dan masyarakat. Hubungan antara ekonomi dengan mortalitas dapat ditunjukkan dengan diagram dibawah ini (Ananta, 1993:37)



### 2.1.3. Kemiskinan

#### 1. Teori Lingkaran Kemiskinan

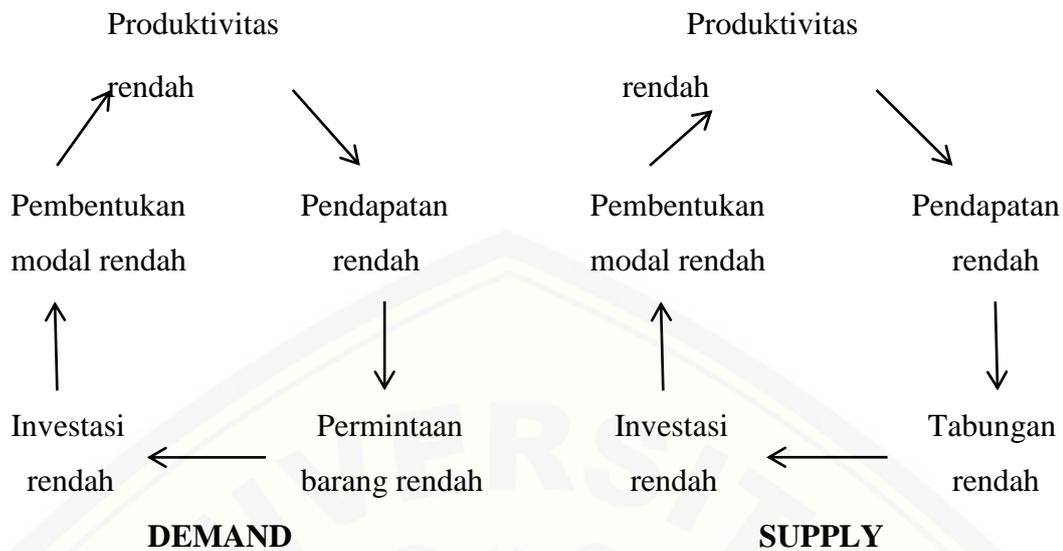
Lingkaran kemiskinan adalah suatu lingkaran suatu rangkaian yang saling mempengaruhi satu sama lain secara sedemikian rupa, sehingga menimbulkan suatu keadaan dimana suatu negara akan tetap miskin dan akan banyak mengalami kesukaran untuk mencapai tingkat pembangunan yang lebih baik. Adanya keterbelakangan, ketidak sempurnaan pasar, dan kurangnya modal menyebabkan rendahnya pendapatan yang diterima. Rendahnya tingkat pendapatan akan berimplikasi pada rendahnya tabungan dan investasi, baik investasi manusia maupun investasi kapital. Rendahnya investasi berakibat pada keterbelakangan dan seterusnya. Logika berpikir ini dikemukakan oleh Ragnar Nurkse 1953, yang mengatakan “*a poor country is a poor because it is poor*” (negara miskin itu miskin karena dia miskin) (Mudrajat, 1997). Gambaran lingkaran kemiskinan dijelaskan dalam gambar 1.2.



**Gambar 1. 2 Lingkaran Kemiskinan Baldwin dan Meier**

Sumber : Mudrajat Kuncoro, 1997

Menurut Nurkse terdapat dua lingkaran perangkap kemiskinan, yaitu dari segi penawaran (*supply*) dan segi permintaan (*demand*). Dari segi penawaran dimana tingkat pendapatan masyarakat yang rendah akibat dari tingkat produktivitas yang rendah menyebabkan kemampuan masyarakat untuk menabung rendah. Kemampuan menabung yang rendah, menyebabkan tingkat modal yang rendah, tingkat pembentukan modal (investasi) yang rendah menyebabkan kekurangan modal dengan demikian tingkat produktivitasnya juga rendah dan seterusnya. Dari segi permintaan, di negara – negara yang miskin perangsang untuk menanamkan modal adalah sangat rendah, karena luas pasar untuk berbagai jenis barang adanya terbatas, hal ini disebabkan oleh karena pendapatan masyarakat sangat rendah. Pendapatan masyarakat sangat rendah karena tingkat produktivitas rendah, hal tersebut sebagai wujud dari tingkatan pembentukan modal yang terbatas di masa lalu. Pembentukan modal yang terbatas disebabkan kekurangan perangsang untuk menanamkan modal dan seterusnya (Suryana, 2000). Gambaran lingkaran kemiskinan yang tidak berujung pangkal dari Nurkse dijelaskan dalam gambar 1.3.



**Gambar 1. 3 Lingkaran Kemiskinan yang tidak berujung pangkal dari Nurkse**

Sumber : Suryana, 2000

## 2. Konsep dan Definisi Kemiskinan

Kemiskinan merupakan permasalahan serius yang tengah dihadapi oleh berbagai Negara di dunia. Kemiskinan merupakan masalah yang disebabkan oleh banyak aspek, tidak hanya aspek ekonomi melainkan dari aspek non ekonomi seperti aspek sosial, aspek budaya, aspek politik, dan lain sebagainya. Sehingga bisa masalah kemiskinan dapat di kategorikan sebagai masalah yang multidimensional. Mengenai penanganan kemiskinan tidak bisa hanya ditangani dalam jangka pendek saja melainkan membutuhkan penanganan yang memperhatikan aspek lainnya agar desain kebijakan yang dibuat dapat sesuai dengan keadaan kemiskinan dan dapat menanggulangi masalah kemiskinan secara efektif dan tepat sasaran.

Dalam melangsungkan kehidupan seseorang memiliki kebutuhan dasar yang harus dipenuhi berupa sandang, pangan, dan papan. Setelah kebutuhan mendasar tersebut terdapat kebutuhan yang tidak kalah pentingnya yaitu kesehatan dan pendidikan. Apabila kebutuhan dasar tersebut tidak dapat terpenuhi maka bisa dikatakan orang tersebut dikategorikan sebagai orang miskin atau belum sejahtera, karena kesejahteraan berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan seseorang. Menurut

Badan Pusat Statistik (2017), penduduk miskin adalah penduduk yang rata - rata memiliki pengeluaran perkapita perbulan dibawah garis kemiskinan. Sedangkan garis kemiskinan merupakan hasil pejumlahan dari garis kemiskinan makanan dan garis kemiskinan non makanan. Definisi dari garis kemiskinan makanan yaitu jumlah nilai dari pengeluaran 52 komoditi dasar makanan yang secara nyata dikonsumsi oleh penduduk (disetarakan dengan 2100 kilo kalori) perkapitanya perhari, sedangkan definisi dari garis kemiskinan non makanan yaitu penjumlahan nilai kebutuhan minimum dari komoditi – komoditi selain makanan meliputi perumahan, sandang, pendidikan, dan kesehatan. Komoditi kebutuhan dasar non makanan diwakili oleh 51 jenis komoditi di wilayah perkotaan dan 47 jenis komoditi di wilayah pedesaan.

Menurut Suryawati (2005), kemiskinan di klasifikasikan menjadi 4 yaitu:

1. Kemiskinan Absolut: masyarakat dikategorikan miskin apabila mereka tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar yang berupa kebutuhan makanan, pakaian, kesehatan dan pendidikannya, yang diukur dalam suatu garis kemiskinan, jika pendapatan yang diperoleh masyarakat dibawah standar garis kemiskinan yang telah ditetapkan maka masyarakat dikategorikan hidup dalam kondisi kemiskinan.
2. Kemiskinan Relatif: masyarakat dikategorikan miskin meskipun pendapatan yang diperoleh sudah dapat digunakan untuk mencukupi kebutuhannya namun jumlah pendapatan tersebut masih dibawah jumlah pendapatan orang – orang yang berada disekitarnya, sehingga kondisi tersebut akan berdampak pada terjadinya gap atau ketimpangan distribusi pendapatan.
3. Kemiskinan Kuktural: kemiskinan kuktural berkaitan dengan aspek budaya dalam masyarakat, masyarakat miskin dapat disebabkan oleh budaya yang diterapkan. Misalkan tidak mau merubah nasib untuk menjadi lebih baik, sikap konsumtif, sikap malas, tidak produktif dan hanya bergantung pada orang lain sehingga dapat memicu atau menyebabkan terjadinya masalah kemiskinan

4. Kemiskinan Struktural: kemiskinan yang faktor penyebabnya berasal dari perubahan struktur ekonomi dalam suatu Negara, masyarakat yang masih belum siap menghadapi perubahan atau transformasi di bidang ekonomi maka mereka akan tertinggal dengan mereka – mereka yang sudah siap, kondisi tersebut dapat menyebabkan kemiskinan. Bisa juga dikategorikan sebagai kemiskinan yang disebabkan karena kurangnya akses terhadap sumber daya baik dalam bidang sosial, budaya, maupun politik. Kurangnya *update* informasi sehingga masyarakat tidak memahami adanya transformasi dan bisa mengurangi mobilitas yang nantinya berdampak menyebabkan kemiskinan. Menurut Sumodiningrat (1998:27) mengatakan bahwa munculnya kemiskinan struktural disebabkan karena berupaya untuk menanggulangi kemiskinan natural, yaitu dengan direncanakan atau mendesain berbagai macam kebijakan. Namun, karena pelaksanaannya tidak seimbang, kepemilikan sumber daya yang tidak merata kesempatan kerja yang tidak merata menyebabkan keikutsertaan masyarakat menjadi tidak merata pula, sehingga menimbulkan struktur masyarakat yang timpang.

Menurut kuzmet bahwa pertumbuhan dan kemiskinan memiliki hubungan yang erat. Karena dalam perkembangannya tingkat kemiskinan di tingkat awal sangat meningkat dan di akhir pembangunan kemiskinan cenderung menurunkan jumlah orang miskin secara bertahap (Kumalassari, 2011). Kemiskinan yang terjadi dimasyarakat menjadi penyebab utama dalam meningkatkan kematian bayi.

## 2.2 Tinjauan Penelitian Terdahulu

Penelitian terdahulu merupakan pendukung dari landasan teori yang menelaah beberapa penelitian yang berhubungan dengan pengaruh variabel penelitian.

Penelitian yang dilakukan oleh Agustin Indah Rini (2002) dengan judul Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Mortalitas Bayi di Desa gugut Kecamatan Rambipuji Kabupaten Jember dengan metode Analisis Regresi Linear Berganda

penelitian ini menunjukkan hasil bahwa tingkat kualitas Tingkat kualitas pendidikan ibu, Pendapatan keluarga, kegiatan ibu di luar rumah dan pemeriksaan bayi berpengaruh signifikan terhadap mortalitas bayi di Desa gugut Kecamatan Rambipuji Kabupaten Jember.

Penelitian yang dilakukan oleh Sarimawar Djaja, Tin Afifah, (2007) dengan judul Faktor-Faktor Yang Melatarbelakangi Kematian Neonatal di Indonesia Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2002-2003 menggunakan metode Analisis Deskriptif penelitian ini menunjukkan hasil bahwa Tingkat pendapatan keluarga, status kesehatan ibu (jumlah kelahiran) komplikasi ketika hamil, tenaga pemeriksaan kehamilan dan berat badan bayi ketika lahir berpengaruh terhadap kematian neonatal.

Penelitian yang dilakukan oleh Ari Dwi Cayono (2015) dengan judul Faktor- Faktor Yang Mempengaruhi Kematian Bayi di Kabupaten Jember menggunakan metode Analisis Regresi Linear Berganda penelitian ini menunjukkan hasil bahwa Kemiskinan, PDRB perkapita, Kualitas Pendidikan dan Kualitas pelayanan kesehatan berpengaruh terhadap kematian bayi.

Penelitian yang dilakukan oleh Arinta Kusuma dan Rachmah Indawati (2012) dengan judul Faktor- Faktor Yang Mempengaruhi Kematian Bayi di Kabupaten Jember menggunakan metode Pendekatan Kuantitatif dan kualitatif. penelitian ini menunjukkan hasil bahwa Umur Saat Hamil, Paritas, Jarak Kelahiran, Pendidikan, Pengeluaran, BBLR, Bayi Prematur, Pemberian Asi, Penolong Persalinan, Pemeriksaan Antenatal Barpengaruh terhadap Kematian Bayi.

Persamaan dan perbedaan penelitian ini dengan penelitian terdahulu adalah:

1. Persamaan penelitian

Penelitian ini memiliki kesamaan dengan penelitian terdahulu yaitu meneliti tentang kematian bayi.

2. Perbedaan penelitian

Perbedaan penelitian terdahulu dengan penelitian sekarang adalah tempat penelitian jika pada penelitian Penelitian yang dilakukan oleh Agustin Indah Rini (2002) dengan judul Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Mortalitas Bayi di Desa Gugut Kecamatan Rambipuji Kabupaten Jember, sedangkan dalam penelitian ini berjudul Determinana Mortalitas Bayi di Jawa Timur tahun 2011-2015. Penelitian yang dilakukan oleh Sarimawar Djaja, Tin Afifah, (2007) dengan judul Faktor-Faktor Yang Melatar belakangi Kematian Neonatal di Indonesia Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2002-2003, sedangkan dalam penelitian ini berjudul Determinana Mortalitas Bayi di Jawa Timur tahun 2011-2015. Penelitian yang dilakukan oleh Ari Dwi Cayono (2015) dengan judul Faktor- Faktor Yang Mempengaruhi Kematian Bayi di Kabupaten Jember, sedangkan dalam penelitian ini berjudul Determinana Mortalitas Bayi di Jawa Timur tahun 2011-2015. Penelitian yang dilakukan oleh Arinta Kusuma dan Rachmah Indawati (2012) dengan judul Faktor- Faktor Yang Mempengaruhi Kematian Bayi di Kabupaten Jember, sedangkan dalam penelitian ini berjudul Determinana Mortalitas Bayi di Jawa Timur tahun 2011-2015.

Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu

No	Peneliti	Judul	Variabel	Alat Analisis	Hasil
1	Agustin Indah Rini (2002)	Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Mortalitas Bayi di Desa gugut Kecamatan Rambipuji Kabupaten Jember	Pengaruh tingkat kualitas pendidikan ibu, pendapatan keluarga, kegiatan Ibu di luar rumah dan pemeriksaan bayi	Analisis Regresi Linear Berganda	Tingkat kualitas pendidikan ibu, Pendapatan keluarga, kegiatan ibu di luar rumah dan pemeriksaan bayi berpengaruh signifikan terhadap mortalitas bayi.
2	Sarimawar Djaja, Tin Affiah, (2007)	Faktor-Faktor Yang Melatarbelakangi Kematian Neonatal di Indonesia Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2002-2003	Tingkat pendapatan keluarga, status kesehatan ibu (jumlah kelahiran) komplikasi ketika hamil, tenaga pemeriksaan kehamilan dan berat badan bayi	Analisis Deskriptif	Tingkat pendapatan keluarga, status kesehatan ibu (jumlah kelahiran) komplikasi ketika hamil, tenaga pemeriksaan kehamilan dan berat badan bayi ketika lahir berpengaruh terhadap kematian neonatal.
3	Ari Dwi Cayono (2015)	Faktor- Faktor Yang Mempengaruhi Kematian Bayi di Kabupaten Jember	Kemiskinan, PDRB perkapita, Kualitas Pendidikan dan Kualitas pelayanan kesehatan	Analisis Regresi Linear Berganda	Kemiskinan, PDRB perkapita, Kualitas Pendidikan dan Kualitas pelayanan kesehatan berpengaruh terhadap kematian bayi
4	Arinta Kusuma dan Rachmah Indawati (2012)	Faktor Penyebab Kematian Bayi di Kabupaten Sidoarjo	Umur Saat Hamil, Paritas, Jarak Kelahiran, Pendidikan, Pengeluaran, BBLR, Bayi Prematur, Pemberian Asi, Penolong Persalinan, Pemeriksaan Antenatal.	Pendekatan Kuantitatif dan kualitatif.	Umur Saat Hamil, Paritas, Jarak Kelahiran, Pendidikan, Pengeluaran, BBLR, Bayi Prematur, Pemberian Asi, Penolong Persalinan, Pemeriksaan Antenatal Barpengaruh terhadap Kematian Bayi.

(Sumber: Berbagai Jurnal, Diolah)

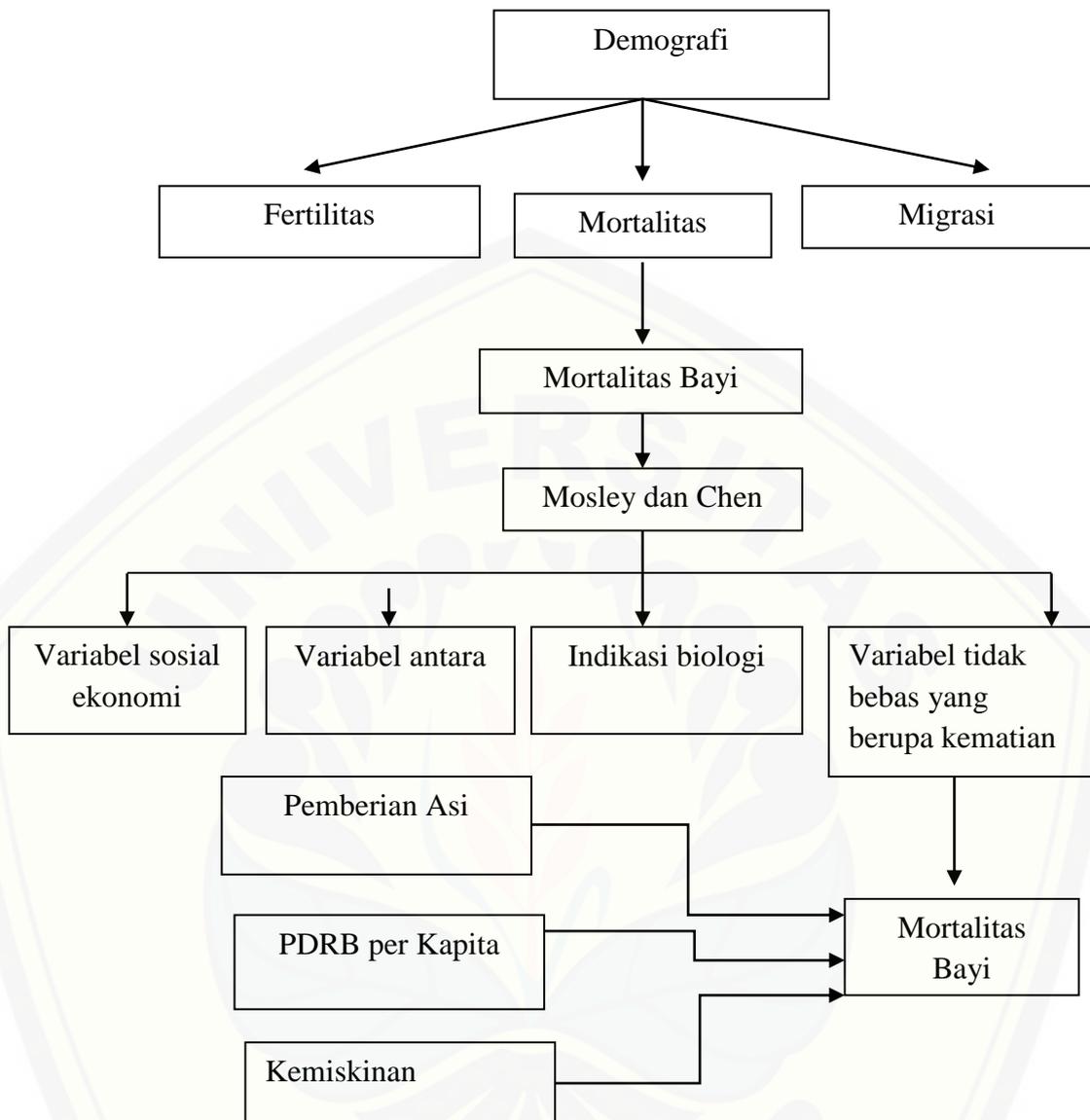
### 2.3 Kerangka Konseptual.

Mortalitas atau kematian merupakan salah satu dari tiga komponen demografi selain fertilitas dan migrasi yang dapat mempengaruhi jumlah dan komposisi umur penduduk. Salah satu indikator mortalitas yang umum dipakai adalah angka kematian bayi (AKB). Angka Kematian Bayi (AKB) adalah banyaknya kematian bayi berusia dibawah satu tahun, per 1000 kelahiran hidup pada satu tahun tertentu (Nurwihda, 2013).

Teori yang menjelaskan tentang mortalitas bayi salah satunya adalah teori Mosley dan Chen. Mosley dan Chen (1985) dalam studinya tentang kelangsungan hidup anak di Nusa Tenggara Barat (NTB). Menggambarkan sebuah model yaitu hubungan antara variabel sosial ekonomi, variabel antara kesehatan dan kematian bayi. Model tersebut dikemukakan bertujuan untuk menggambarkan suatu pendekatan yang nantinya dapat menyatukan variabel-variabel sosial ekonomi dan biologis. Model Mosley terdiri atas empat variabel yaitu 1). Variabel sosial ekonomi 2). Variabel antara 3). Indikasi biologi 4). Variabel tidak bebas yang berupa kematian.

Variabel yang dapat mempengaruhi terhadap mortalitas bayi yaitu:

1. Pemberian Asi yang terjadi pada bayi usia 0- 1 tahun yang menjadi penyebab utama dalam meningkatkan kematian bayi.
2. PDRB per kapita yang semakin rendah dan kurang memberikan kemampuan pada penyerapan tenaga kerja, maka dapat menyebabkan banyaknya pengangguran, sehingga pendapatan keluarga kurang untuk memenuhi kebutuhan hidup keluarganya, maka akan meningkatkan kematian bayi.
3. Kemiskinan kurangnya pelayanan kesehatan kepada ibu hamil dapat mempengaruhi terhadap kematian ibu dan bayi.

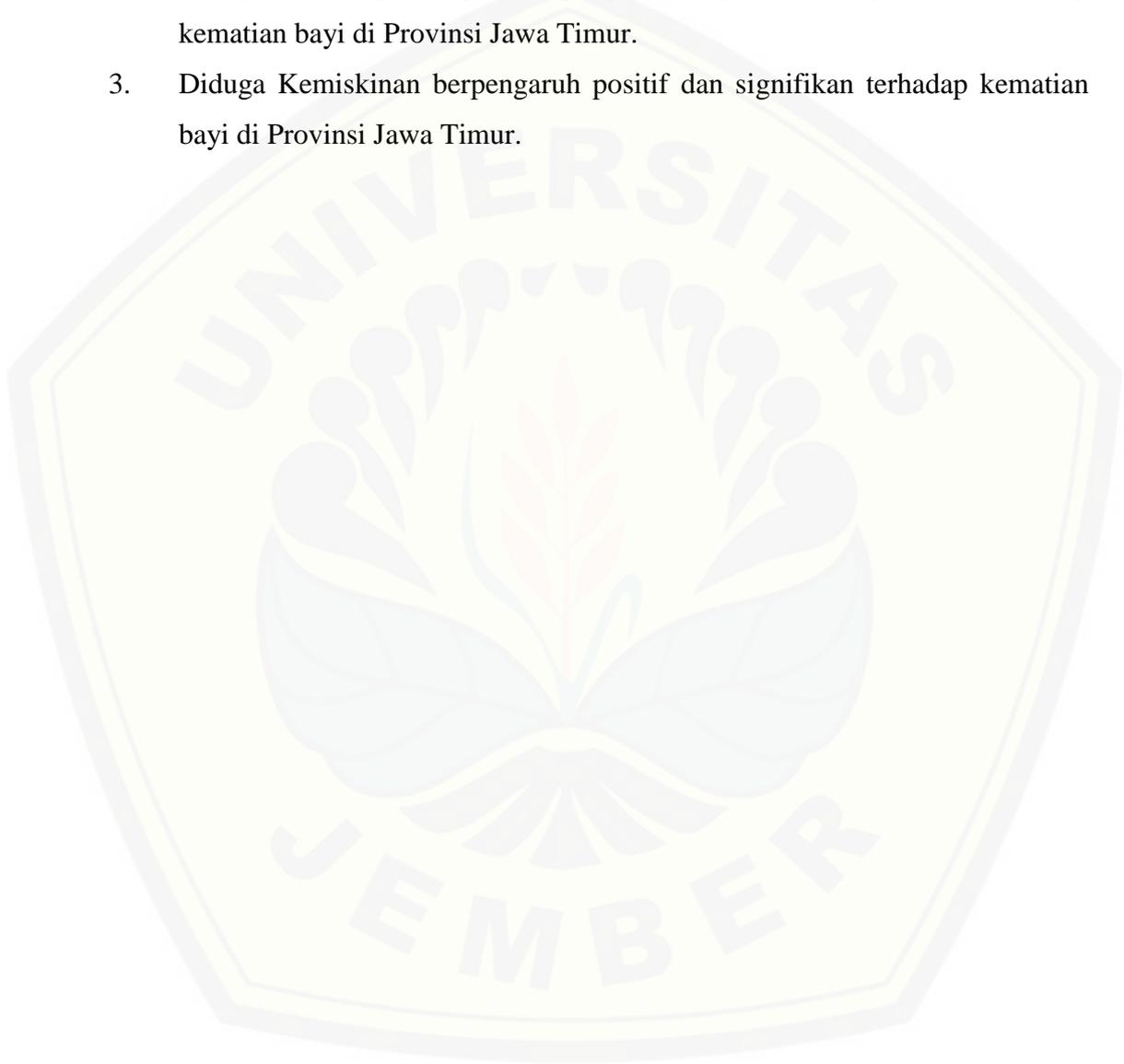


Gambar 2.1. Kerangka Konseptual Penelitian.

#### 2.4 Hipotesis

Berdasarkan landasan teori maka hipotesis dalam penelitian ini yaitu:

1. Diduga Pemberian Asi berpengaruh negatif dan signifikan terhadap kematian bayi di Provinsi Jawa Timur.
2. Diduga PDRB per kapita berpengaruh negatif dan signifikan terhadap kematian bayi di Provinsi Jawa Timur.
3. Diduga Kemiskinan berpengaruh positif dan signifikan terhadap kematian bayi di Provinsi Jawa Timur.



### BAB 3. METODE PENELITIAN

Bab ini akan membahas mengenai metode penelitian yang akan digunakan oleh peneliti, yang meliputi rancangan penelitian, metode penentuan lokasi penelitian, metode penentuan informan penelitian, jenis dan sumber data, metode pengumpulan data, pengecekan data, dan analisis data. Metode penelitian pada dasarnya merupakan cara ilmiah untuk mendapatkan data dengan tujuan dan kegunaan tertentu (Sugiono, 2011: 2).

#### 3.1. Pendekatan Penelitian

Pendekatan penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif karena data diperoleh dalam bentuk angka dan diproses secara statistik. Data ini dilakukan uji validitas keberlakuan teori tersebut dan ditariklah kesimpulan. Kemudian diidentifikasi, identifikasi tersebut dideskripsikan pengujian yang diperoleh untuk menjawab rumusan masalah.

#### 3.2 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian yang dilakukan dengan menggunakan pendekatan ekplanasi, yaitu menjelaskan hubungan antar variabel dengan menganalisis data numerik menggunakan statistik melalui pengujian hipotesis. Penelitian ini difokuskan untuk metode mencari peran faktor-faktor yang mempengaruhi variabel dependen terhadap penelitian ini.

#### 3.3. Jenis dan Sumber Data

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder yang berupa panel data yaitu data panel adalah gabungan antara data runtut waktu (*time series*) dan data silang (*cross section*) dengan objek penelitian di Provinsi Jawa Timur. Data sekunder diperoleh dari studi kepustakaan dan menganalisis teori-teori dari buku dan bacaan yang terkait dengan masalah yang akan diteliti dan dari instansi atau badan tertentu yang telah tersusun dengan baik dan siap diolah dari

berbagai sumber yang dikaji dengan representatif di Provinsi Jawa Timur, yaitu Badan Pusat Statistik dan instansi terkait.

### 3.4 Unit Analisis

Dalam penelitian ini unit analisisnya mengacu pada jumlah kematian bayi (umur 1 Hari-1 Tahun) di Provinsi Jawa Timur pada periode tahun 2011-2015 sebagai variabel dependen. Pemberian ASI, PDRB per kapita, dan Kemiskinan sebagai variabel independen.

### 3.5 Analisis Data

Untuk mengetahui pengaruh dari variabel Pemberian ASI, PDRB per Kapita, dan Kemiskinan terhadap variabel Mortalitas Bayi maka dalam penelitian ini menggunakan metode regresi linear berganda (*multiple linear regression method*) dengan model panel data. Regresi data panel adalah regresi yang menggabungkan data *time series* dan *cross section* (Widarjono, 2009). Ada dua pendekatan mendasar yang digunakan dalam menganalisis panel data *pertama*, pendekatan *Fixed Effect Model* (FEM) dan *kedua* adalah pendekatan *Random Effect Model* (REM). Sebelum model diestimasi dengan model yang tepat, terlebih dahulu dilakukan uji spesifikasi apakah *Fixed Effect* atau *Random Effect* atau keduanya memberikan hasil yang sama. Pilihan antara *Fixed Effect* dan *Random Effect* ditentukan dengan menggunakan uji *goodness of fit*. Berkaitan dengan penggunaan data panel dalam penelitian ini, ada dua teknik analisis yang dapat digunakan, yaitu:

1. Metode *Fixed Effect Model* (FEM) atau slop konstan akan tetapi intersep berbeda antara individu, menempatkan bahwa *it* merupakan kelompok spesifik atau berbeda dalam *constant term* pada model regresi. Bentuk model tersebut biasanya disebut model *least squares dummy variable* (LSDV). Pengertian *fixed effect* ini didasarkan adanya perbedaan intersep antar daerah, namun intersepanya sama antar waktu (*time invariant*). Di samping itu, model ini mengasumsikan bahwa koefisien regresi (*slope*) tetap antar individu dan antar waktu.

Untuk pendekatan *Fixed Effect* menggunakan uji F statistik. Adapun uji F statistik yang dilakukan sebagai berikut:

$$F(n - 1, nT - n - K) = \frac{(R^2u - R^2p)/(n - 1)}{(1 - R^2u)/(nT - n - K)}$$

Dimana:

- u = *Unrestricted model*
- P = *restricted model*
- n = Jumlah Unit *cross section*
- T = Jumlah Unit Waktu
- K = Jumlah Parameter yang diestimasi

Jika ternyata hasil perhitungan uji  $F \geq F(n-1, nT-n-K)$  ini berarti  $H_0$  ditolak, artinya intersep untuk semua unit *cross section* tidak sama. Dalam hal ini akan digunakan *Fixed Effect Model* untuk mengestimasi persamaan regresi.

2. Metode *Random Effect Model* (REM), meletakkan  $\alpha_i$  sebagai gangguan spesifik kelompok seperti halnya *dit* menetapkan untuk tiap-tiap kelompok, tetapi gambaran tunggal yang memasukkan regresi sama untuk tiap-tiap periode, atau dengan kata lain *Random Effect Model* (REM) menganggap bahwa seluruh gangguan yang terjadi mempunyai sifat acak atau random. Metode ini lebih cepat menggunakan metode *Generalized Least Square* (GLS) karena dengan menggunakan OLS tidak dapat digunakan untuk mendapatkan estimator yang efisien.

Dalam penelitian ini, model yang digunakan adalah sebagai berikut:

$$AKB_{it} = \beta_0 + \beta_1 PA_{it} + \beta_2 PDRB_{it} + \beta_3 KM_{it} + e_{it}$$

Dimana:

- $\beta_0$  = Intersep/konstanta
- $\beta_1$  = Koefisien regresi PA
- $\beta_2$  = Koefisien regresi PDRB

$\beta_3$	= Koefisien regresi KM
$e$	= <i>disturbance error</i> (variabel pengganggu)
$i$	= <i>cross section</i> ( Seluruh Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur)
$t$	= <i>time</i> (2011 – 2015)
AKB	=Variabel Kematian Bayi
PA	= Variabel Pemberian Asi
PDRB	= Variabel PDRB per Kapita
KM	= Variabel Kemiskinan

Untuk menguji pengaruh variabel bebas PA, PDRB dan KM terhadap variabel terikat Mortalitas Bayi digunakan dua pengujian yaitu uji statistik dan uji asumsi klasik.

### 3.5.1 Pengujian Pemilihan Model dalam Pengelolaan Data Panel

#### 1. Uji Hausman Test

Uji Hausman test digunakan untuk menentukan apakah *Fixed Effect Model* atau *Random Effect Model* yang paling tepat digunakan dalam menganalisis mortalitas bayi. Uji Hausman akan memberikan penilaian dengan menggunakan *Chi-Square Statistics* sehingga keputusan pemilihan model dapat ditentukan secara benar. Penolakan terhadap statistik Hausman tersebut berarti penolakan terhadap *Fixed Effect Model* atau *Dummy Variable Model*. Sehingga semakin besar nilai statistik Hausman tersebut, semakin mengarah pada penerimaan dugaan *Error Component Model* (Baltagi, 2003).

Prosedur uji Hausman adalah sebagai berikut:

1. Buat hipotesis dari uji Hausman:  $H_0 = \text{random effect}$  dan  $H_1 = \text{fixed effect}$
2. Menentukan kriteria uji: apabila *Chi-square* hitung  $>$  *Chi-square* tabel dan probabilitas hitung  $<$   $\alpha = 5\%$ , maka hipotesis  $H_0$  ditolak, sehingga metode *Fixed Effect Model* lebih tepat digunakan untuk digunakan. Dan apabila *Chi-square* hitung  $<$  *Chi-square* tabel dan probabilitas hitung  $>$   $\alpha = 5\%$ , maka hipotesis  $H_0$  diterima, sehingga metode *Random Effect Model* lebih tepat untuk digunakan.

Dari hasil uji dilakukan mendapatkan hasil sebagai berikut:

$H_0$  : Menggunakan estimasi *Random Effect Model*.

$H_1$  : Menggunakan estimasi *Fixed Effect Model*.

### 3.5. 2 Uji Statistik

Selain beberapa pengujian, juga dilakukan uji statistik untuk mengukur ketepatan fungsi regresi dalam menaksir nilai aktualnya. Pengujian statistik melibatkan ukuran kesesuaian model yang digunakan (*goodness of fit*) dan uji signifikan, baik pengujian secara persial (uji t) maupun pengujian secara simultan (uji F).

#### a. Uji Signifikan Simultan (Uji F)

Uji F pada dasarnya dimaksudkan untuk membuktikan secara statistik bahwa seluruh variabel *independent* (PA, PDRB, dan KM) berpengaruh secara bersama-sama terhadap variabel *dependent* (Mortalitas Bayi). Menurut Supranto (1995:276) Uji F dapat dilakukan dengan membandingkan antara nilai F hitung dengan F tabel, dimana F hitung dapat dipenuhi dengan formula sebagai berikut:

$$F = \frac{R^2/(k - 1)}{(1 - R^2)/(n - k)}$$

Keterangan:

F = pengujian secara simultan

$R^2$  = koefisien determinasi

k = jumlah variabel *independent* termasuk konstanta

n = jumlah sampel

Rumusan hipotesis:

$H_0 : \beta_1; \beta_2; \beta_3 = 0$ , artinya yaitu tidak ada pengaruh yang signifikan antara variabel PA, PDRB, dan KM terhadap Mortalitas Bayi di Provinsi Jawa Timur.

$H_0 : \beta_1; \beta_2; \beta_3 \neq 0$ , artinya yaitu terdapat pengaruh yang signifikan antara variabel PA, PDRB, dan KM terhadap Mortalitas Bayi di Provinsi Jawa Timur.

Dengan menggunakan  $\alpha = 5\%$ , maka pengujian hipotesis:

1. Bila probabilitas  $f_{\text{hitung}} \leq \alpha$ , berarti  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima, artinya ada pengaruh nyata antara variabel bebas dengan variabel terikat.
2. Bila probabilitas  $f_{\text{hitung}} > \alpha$ , berarti  $H_0$  diterima dan  $H_a$  ditolak, artinya tidak ada pengaruh nyata antara variabel bebas dengan variabel terikat.

b. Uji signifikansi Parameter Individual (Uji t statistik)

Uji t statistik dilakukan untuk melihat signifikansi parameter variabel *independent* secara individu yang dapat menjelaskan variabel *dependent* dengan rumus sebagai berikut:

$$t = \frac{bi}{S(bi)}$$

Dimana:

- t = pengujian secara parsial  
 bi = besarnya perubahan dari variabel bebas  
 Sbi = *standart error* atau taksiran kesalahan

Untuk menguji pengaruh variabel *independent* terhadap variabel *dependent* dapat dibuat hipotesis:

$H_0 : b_1 = 0$ , berarti tidak ada pengaruh nyata antara PA, PDRB, dan KM terhadap Mortalitas Bayi di Provinsi Jawa Timur.

$H_0: b_1 = 0$ , berarti ada pengaruh nyata antara PA, PDRB, dan KM terhadap Mortalitas Bayi di Provinsi Jawa Timur.

Dengan menggunakan  $\alpha=5\%$ , hipotesis:

1.  $H_0$  diterima  $H_a$  ditolak, apabila nilai probabilitas hitung  $>$  nilai probabilitas kritis ( $\alpha=5\%$ ). Hal ini berarti variabel *independent* tidak signifikan berpengaruh terhadap variabel *dependent*
2.  $H_0$  ditolak  $H_a$  diterima, apabila nilai probabilitas hitung  $\leq$  nilai probabilitas kritis ( $\alpha=5\%$ ). Hal ini berarti variabel *independent* signifikan berpengaruh terhadap variabel *dependent*.

c. Uji Koefisien Determinan ( $R^2$ )

Koefisien determinasi digunakan untuk mengetahui seberapa jauh variasi variabel *independent* dapat menerangkan dengan baik variasi variabel *dependent*. Untuk mengukur kebaikan suatu model (*goodness of fit*) dapat digunakan koefisien determinasi ( $R^2$ ). Nilai  $R^2$  yang sempurna adalah satu, yaitu apabila keseluruhan variasi *dependent* dapat dijelaskan sepenuhnya oleh variabel *independent* yang dimasukkan dalam model.

$$R^2 = \frac{ESS}{TSS}$$

$$R^2 = \frac{b^1 \Sigma X^1 Y + b^2 \Sigma X^2 Y + b^3 \Sigma X^3 Y}{\Sigma Y^2}$$

Keterangan:

$R^2$  = koefisien determinasi

ESS = jumlah kuadrat regresi

TSS = jumlah kuadrat (regresi + residual)

$b_1, b_2, b_3$  = koefisien regresi

Y = pengangguran terbuka

$X_1$  = PA

$X_2$  = PDRB

$X_3$  = KM

Dimana  $0 < R^2 < 1$  sehingga kesimpulan yang dapat diambil adalah:

1. Nilai  $R^2$  yang kecil atau mendekati nol, berarti kemampuan variabel-variabel bebas (*independent*) dalam menjelaskan variasi variabel tidak bebas (*dependent*) dan sangat terbatas.
2. Nilai  $R^2$  mendekati satu, artinya kemampuan variabel-variabel bebas (*independent*) dalam menjelaskan hampir semua informasi yang digunakan untuk memprediksi variasi variabel tidak bebas (*dependent*).

### 3.5.3 Uji Asumsi Klasik

Selain beberapa pengujian yang dilakukan pada model empiris, dalam penelitian ini juga dilengkapi dengan beberapa uji asumsi klasik, seperti uji Multikolinearitas, uji Heteroskedastisitas, uji Autokorelasi, dan uji Normalitas.

#### a. Uji Multikolinearitas

Menurut Ghazali (2005:91) Uji Multikolinearitas bertujuan untuk menguji apakah model regresi ditemukan adanya korelasi antar variabel bebas (*independent*). Model regresi yang baik seharusnya tidak terjadi korelasi diantara variabel *independent*. Jika variabel *independent* saling berkorelasi maka variabel ini tidak ortogonal. Variabel ortogonal adalah variabel *independent* yang nilai korelasinya antar variabel *independent* sama dengan nol.

Cara mendeteksi ada tidaknya multikolinearitas adalah :

- a. Mudrajat Kuncoro (2003), menyatakan bahwa multikolinearitas terjadi apabila korelasi antara dua variabel bebas lebih tinggi dibandingkan dengan korelasi salah satu atau kedua variabel bebas tersebut terhadap variabel terikat.
- b. Gujarati (2003) lebih tegas mengatakan, bila korelasi antara dua variabel bebas melebihi 0,8 maka multikolinearitas menjadi masalah yang serius.

Pada mulanya multikolinearitas berarti adanya hubungan linear (korelasi) yang sempurna atau pasti, diantara beberapa atau semua variabel yang menjelaskan dari model regresi. Istilah multikolinearitas berkenaan dengan terdapatnya satu hubungan linear. Perbedaan ini jarang diperhatikan dalam praktek, dan multikolinearitas berkenaan dengan kedua kasus tadi.

Multikolinearitas dalam penelitian ini dideteksi menggunakan Auxilliary Regression yaitu dengan membandingkan besar nilai model utama dengan variabel-variabel independennya secara partial. Jika model utama lebih besar daripada variabel-variabel independennya maka tidak terjadi multikolinearitas (Gujarati, 2006).

b. Uji Heteroskedastisitas

Uji heterokedastisitas bertujuan menguji apakah model regresi terjadi ketidaksamaan varians dari residual satu pengamatan ke pengamatan yang lain (Ghozali, 2005:105). Heterokedastisitas terjadi bila variabel pengganggu mempunyai varians yang tidak konstan atau berubah-ubah. Heterokedastisitas cenderung menyerang model empiris yang menggunakan data *cross section* daripada data *time series*. Hal ini terjadi karena perilaku data *time series*, fluktuasinya dari waktu ke waktu relatif stabil. Metode GLS (*Generalized Least Square*) yang pada intinya memberikan pembobotan kepada variasi data yang digunakan, dengan kuadrat varians dari model. Fasilitas yang ada di program *Eviews* dengan memilih *cross section weight* maka masalah heterokedastisitas sudah dapat diatasi.

c. Uji Normalitas

Menurut Ghozali (2013:110) tujuan dari uji normalitas adalah untuk mengetahui apakah masing-masing variabel berdistribusi normal atau tidak. Uji normalitas diperlukan untuk melakukan pengujian-pengujian variabel lainnya dengan mengasumsikan bahwa nilai residual mengikuti distribusi normal. Jika asumsi ini dilanggar maka uji statistik menjadi tidak valid dan statistik parametrik tidak dapat digunakan. Ada beberapa metode untuk mengetahui normal atau tidaknya distribusi residual antara lain *Jarque-Bera (J-B) Test* dan metode grafik. Dalam penelitian ini untuk menguji normalitas data menggunakan *Jarque Bera (J-B) Test* yang terdapat dalam *eviews 7*. Berikut ini rumus untuk *Jarque Bera (J-B) Test* (Gujarati, 2010:171)

$$JB = n * \frac{S^2}{6} + \frac{(K - 3)^2}{24}$$

Dimana,

N = ukuran sampel

S = koefisien *skewness*

K = koefisien *kurtosis*, untuk variabel dengan distribusi normal, S= 0 dan K=3

Hipotesis dalam pengujian ini adalah sebagai berikut:

Ho : berdistribusi normal

Ha : berdistribusi tidak normal

Apabila probabilitas J-B hitung  $> \alpha=0,05$  maka Ho diterima dan Ha ditolak yaitu nilai residual terdistribusi normal.

Sedangkan pengujian normalitas melalui analisis grafik adalah dengan cara menganalisis grafik *normal probability plot* yang membandingkan distribusi kumulatif dari distribusi normal. Distribusi normal akan membentuk satu garis lurus diagonal, dan plotting data residual akan dibandingkan dengan garis diagonal. Data dapat dikatakan normal jika data atau titik-titik terbesar di sekitar garis diagonal dan penyebarannya mengikuti garis diagonal. Gudono (2011) distribusi normal memiliki kriteria sebagai berikut:

- a. 68% nilai *standardized residuals* terletak antara -1 dan +1
- b. 98% nilai *standardized residuals* terletak antara -2 dan +2
- c. 99% nilai *standardized residuals* terletak antara -3 dan +3

Dengan grafik *normal probability plot* tersebut, bila pola titik-titik membentuk *bow-shaped* yaitu menggelembung menjahi garis diagonal , maka berarti distribusinya *skewed* (asimetris atau tidak normal).

### 3.8 Definisi Operasional Variabel

Variabel yang digunakan dalam penelitian ini terdiri atas satu variabel terikat (*dependent variabe*) dan tiga variabel bebas (*independent variabel*). Variabel terikat yang digunakan dalam penelitian ini adalah Moratalitas Bayi.

Sedangkan, variabel bebas yang digunakan adalah Pemberian Asi, PDRB per kapita, Kemiskinan.

#### 1. Kematian Bayi ( $Y$ )

Menurut Kemen Kes RI (2011) Tingkat kematian bayi didefinisikan sebagai jumlah kematian bayi berumur kurang dari satu tahun per 1000 kelahiran yang hidup pada pertengahan tahun. Angka variabel dependen dalam penelitian ini mengacu pada jumlah kematian bayi (umur 1 Hari -1 Tahun) di Provinsi Jawa Timur pada periode tahun 2011-2015. Kematian bayi dinyatakan dalam satuan jiwa per tahun.

#### 2. Pemberian Asi ( $X_1$ )

Salah satu faktor yang secara langsung dapat mempengaruhi kondisi kesehatan bayi adalah makanan yang diberikan. Pemberian gizi pada bayi dapat menjaga kesehatan dan ketahanan tubuh bayi. Pemberian ASI menurut konsep kesehatan moderen ataupun medis dianjurkan selama 2 (dua) tahun dan pemberian makanan tambahan berupa makanan padat sesudah sebaiknya dimulai bayi berumur 4 tahun. Walaupun pada masyarakat tradisional pemberian ASI bukan merupakan permasalahan yang besar karena pada umumnya ibu memberikan bayinya ASI, namun yang menjadi permasalahan adalah pola pemberian ASI yang tidak sesuai dengan konsep medis sehingga menimbulkan dampak negatif pada kesehatan dan pertumbuhan bayi. Pemberian Asi dalam penelitian ini diukur dalam satuan hari.

#### 3. Produk Domestik Regional Bruto Per Kapita ( $X_2$ )

Produk Domestik Regional Bruno PDRB dibagi dengan jumlah penduduk pertengahan tahun yang tinggal di suatu wilayah (wilayah penghimpun PDRB) maka akan diperoleh angka PDRB per kapita yang diuraikan dalam penelitian ini adalah PDRB per kapita atas dasar harga konstan 2010 pada tahun 2011-2015. PDRB per kapita dalam penelitian ini dinyatakan dalam satuan ribu rupiah per tahun.

#### 4. Kemiskinan ( $X_3$ )

Angka variabel independen dalam penelitian ini mengacu pada jumlah penduduk miskin menurut kabupaten/kota di Provinsi Jawa Timur pada periode tahun 2011-2015. Kemiskinan dalam penelitian ini dinyatakan dalam satuan jiwa.



Pariaman tahun 2004. Penelitian tersebut mengemukakan bahwa sebanyak 75,2% dari kematian neonatal terjadi pada keluarga miskin.



## **BAB 5. PENUTUP**

### **5.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil analisis data tentang pengaruh Pemberian Asi, PDRB perkapita, dan Fasilitas Kesehatan terhadap Kematian Bayi di Jawa Timur tahun 2011- 2015 maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Variabel Pemberian Asi berpengaruh negatif terhadap Kematian Bayi di Jawa Timur.
2. Variabel PDRB per kapita berpengaruh negatif terhadap Kematian Bayi di Jawa Timur.
3. Variabel Kemiskinan berpengaruh positif terhadap Kematian Bayi di Jawa Timur.

### **5.2 Saran**

Saran yang dapat disampaikan sehubungan dengan penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Bagi institusi pendidikan dapat memberikan sumbangan pengetahuan lebih mendalam mengenai determinan kematian bayi.
2. Bagi Pemerintah Daerah sebagai bahan masukan dan acuan dalam pengambilan kebijakan dalam rangka menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB) di Jawa Timur.
3. Bagi Pemerintah Pusat dapat menjadi sumber informasi dalam memantau Angka Kematian Bayi (AKB) di Provinsi Jawa Timur.
4. Bagi peneliti selanjutnya dapat dijadikan referensi yang relevan dan membantu penelitian sejenis.

## DAFTARPUSTAKA

- Ananta, Aris. 1990. *Ekonomi sumber daya manusia*. Jakarta: Lembaga Demografi Universitas Indonesia.
- Arsyad, Lincolin. 2010. *Ekonomi Pembangunan*. Yogyakarta: STIM YKPN.
- Gujarati, N. Damodar. 2015. *Dasar-dasar Ekonometrika Buku 1*. Jakarta: Salemba Empat.
- Gujarati, N. Damodar. 2015. *Dasar-dasar Ekonometrika Buku 2*. Jakarta: Salemba Empat.
- Mantra, Ida Bagoes. 2003. *Demografi Umum*. Jakarta: Binarupa Aksara
- Alitasari, Nur. 2014. *Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Sumber Daya Manusia Di Jawa Timur*. Jember. FEUJ.
- Ananta, Aris. 1993. *Ciri Demografis Kualitas Penduduk dan Pembangunan Ekonomi*. Jakarta : Lembaga Demografi Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.
- Ardianti, Astri Vonita. 2015. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Angka Harapan Hidup Di Kabupaten Jember*. Jember. FEUJ.
- Artaningtyas, Wahyu Dwi. 2011. *Analisis Indeks Pembangunan Manusia di Jawa Tengah*. Yogyakarta: Buletin Ekonomi.
- Badan Pusat Statistik, 2004. *Jawa Timur Dalam Angka*. Jakarta: Indonesia Departemen Kesehatan RI. 2009. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta: Depkes RI. Djaja, S, dkk.2007. *Faktor-Faktor Yang Melatarbelakangi Kematian Neonatal Di Indonesia Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2002-2003*. Majalah Kedokteran Damianus Riniolome 6 No 3.
- Endah, Ristya Widi. 2005. *Diklat Mata Kuliah IKGM (Demografis) Fertilitas dan Mortalitas*. Jember: FKG UJ.

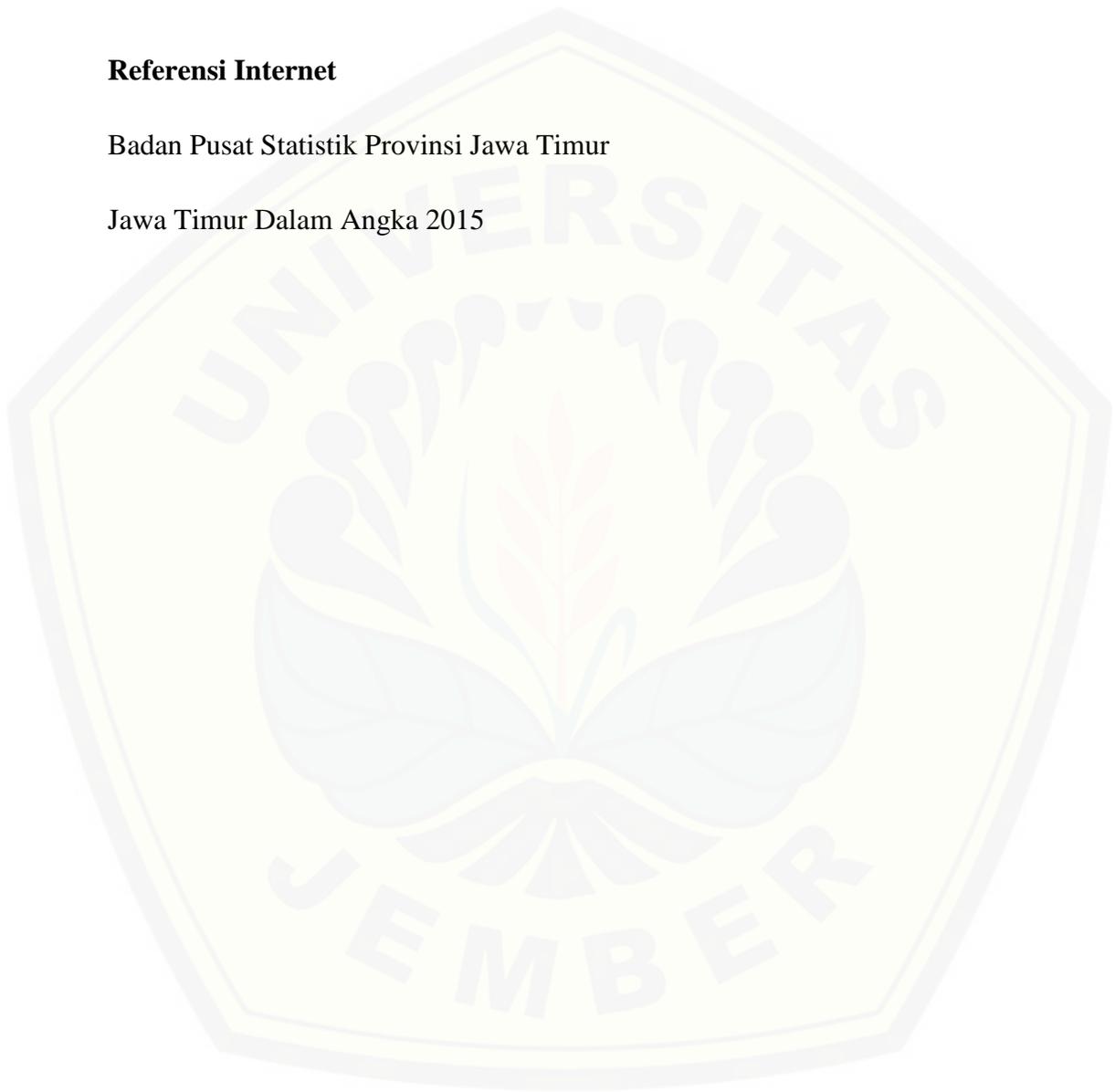
- Andriani, R. A., Sriatmi, A., dan Jati, P. S. 2016. Faktor Penyebab Kematian di Wilayah Kerja Puskesmas Ngombol Kabupaten Purworejo (Studi Kasus Tahun 2015). *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 4(1): 23-33.
- Cahyono, D. A. 2015. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kematian Bayi di Kabupaten Jember. *Skripsi*. Jember: Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Jember.
- Djaja, S., Suwandono, A., dan Soemantri, S. 2003. Pola Penyakit Penyebab Kematian di Perkotaan dan Pedesaan di Indonesia, Studi Mortalitas Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 2001. *Jurnal Kedokteran Trisakti*. 22(2): 37-46.
- Minardo, J., Sari, K., dan Susilowati, T. Analisa Faktor-Faktor Penyebab Kematian Bayi dengan Asfiksia di Kabupaten Semarang.
- Octavanny, D. A. M., 2017. Pemodelan Faktor-Faktor yang Memengaruhi Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat Provinsi Jawa Timur Menggunakan Pendekatan Regresi Semiparametik *Spline*. *Jurnal Sains dan Seni ITS*. 6(1): 122-128.
- Pramono, S. M., Wulansari, S., dan Sutikno. 2011. Pemetaan Determinan Angka Kematian Bayi di Jawa Timur Berdasarkan Indikator Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat. *Jurnal Buletin Sistem Penelitian Kesehatan*. 15(1): 38-46.
- Sukma, A. S. Analisis Kebutuhan dan Penyediaan Tenaga Kerja dalam Perencanaan Ketenagakerjaan Kota Surakarta Tahun 2001-2003. *Jurnal*.
- Wandira, K. A, dan Indawati, R. 2012. Faktor Penyebab Kematian Bayi di Kabupaten Sidoarjo. *Jurnal Biometrika dan Kependudukan*. 1(1): 33-42.
- Hamzah, Asiah. 2012. *Kebijakan Penanggulangan Kemiskinan Dan Kelaparan Di Indonesia: realita dan pembelajaran*. Bagian administrasi dan kebijakan kesehatan FKM Universitas Hasanudin
- Istiyani, Nanik. 2013. *Buku Ajar Ekonomi Kependudukan*. Jember: Pustaka Radja.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2011. Jakarta: Indonesia

Kumalasari, Merna. 2011. *Analisis Pertumbuhan Ekonomi, Angka Harapan Hidup, Angka Melek Huruf, Rata-Rata Lama Sekolah, Pengeluaran Perkapita Dan Jumlah Penduduk Terhadap Tingkat Kemiskinan Di Jawa Tengah*. 2011: Universitas Diponegoro

**Referensi Internet**

Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Timur

Jawa Timur Dalam Angka 2015



**LAMPIRAN A**

Data Angka Kematian Bayi, Gizi Bayi (Pemberian Asi), PDRB Per Kapita, dan Kemiskinan

wilayah	tahun	AKB	PA	PDRB pk	KM
kabupaten Pacitan	2011	22,93	242	13323	9450
kabupaten Pacitan	2012	20,38	380	14114	9170
kabupaten Pacitan	2013	20,11	354	14889	8890
kabupaten Pacitan	2014	19,91	370	15618	9208
kabupaten Pacitan	2015	19,71	382	16369	8553
kabupaten Ponorogo	2011	27,32	326	11023	10140
kabupaten Ponorogo	2012	24,34	415	11648	10300
kabupaten Ponorogo	2013	23,48	327	12217	9990
kabupaten Ponorogo	2014	22,85	446	12825	10322
kabupaten Ponorogo	2015	22,21	442	13474	10206
Kabupaten Trenggalek	2011	21,85	400	12426	9690
Kabupaten Trenggalek	2012	19,28	334	13142	9280
Kabupaten Trenggalek	2013	12,91	343	13888	9000
Kabupaten Trenggalek	2014	18,59	433	14558	9217
Kabupaten Trenggalek	2015	18,28	409	15237	9149
Kabupaten Tulungagung	2011	22,27	342	17868	8977
Kabupaten Tulungagung	2012	19,83	370	18910	9170
Kabupaten Tulungagung	2013	19,45	406	19977	8900
Kabupaten Tulungagung	2014	19,18	368	20930	8737
Kabupaten Tulungagung	2015	18,91	344	21863	8435
Kabupaten Blitar	2011	23,71	273	15197	12160
Kabupaten Blitar	2012	21,35	384	15972	12030
Kabupaten Blitar	2013	21,02	372	16686	11670
Kabupaten Blitar	2014	20,84	281	17461	11412
Kabupaten Blitar	2015	20,67	295	18269	11351
Kabupaten Kediri	2011	29,07	311	12796	20900
Kabupaten Kediri	2012	25,02	393	13495	20270
Kabupaten Kediri	2013	24,39	333	14200	19680
Kabupaten Kediri	2014	23,70	447	14874	19938
Kabupaten Kediri	2015	23,01	487	15520	19743
Kabupaten Malang	2011	30,75	261	17836	27550
Kabupaten Malang	2012	27,43	320	18899	28860
Kabupaten Malang	2013	26,78	355	19759	28030

Kabupaten Malang	2014	26,31	439	20794	29287
Kabupaten Malang	2015	25,85	436	21741	29374
Kabupaten Lumajang	2011	38,55	325	14944	12640
Kabupaten Lumajang	2012	34,12	304	15771	12440
Kabupaten Lumajang	2013	33,56	297	16555	12070
Kabupaten Lumajang	2014	33,11	437	17392	11851
Kabupaten Lumajang	2015	32,66	409	18129	11591
Kabupaten Jember	2011	56,45	308	14962	28000
Kabupaten Jember	2012	50,73	282	15738	27850
Kabupaten Jember	2013	50,38	331	16595	27040
Kabupaten Jember	2014	50,28	451	17527	26954
Kabupaten Jember	2015	50,20	432	18372	26510
Kabupaten Banyuwangi	2011	35,04	272	22156	15720
Kabupaten Banyuwangi	2012	31,35	364	23649	15220
Kabupaten Banyuwangi	2013	29,60	360	25106	14770
Kabupaten Banyuwangi	2014	28,32	367	26450	14600
Kabupaten Banyuwangi	2015	27,02	352	27934	14045
Kabupaten Bondowoso	2011	54,35	470	12152	11850
Kabupaten Bondowoso	2012	48,57	342	12810	11530
Kabupaten Bondowoso	2013	47,52	310	13469	11190
Kabupaten Bondowoso	2014	46,80	318	14071	11372
Kabupaten Bondowoso	2015	46,09	317	14686	11463
Kabupaten Situbondo	2011	54,60	219	13658	9450
Kabupaten Situbondo	2012	49,48	278	14305	9030
Kabupaten Situbondo	2013	48,92	295	15126	8770
Kabupaten Situbondo	2014	48,76	494	15874	9117
Kabupaten Situbondo	2015	48,62	461	16554	8968
Kabupaten Probolinggo	2011	64,19	256	14362	24850
Kabupaten Probolinggo	2012	57,20	297	15171	23870
Kabupaten Probolinggo	2013	56,77	373	15856	23190
Kabupaten Probolinggo	2014	56,50	363	16494	23696
Kabupaten Probolinggo	2015	56,24	338	17160	24047
Kabupaten Pasuruan	2011	51,62	296	42653	17910
Kabupaten Pasuruan	2012	46,00	446	45454	17570
Kabupaten Pasuruan	2013	45,22	299	48207	17070
Kabupaten Pasuruan	2014	44,67	381	51039	16919
Kabupaten Pasuruan	2015	44,13	376	53367	16806
Kabupaten Sidoarjo	2011	23,88	278	43974	13050
Kabupaten Sidoarjo	2012	21,85	337	46378	13820

Kabupaten Sidoarjo	2013	21,24	481	48801	13380
Kabupaten Sidoarjo	2014	20,93	425	51075	13613
Kabupaten Sidoarjo	2015	20,63	416	52903	13679
Kabupaten Mojokerto	2011	25,57	297	37191	11270
Kabupaten Mojokerto	2012	23,00	379	37191	11660
Kabupaten Mojokerto	2013	21,81	415	39335	11330
Kabupaten Mojokerto	2014	20,97	295	41375	11386
Kabupaten Mojokerto	2015	20,12	305	43310	11538
Kabupaten Jombang	2011	27,03	238	15158	14960
Kabupaten Jombang	2012	24,82	315	15991	13750
Kabupaten Jombang	2013	24,59	318	16795	13350
Kabupaten Jombang	2014	24,63	310	17654	13375
Kabupaten Jombang	2015	24,68	282	18501	13332
Kabupaten Nganjuk	2011	31,45	286	11777	13610
Kabupaten Nganjuk	2012	28,02	396	12408	14080
Kabupaten Nganjuk	2013	27,69	340	13019	13650
Kabupaten Nganjuk	2014	27,46	370	13629	13204
Kabupaten Nganjuk	2015	27,24	384	14280	12790
Kabupaten Madiun	2011	31,35	339	12920	9180
Kabupaten Madiun	2012	28,08	446	13654	8370
Kabupaten Madiun	2013	27,86	408	14368	8120
Kabupaten Madiun	2014	27,75	336	15089	8474
Kabupaten Madiun	2015	27,66	356	15833	8597
Kabupaten Ngawi	2011	27,46	354	10931	13170
Kabupaten Ngawi	2012	24,37	402	11632	12750
Kabupaten Ngawi	2013	23,48	432	12241	12320
Kabupaten Ngawi	2014	22,80	500	12903	12932
Kabupaten Ngawi	2015	22,11	482	13541	12665
Kabupaten Bojonegoro	2011	38,89	328	30179	20390
Kabupaten Bojonegoro	2012	34,82	381	31180	19680
Kabupaten Bojonegoro	2013	34,77	397	31799	19090
Kabupaten Bojonegoro	2014	34,80	475	32404	19399
Kabupaten Bojonegoro	2015	34,86	471	37921	18099
Kabupaten Tuban	2011	34,84	409	26540	20270
Kabupaten Tuban	2012	30,99	350	28041	19690
Kabupaten Tuban	2013	29,87	287	29504	19110
Kabupaten Tuban	2014	29,03	501	30965	19659
Kabupaten Tuban	2015	28,18	496	32315	19835
Kabupaten Lamongan	2011	34,02	238	14677	19790

Kabupaten Lamongan	2012	30,37	354	15670	19200
Kabupaten Lamongan	2013	30,22	291	16730	18610
Kabupaten Lamongan	2014	30,16	346	17774	18264
Kabupaten Lamongan	2015	30,11	349	18788	17692
Kabupaten Gresik	2011	23,46	327	52568	17440
Kabupaten Gresik	2012	20,95	341	55500	17160
Kabupaten Gresik	2013	20,59	378	58116	16690
Kabupaten Gresik	2014	20,34	358	61482	17076
Kabupaten Gresik	2015	20,10	355	64762	16712
Kabupaten Bangkalan	2011	54,22	201	17856	22980
Kabupaten Bangkalan	2012	49,14	127	17428	21830
Kabupaten Bangkalan	2013	48,81	205	17284	21220
Kabupaten Bangkalan	2014	48,82	268	18364	21623
Kabupaten Bangkalan	2015	48,85	263	17716	20571
Kabupaten Sampang	2011	55,11	78	11560	25340
Kabupaten Sampang	2012	49,06	91	12075	24820
Kabupaten Sampang	2013	47,02	114	12725	23960
Kabupaten Sampang	2014	45,49	259	12564	24035
Kabupaten Sampang	2015	43,95	246	12676	22780
Kabupaten Pamekasan	2011	51,66	246	9194	16080
Kabupaten Pamekasan	2012	45,66	132	9654	15370
Kabupaten Pamekasan	2013	44,54	158	10122	14880
Kabupaten Pamekasan	2014	43,64	325	10579	14692
Kabupaten Pamekasan	2015	42,73	296	11022	14232
Kabupaten Sumenep	2011	48,47	172	15289	23220
Kabupaten Sumenep	2012	43,61	303	16721	22550
Kabupaten Sumenep	2013	43,17	383	19052	21890
Kabupaten Sumenep	2014	42,98	344	20124	21684
Kabupaten Sumenep	2015	42,81	358	20287	21614
Kota Kediri	2011	25,10	193	221059	2230
Kota Kediri	2012	22,38	380	230855	2280
Kota Kediri	2013	21,18	418	236474	2210
Kota Kediri	2014	20,29	338	248949	2377
Kota Kediri	2015	19,39	284	260519	2364
Kota Blitar	2011	20,02	239	22761	910
Kota Blitar	2012	17,56	349	24028	1010
Kota Blitar	2013	17,01	300	25400	980
Kota Blitar	2014	16,53	391	26659	1004
Kota Blitar	2015	16,05	350	27968	997

Kota Malang	2011	25,26	149	40161	4350
Kota Malang	2012	22,28	355	42367	4100
Kota Malang	2013	20,76	377	44657	4060
Kota Malang	2014	19,55	400	46955	3910
Kota Malang	2015	18,33	382	49280	3703
Kota Probolinggo	2011	25,60	187	23688	2430
Kota Probolinggo	2012	22,63	248	24975	1920
Kota Probolinggo	2013	21,03	190	26401	1900
Kota Probolinggo	2014	19,78	386	27609	1866
Kota Probolinggo	2015	18,51	331	28946	1837
Kota Pasuruan	2011	41,31	412	20224	1510
Kota Pasuruan	2012	35,53	293	21299	1460
Kota Pasuruan	2013	34,89	284	22439	1420
Kota Pasuruan	2014	34,11	429	23596	1452
Kota Pasuruan	2015	33,33	383	24709	1493
Kota Mojokerto	2011	22,21	448	26050	800
Kota Mojokerto	2012	19,71	334	27393	830
Kota Mojokerto	2013	19,44	442	28809	800
Kota Mojokerto	2014	19,23	321	30269	772
Kota Mojokerto	2015	19,02	312	31753	724
Kota Madiun	2011	23,43	281	37742	930
Kota Madiun	2012	20,93	286	40125	870
Kota Madiun	2013	20,56	410	42910	850
Kota Madiun	2014	20,32	362	45672	855
Kota Madiun	2015	20,07	378	48316	905
Kota Surabaya	2011	23,35	200	88810	17570
Kota Surabaya	2012	20,88	386	94768	16940
Kota Surabaya	2013	20,44	364	101368	16440
Kota Surabaya	2014	20,14	465	107959	16572
Kota Surabaya	2015	19,84	425	113815	16101
Kota Batu	2011	29,27	408	36138	870
Kota Batu	2012	26,00	251	38385	940
Kota Batu	2013	25,37	221	40869	910
Kota Batu	2014	24,89	378	43162	943
Kota Batu	2015	24,41	375	45615	905
Kabupaten Magetan	2011	23,21	250	14038	7180
Kabupaten Magetan	2012	20,58	312	14816	7630
Kabupaten Magetan	2013	20,26	338	15651	7400
Kabupaten Magetan	2014	20,01	425	16425	7116

Kabupaten Magetan	2015	19,76	373	17252	6924
-------------------	------	-------	-----	-------	------

## LAMPIRAN B

### Hasil Pengujian Chow

Redundant Fixed Effects Tests

Equation: Untitled

Test cross-section fixed effects

Effects Test	Statistic	d.f.	Prob.
Cross-section F	153.603459	(37,149)	0.0000
Cross-section Chi-square	696.772788	37	0.0000

Cross-section fixed effects test equation:

Dependent Variable: AKB

Method: Panel Least Squares

Date: 05/28/18 Time: 06:16

Sample: 2011 2015

Periods included: 5

Cross-sections included: 38

Total panel (balanced) observations: 190

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	3386.585	329.6551	10.27311	0.0000
PA	-3.497081	0.831308	-4.206720	0.0000
PDRB	-0.003597	0.001805	-1.992916	0.0477
KM	0.076234	0.009071	8.403845	0.0000

R-squared	0.377514	Mean dependent var	3049.837
Adjusted R-squared	0.367473	S.D. dependent var	1170.315
S.E. of regression	930.7695	Akaike info criterion	16.53073
Sum squared resid	1.61E+08	Schwarz criterion	16.59909
Log likelihood	-1566.419	Hannan-Quinn criter.	16.55842
F-statistic	37.60056	Durbin-Watson stat	0.113046
Prob(F-statistic)	0.000000		

**LAMPIRAN C**

## Hasil Pengujian Hausman

Correlated Random Effects - Hausman Test

Equation: Untitled

Test cross-section random effects

Test Summary	Chi-Sq. Statistic	Chi-Sq. d.f.	Prob.
Cross-section random	31.242835	3	0.0000

Cross-section random effects test comparisons:

Variable	Fixed	Random	Var(Diff.)	Prob.
PA	-0.680811	-1.046007	0.004412	0.0000
PDRB	-0.019501	-0.012000	0.000008	0.0075
KM	0.211727	0.116060	0.000615	0.0001

Cross-section random effects test equation:

Dependent Variable: AKB

Method: Panel Least Squares

Date: 05/28/18 Time: 06:17

Sample: 2011 2015

Periods included: 5

Cross-sections included: 38

Total panel (balanced) observations: 190

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	1205.018	440.0478	2.738380	0.0069
PA	-0.680811	0.212319	-3.206542	0.0016
PDRB	-0.019501	0.003991	-4.885914	0.0000
KM	0.211727	0.029929	7.074308	0.0000

## Effects Specification

Cross-section fixed (dummy variables)

R-squared	0.984097	Mean dependent var	3049.837
Adjusted R-squared	0.979828	S.D. dependent var	1170.315
S.E. of regression	166.2178	Akaike info criterion	13.25298
Sum squared resid	4116627.	Schwarz criterion	13.95365
Log likelihood	-1218.033	Hannan-Quinn criter.	13.53681

F-statistic	230.5101	Durbin-Watson stat	1.644444
Prob(F-statistic)	0.000000		

## LAMPIRAN D

Hasil Regresi Data Panel Menggunakan *Fixed Effect*

Dependent Variable: AKB

Method: Panel Least Squares

Date: 05/28/18 Time: 06:17

Sample: 2011 2015

Periods included: 5

Cross-sections included: 38

Total panel (balanced) observations: 190

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	1205.018	440.0478	2.738380	0.0069
PA	-0.680811	0.212319	-3.206542	0.0016
PDRB	-0.019501	0.003991	-4.885914	0.0000
KM	0.211727	0.029929	7.074308	0.0000

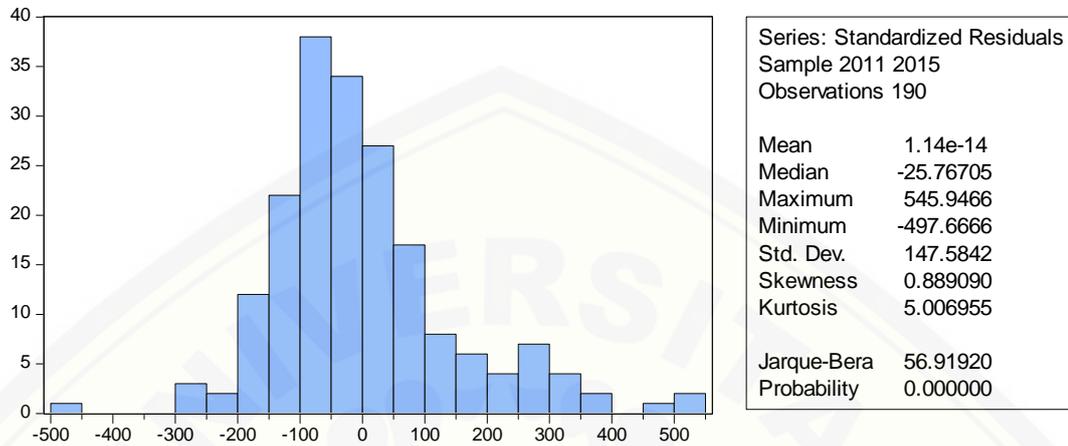
### Effects Specification

Cross-section fixed (dummy variables)

R-squared	0.984097	Mean dependent var	3049.837
Adjusted R-squared	0.979828	S.D. dependent var	1170.315
S.E. of regression	166.2178	Akaike info criterion	13.25298
Sum squared resid	4116627.	Schwarz criterion	13.95365
Log likelihood	-1218.033	Hannan-Quinn criter.	13.53681
F-statistic	230.5101	Durbin-Watson stat	1.644444
Prob(F-statistic)	0.000000		

**LAMPIRAN E**

Hasil Uji Normalitas



**LAMPIRAN F**

Hasil Uji Multikolinearitas

	AKB	PA	PDRB	KM
AKB	1.000000	-0.291398	-0.248969	0.551122
PA	-0.291398	1.000000	0.041245	-0.084064
PDRB	-0.248969	0.041245	1.000000	-0.239212
KM	0.551122	-0.084064	-0.239212	1.000000

**LAMPIRAN G**

Hasil Uji Heterokedastisitas

Dependent Variable: LOG(RES2)

Method: Panel Least Squares

Date: 05/28/18 Time: 06:23

Sample: 2011 2015

Periods included: 5

Cross-sections included: 38

Total panel (balanced) observations: 190

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	-8.790697	5.867949	-1.498087	0.1362
PA	-0.005225	0.002831	-1.845517	0.0669
PDRB	5.89E-05	5.32E-05	1.106320	0.2704
KM	1.28E-06	0.000399	0.003195	0.9975

Effects Specification

Cross-section fixed (dummy variables)

R-squared	0.263797	Mean dependent var	-8.709958
Adjusted R-squared	0.066159	S.D. dependent var	2.293653
S.E. of regression	2.216481	Akaike info criterion	4.618220
Sum squared resid	732.0056	Schwarz criterion	5.318894
Log likelihood	-397.7309	Hannan-Quinn criter.	4.902053
F-statistic	1.334748	Durbin-Watson stat	2.673815
Prob(F-statistic)	0.110764		