

Dinamika fertilitas dan prevalensi kontrasepsi di Indonesia

Fertility and contraception prevalence dynamics in Indonesia

Umi Listyaningsih^{1,2,*}, Sonyaruri Satiti²

¹Departemen Geografi Lingkungan, Fakultas Geografi, Universitas Gadjah Mada

²Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan, Universitas Gadjah Mada

*Korespondensi penulis: umilis@ugm.ac.id

ABSTRACT

The fertility dynamics are related to the direction of population policies and socio-economic conditions of the community. From the 1970s to 1990, Soeharto had succeeded in reducing fertility rates. Unfortunately, population control had weakened in 2000 when the government adopted regional autonomy. Consequently, population control was no longer a priority due to the merger of institutions with the full authority of population and family planning. In addition, improving the socio-economic conditions of society poses challenges to population control efforts. This paper aims to analyze fertility and contraceptive prevalence rate trend in Indonesia based on the 2017 Indonesia Demographic and Health Survey data. The data were analyzed using inferential statistics. The results indicate socio-economic conditions affect people's mindset in deciding the use of contraception and pregnancy. People are aware of birth control but tend not to use modern contraception and move to traditional contraception. The socio-economic improvement of women, which causes negative child value, is sufficiently a sufficient condition to maintain or reduce fertility. Other factors such as improvement of maternal education, maternal participation in work, and increased family welfare that is important to keep fertility at a low level.

Keywords: dynamics, fertility, contraceptive prevalence, Indonesia

ABSTRAK

Dinamika fertilitas erat kaitannya dengan arah kebijakan kependudukan dan kondisi sosial ekonomi masyarakat. Di masa pemerintahan Presiden kedua Indonesia, Soeharto – pada tahun 1970an hingga 1990 – telah berhasil menurunkan angka fertilitas. Namun, pengendalian penduduk melemah pada tahun 2000 ketika pemerintah memberlakukan kebijakan otonomi daerah. Hal ini dikarenakan pengendalian penduduk tidak lagi menjadi program prioritas karena penggabungan lembaga yang memiliki kewenangan penuh di bidang penduduk dan Keluarga Berencana. Selain itu, peningkatan kondisi sosial ekonomi masyarakat menjadi tantangan dalam upaya pengendalian penduduk. Tulisan ini bertujuan menganalisis tren fertilitas dan prevalensi kontrasepsi di Indonesia berdasarkan data SDKI 2017. Data dianalisis secara statistik inferensial. Hasil studi menunjukkan kondisi sosial ekonomi mempengaruhi pola pikir masyarakat dalam memutuskan penggunaan kontrasepsi dan kehamilan. Masyarakat memiliki kesadaran mengatur kelahiran, namun ada kecenderungan bahwa mereka tidak menginginkan penggunaan kontrasepsi modern dan beralih menggunakan kontrasepsi tradisional. Peningkatan sosial ekonomi perempuan yang menyebabkan nilai anak negatif merupakan kondisi yang cukup efektif untuk mempertahankan atau menurunkan fertilitas. Selain itu, hal-hal lain seperti peningkatan pendidikan ibu, partisipasi ibu dalam bekerja, dan peningkatan kesejahteraan keluarga menjadi hal penting untuk mempertahankan fertilitas tetap rendah.

Kata kunci: dinamika, fertilitas, prevalensi kontrasepsi, Indonesia



PENDAHULUAN

Sebagai negara dengan jumlah penduduk keempat terbesar di dunia, yaitu 270,20 juta jiwa menurut hasil Sensus Penduduk 2020 (BPS, 2020), isu kependudukan menjadi prioritas penting bagi pemerintah Indonesia. UU No. 52 tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga mengamanatkan penduduk sebagai titik sentral pembangunan berkelanjutan di Indonesia dalam upaya membangun sumber daya manusia yang berkualitas. Fertilitas sebagai salah satu isu dalam kajian kependudukan merupakan salah satu proses demografi yang perlu diperhatikan karena dinamikanya sangat terkait dengan perkembangan kondisi sosial ekonomi masyarakat (Bollen dkk., 2001; Goldstein dkk., 2009; Götmark & Andersson, 2020).

Fertilitas merupakan kemampuan berproduksi yang sebenarnya dari penduduk atau disebut juga dengan *actual reproduction performance*. Indikator fertilitas adalah jumlah kelahiran hidup yang dimiliki oleh seorang atau sekelompok perempuan. Istilah fertilitas sering disebut dengan kelahiran hidup (*live birth*), yaitu terlepasnya bayi dari rahim seorang wanita dengan adanya tanda-tanda kehidupan, seperti bernapas, jantung berdenyut, bergerak, meskipun hanya sekejap. Proses kelahiran yang tidak disertai dengan tanda-tanda kehidupan tersebut, maka disebut dengan lahir mati atau *still live*. Lahir mati dalam demografi tidak termasuk peristiwa kelahiran. Istilah lain yang menyertai fertilitas adalah fekunditas, yaitu ukuran potensi fisik untuk melahirkan anak atau kemampuan fisiologis wanita untuk memberikan keturunan. Sebaliknya, ketidak-mampuan seorang wanita untuk melahirkan disebut dengan istilah infekunditas, sterilitas atau infertilitas fisiologis. Fertilitas sering disamakan dengan natalitas. Kedua istilah ini mempunyai arti sama dengan fertilitas namun berbeda ruang lingkupnya. Fertilitas mencakup peranan kelahiran pada perubahan penduduk sedangkan natalitas mencakup peranan kelahiran pada perubahan penduduk dan reproduksi manusia. Istilah lain adalah paritas yang berarti jumlah anak yang telah dimiliki oleh seorang wanita.

Berbagai teori fertilitas senantiasa menggunakan variabel sosial ekonomi dalam menghubungkannya dengan kenaikan dan penurunan fertilitas. Teori “transisi demografi” yang diungkapkan oleh Thompson (1929) kemudian dikembangkan oleh Canning (2011) dan Galor (2012) menjelaskan dinamika proses demografi yang diukur dengan tingkat kematian dan fertilitas dikaitkan dengan perubahan kondisi sosial, ekonomi, budaya, dan politik manusia. Kirk (1996) menjelaskan teori tersebut menggambarkan fertilitas sangat dinamis dan mengalami naik turun. Selain itu, upaya penurunan fertilitas jauh lebih sulit dibandingkan dengan penurunan tingkat kematian karena fertilitas tidak hanya dipengaruhi oleh program tetapi juga perkembangan peradaban manusia yang terlihat dalam perubahan kondisi sosial ekonomi dan pola pikir masyarakat.

Freedman (1961) dengan pendekatan sosiologi juga menjelaskan keterkaitan antara fertilitas dan kondisi sosial, ekonomi, serta lingkungan. Selain kondisi sosial, ekonomi dan lingkungan, kerangka teori ini juga menjelaskan bahwa program Keluarga Berencana (KB) memiliki pengaruh terhadap variabel antara dan fertilitas. Kesertaan penduduk dalam ber-KB juga menjadi kunci naik turunnya fertilitas di suatu wilayah. Di Indonesia sendiri, program KB menjadi salah satu upaya yang efektif dalam menurunkan dan mengendalikan fertilitas (Dabroni, 1990). Buktinya, di beberapa provinsi angka fertilitas mengalami penurunan yang cukup tinggi sejak diberlakukannya program KB.

Davis dan Blake (1956) menemukan bahwa terdapat variabel yang secara langsung memengaruhi fertilitas, dan keberadaan variabel tersebut menghubungkan variabel sosial ekonomi dengan fertilitas. Kesebelas variabel antara tersebut adalah umur memulai hubungan kelamin (kawin), selibat permanen, yaitu proporsi wanita yang tidak pernah melakukan hubungan kelamin, lamanya masa reproduksi yang hilang karena perceraian, perpisahan atau ditinggal pergi oleh suami dan suami meninggal, abstinensi sukarela, abstinensi karena terpaksa karena impotensi, sakit, berpisah sementara yang tidak dapat dihindari, serta frekuensi hubungan seks merupakan indikator yang memengaruhi hubungan kelamin. Variabel kemungkinan

konsepsi meliputi fekunditas dan infekunditas, menggunakan atau tidak menggunakan alat kontrasepsi dan kesuburan atau kemandulan yang disengaja (sterilitas). Sementara itu, variabel yang memengaruhi kehamilan dan kelahiran dengan selamat meliputi kematian janin oleh faktor-faktor yang tidak disengaja dan kematian janin oleh faktor-faktor yang disengaja.

Selain penelitian Davis dan Blake (1956) serta Freedman (1961), kajian lain yang juga mempelajari determinan fertilitas adalah Bongaarts (1978) yang memaparkan bahwa faktor-faktor sosial-ekonomi secara tidak langsung berpengaruh terhadap fertilitas. Meskipun hubungan tersebut telah diperkenalkan sebelumnya, namun pembuktian kuantitatif yang menghubungkan variabel-variabel antara tersebut dengan tingkat fertilitas belum dilakukan. Kajian Bongaarts (1978) menyederhanakan sebelas variabel antara yang diperkenalkan oleh Davis dan Blake sebelumnya menjadi delapan faktor yang dikelompokkan menjadi tiga kategori umum, yaitu sebagai berikut: (i) *exposure factors* (proporsi penduduk yang menikah); (ii) *deliberate marital fertility control factors* (kontrasepsi dan *induced abortion*); dan (iii) *natural marital fertility factors* (*lactational infecundability*, frekuensi hubungan seksual, *sterility*, *spontaneous intrauterine mortality* dan *duration of fertile period*). Dari beberapa variabel di atas, Bongaarts (1978) menemukan variasi dalam empat faktor, yaitu perkawinan, kontrasepsi, pemberian ASI, dan aborsi. Empat faktor tersebutlah yang kemudian menjadi penyebab perbedaan fertilitas dalam suatu populasi.

Kondisi sosial, ekonomi, politik, dan lingkungan telah mengubah peradaban dan nilai-nilai kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang pada akhirnya memengaruhi persepsi, pola pikir, pengetahuan, dan sikap masyarakat terhadap suatu hal. Tahun 1970 merupakan awal tahun program Keluarga Berencana yang menekankan pada pengendalian jumlah penduduk. Semua lini kehidupan digerakkan untuk menyukseskan target kependudukan internasional yang diamanahkan dalam Konferensi Kependudukan pertama di Kairo. Hasil Sensus Penduduk 2010 menunjukkan keberhasilan program tersebut

dalam menekan laju pertumbuhan penduduk.

Tulisan ini merupakan hasil analisis data sekunder dengan sumber data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017. SDKI 2017 merupakan survei di bidang demografi dan kesehatan yang kedelapan yang dilakukan di Indonesia. SDKI sebelumnya dilaksanakan pada tahun 1987, 1991, 1994, 1997, 2002-2003, 2007, dan 2012. SDKI 2017 menyediakan gambaran menyeluruh tentang kondisi terkini kependudukan, KB, kesehatan reproduksi, serta kesehatan ibu dan anak di Indonesia. Hasil SDKI 2017 menjadi rujukan dalam evaluasi pencapaian program kependudukan, KB, dan kesehatan serta menjadi dasar dalam penyusunan RPJMN periode 2020-2024. Rencana pembangunan tersebut menentukan arah pembangunan dan kesejahteraan masyarakat Indonesia dalam lima tahun mendatang. Pertanyaan mengenai fertilitas terdapat di dalam daftar pertanyaan wanita dengan kriteria responden wanita usia subur (WUS) umur 15-49 tahun. Laporan SDKI 2017 menyajikan informasi rinci mengenai fertilitas dan beberapa determinannya, yang meliputi angka fertilitas (Tabel 5.1), angka fertilitas menurut karakteristik latar belakang (Tabel 5.2), angka fertilitas menurut umur (Tabel 5.3.1), tren ASFR dan TFR (Tabel 5.3.2), anak lahir hidup dan anak masih hidup (Tabel 5.4), jarak antar kelahiran (Tabel 5.5), amenore postpartum, abstinensi, dan tidak subur setelah melahirkan (Tabel 5.6), median lamanya amenore postpartum, abstinensi, dan tidak subur setelah melahirkan (Tabel 5.7), menopause (Tabel 5.8), umur melahirkan pertama (Tabel 5.9), median umur melahirkan pertama (Tabel 5.10), dan fertilitas remaja (Tabel 5.11).

Kajian fertilitas dilakukan untuk mengestimasi peluang pencapaian target kebijakan kependudukan yaitu penduduk tumbuh seimbang pada tahun 2020. Metode analisis yang digunakan adalah analisis kuantitatif dengan menggunakan statistik deskriptif yang kemudian dilanjutkan dengan analisis multivariate, yaitu *logistic regression* (*binary logistic regression*). Variabel SDKI 2017 yang digunakan yaitu jumlah anak lahir hidup sebagai indikator fertilitas. Variabel pengaruh adalah pendidikan

dan kuintil kekayaan sebagai indikator faktor sosial ekonomi, serta jumlah anak yang diinginkan dan jumlah anak ideal untuk mengukur norma. Faktor lingkungan diukur dengan status wilayah perkotaan dan perdesaan serta keterpaparan terhadap media tentang KB. Faktor demografi sebagai variabel kontrol adalah umur Wanita Usia Subur (WUS). Faktor langsung adalah umur pertama kali melakukan hubungan seksual, umur kawin pertama, umur pertama melakukan hubungan seksual, umur pertama melahirkan, dan pemakaian kontrasepsi.

FERTILITAS INDONESIA DALAM KONTEKS GLOBAL

Angka Kelahiran Total atau *Total Fertility Rate* (TFR) adalah jumlah rata-rata anak yang dilahirkan seorang wanita selama usia suburnya (15-49 tahun). Indikator ini penting dan strategis untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan suatu negara ataupun seluruh negara dalam mengendalikan jumlah penduduknya melalui program KB. Dalam hal ini, TFR sebesar 2,1 merupakan angka standar capaian ideal bagi seluruh negara (penduduk tumbuh seimbang). Dengan TFR 2,1 maka 2 orang anak yang dilahirkan hanya akan menggantikan kedua orang tuanya. Dalam jangka panjang penduduk di suatu negara dengan TFR 2,1 akan mengalami pertumbuhan nol (*zero population growth*). Capaian ideal TFR tidak tepat 2,0 karena memperhitungkan faktor mortalitas dari bayi yang dilahirkan. Apabila TFR berada di bawah angka 2,1 maka penduduk cenderung akan mengalami penurunan dalam hal jumlahnya, serta akan mengalami penuaan. Sementara itu, apabila TFR lebih dari 2,1 maka jumlah penduduk akan mengalami pertumbuhan, yang besarnya sangat ditentukan oleh angka TFR tersebut.

Pelaksanaan program KB yang sudah secara intensif sejak tahun 1960an oleh sebagian besar negara, berakibat pada penurunan angka TFR yang cukup signifikan. Menurut data *World Population Prospects yang* dipublikasikan oleh *Population Division, United Nations, Department of Economic and Social Affairs* (Population Division UN DESA, 2019), angka TFR selama 50 tahun terakhir mengalami

penurunan yang cukup signifikan. Angka TFR menurun dari 4,7 anak per wanita usia subur tahun 1950 menjadi 2,5 tahun 2019. Selanjutnya, TFR diproyeksikan akan menjadi 2,2 tahun 2050 dan 1,9 tahun 2100. Hampir setengah dari 235 negara dan kawasan yang dilakukan perhitungan dan proyeksi oleh UN DESA berada pada posisi TFR kurang dari 2,1 atau di bawah *replacement level*, yang akan berpotensi mengalami pertumbuhan nol dalam jangka panjang. Bahkan, sudah ada 25 negara di tahun 2019 yang sudah berada di bawah angka TFR 1,5. Dalam hal ini, seluruh negara di Eropa dan Amerika termasuk Australia dan Selandia Baru masuk pada kategori TFR di bawah 2,1. Capaian TFR serupa juga ditemui di empat negara di Asia Tengah dan Selatan, 12 negara di Asia Timur dan Asia Tenggara, 20 negara di Amerika Latin dan Karibia, sepuluh negara di Afrika Utara dan Asia Barat, dua negara di Pasifik, serta satu negara di Sub Sahara Afrika. Meskipun begitu, TFR masih tetap tinggi secara keseluruhan di wilayah Sub Sahara Afrika (rata-rata 4,6), sedangkan TFR di wilayah Oceania (tidak termasuk Australia dan New Zealand) mencapai 3,4, di Afrika bagian utara serta Asia Barat masih rata-rata 2,9, serta di Asia Tengah serta Asia Selatan rata-rata 2,4. Tabel 1 menyajikan 10 negara dengan TFR tertinggi dan 10 negara dengan TFR terendah.

Menurunnya rata-rata jumlah anak per wanita usia subur berakibat pada menurunnya laju pertumbuhan penduduk secara global (Goldstein dkk., 2009). Puncak pertumbuhan penduduk sebelumnya terjadi pada kurun waktu 1965–1970, yaitu rata-rata mencapai 2,1% per tahun dan terus mengalami penurunan yaitu sampai dengan 1,1% per tahun dalam kurun waktu 2015-2020. Walaupun terjadi penurunan rata-rata jumlah anak per wanita usia subur menjadi 2,5 anak tahun 2019, tetapi kondisi ini tidak secara langsung menggambarkan kecenderungan penurunan jumlah penduduk. Pertambahan penduduk secara absolut akan terus terjadi dan diperkirakan akan mencapai puncaknya pada tahun 2100. Pertambahan penduduk di abad 21 ini merupakan akibat dari jumlah penduduk yang terus mengalami pelonjakan selama abad 20. Pada tahun 1900 jumlah penduduk dunia masih 1,6 milyar, tetapi tahun 2000 meningkat menjadi 6,1 milyar.

Tabel 1. 10 Negara dengan TFR Tertinggi dan Terendah

10 Negara dengan TFR Tertinggi			10 Negara dengan TFR Terendah		
Rank	Country	TFR	Rank	Country	TFR
1	Niger	6,95	191	Hong Kong	1,326
2	Somalia	6,12	192	Greece	1,302
3	Dr Congo	5,963	193	Portugal	1,288
4	Mali	5,922	194	Bosnia and Herzegovina	1,27
5	Chad	5,797	195	Moldova	1,255
6	Angola	5,55	196	Puerto Rico	1,22
7	Burundi	5,45	197	Singapore	1,209
8	Nigeria	5,417	198	Macau	1,2
9	Gambia	5,25	199	Taiwan	1,15
10	Burkina Faso	5,231	200	South Korea	1,11

Sumber: Population Division UN DESA (2019)

Dalam lingkup global, capaian TFR Indonesia berada di posisi tengah. Berdasarkan data dari 200 negara, Indonesia berada pada posisi ke-94 TFR tertinggi sebesar 2.32 anak per wanita usia subur (Population Division UN DESA, 2019). Jika TFR diasumsikan sebagai indikator dalam keberhasilan dalam pelaksanaan program KB, Indonesia tergolong tertinggal jika dibandingkan dengan Bangladesh yang sudah berhasil meraih TFR sebesar 2.05 (rangking 117). Untuk lingkup di negara ASEAN (Tabel 2), TFR Indonesia masih lebih tinggi dibanding Myanmar (2,17), Vietnam (2,05), dan Singapura (1,2).

Tabel 2. Pencapaian TFR di Negara ASEAN

No	Name	TFR	Global Rank	Population 2019
1	Laos	2,7	76	7.169.455
2	Philippines	2,58	77	108.116.615
3	Cambodia	2,524	78	16.486.542
4	Indonesia	2,32	94	270.625.568
5	Myanmar	2,17	106	54.045.420
6	Vietnam	2,056	115	96.462.106
7	Malaysia	2,01	119	31.949.777
8	Brunei	1,848	137	433.285
9	Thailand	1,535	171	69.625.582
10	Singapore	1,209	197	5.804.337

Sumber: Population Division UN DESA (2019)

Population Division UN DESA (2019) juga melakukan proyeksi TFR, laju pertumbuhan penduduk, serta jumlah penduduk untuk pertama kalinya sampai dengan tahun 2100. Jumlah penduduk dunia diperkirakan sebesar 7,7 milyar jiwa pada tahun 2019 dengan mengacu pada hasil sensus di seluruh negara. Angka ini akan terus bertambah menjadi 8,5 milyar jiwa pada tahun 2030 (bertambah 800 juta dalam 10 tahun

mendatang), 9,7 miliar jiwa pada tahun 2050, serta diperkirakan mencapai puncaknya menjadi 10,9 miliar jiwa pada tahun 2100. Setelah itu, jumlah penduduk dunia diperkirakan akan mengalami penurunan.

Berdasarkan proyeksi Population Division UN DESA (2019), Indonesia diprediksi mengalami penurunan TFR di masa mendatang, dan kondisi ini akan berimplikasi pada jumlah penduduk. Pada periode 2045-2050, TFR Indonesia diprediksi sebesar 1,91 dengan jumlah penduduk 331 juta, lalu TFR Indonesia diproyeksi mencapai 1,78 untuk periode 2095-2100, dengan jumlah penduduk menurun menjadi 321 juta.

Mengacu pada proyeksi ini, urutan jumlah penduduk negara-negara di dunia diprediksi turut mengalami perubahan. Indonesia tidak lagi berada pada posisi empat besar, tetapi turun pada urutan keenam, di bawah Nigeria dan Pakistan. Posisi Indonesia juga diperkirakan turun ke posisi tujuh pada tahun 2100 dengan naiknya Kongo di urutan 6. Meskipun begitu, tidak ada kepastian dari proyeksi ini karena akan banyak hal yang dapat terjadi dalam rentang waktu yang sekian lama, terutama dalam hal kebijakan KB di tiap negara, terutama di Sub Sahara Afrika.

TREN FERTILITAS DI INDONESIA

Pada zaman Hindia Belanda, pemerintah telah mengenal kebijakan kependudukan yaitu kebijakan transmigrasi. Tujuan utama adalah perpindahan penduduk dari Jawa ke luar Pulau Jawa karena persoalan ketimpangan kepadatan penduduk (Adioetomo dkk., 2010). Sementara

itu, era pemerintahan Soekarno memilih kebijakan pro-natalis untuk mempercepat proses pembangunan dan pertahanan. Kebijakan kependudukan era Soeharto berubah menjadi kebijakan antinatalis. Beberapa hal yang menjadi pertimbangan dalam pelaksanaan kebijakan ini adalah laju pertumbuhan penduduk yang tidak seimbang dengan kualitas pendidikan, kesehatan, produktivitas, dan kesejahteraan; persebaran penduduk yang tidak merata antara Pulau Jawa dan luar Pulau Jawa; ketersediaan fasilitas sosial ekonomi yang kurang memadai dan belum mampu melayani masyarakat secara maksimal, serta angka pengangguran dan kesenjangan sosial yang berpotensi menciptakan konflik sosial. Berbagai hal tersebut ditengarai dapat mejadi persoalan dalam pelaksanaan pembangunan.

Kebijakan antinatalis menjadikan KB sebagai program nasional yang menjadi tanggung jawab semua lembaga pemerintah dengan *leading sector* Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). Sejak tahun 1970 hingga 1990, BKKBN berkomitmen melakukan kebijakan pengendalian penduduk dengan program Dua Anak Cukup. Komitmen ini merupakan upaya yang luar biasa untuk mengubah *mindset* dari norma keluarga besar menjadi norma keluarga kecil. Program KB cukup berhasil menekan angka pertumbuhan penduduk. Hal ini terbukti dari perbedaan jumlah penduduk dari hasil Sensus Penduduk 2000 sebesar 280 juta jiwa yang jauh lebih rendah dibandingkan dengan perkiraan beberapa ahli sebesar 350 juta jiwa. Hasil Sensus Penduduk 2010 mencatat jumlah penduduk sebesar 238 juta jiwa, lebih rendah dari proyeksi penduduk yang dibuat berdasarkan hasil sensus sebelumnya.

Salah satu bukti keberhasilan kebijakan antinatalis adalah penurunan angka fertilitas. Indonesia selama 46 tahun berhasil menurunkan angka fertilitas dari 5,6 menjadi 2,4, meskipun upaya penurunan TFR mengalami stagnasi dalam kurun waktu tertentu. Setelah otonomi daerah di tahun 2001, hasil SDKI 2002 menunjukkan TFR Indonesia sebesar 2,6. Namun, SDKI 2007 dan SDKI 2012 mencatat angka TFR yang stagnan pada posisi 2,6 (bertahan sekitar 15 tahun). Padahal, visi BKKBN 2010–2014 adalah menuju penduduk tumbuh seimbang tahun 2015. Pada SDKI 2017, angka TFR turun ke angka 2,4.

Namun, capaian ini berbeda secara mencolok antara wilayah pedesaan dan perkotaan. Hasil survei melaporkan bahwa TFR pedesaan masih sebesar 2,6, sementara TFR perkotaan telah mencapai 2,3 anak per wanita usia subur.

Kebijakan kependudukan mengalami banyak perubahan setelah pemberlakuan kebijakan otonomi daerah atau perubahan dari sistem pemerintahan sentralistik menjadi desentralisasi pada tahun 2000 yang turut dipengaruhi oleh krisis ekonomi dan sosial pada tahun 1997. Kehadiran UU Pemerintahan Daerah yang diwarnai dengan semangat otonomi daerah berdampak pada arah kebijakan kependudukan yang tidak konsisten dan kurangnya perhatian. Penggabungan lembaga atau institusi yang menangani kependudukan menyebabkan banyak persoalan kependudukan yang hanya terselesaikan pada tingkat permukaan saja, sedangkan sebab dan akar masalahnya tidak terpikirkan dan diatasi.

Capaian TFR Indonesia sejauh ini relatif masih jauh dari target laju pertumbuhan di bawah 1% dan TFR 2,1 anak per wanita usia subur di tahun 2015. Fenomena TFR yang stagnan sebenarnya juga dialami oleh negara-negara lain yang sedang mengalami transisi fertilitas. Penelitian Bongaarts (2005) terhadap tujuh negara yang mengalami stagnasi TFR (Bangladesh, Kolombia, Republik Dominika, Ghana, Kenya, Peru, dan Turki) menunjukkan bahwa stagnasi TFR di kisaran 2,1 hingga 5 anak per wanita, dan negara-negara ini masih dalam proses transisi menuju tingkat *replacement level* (TFR=2,1). Menurut Bongaarts (2005), faktor yang menyebabkan TFR stagnan adalah penurunan yang tajam dalam permintaan dan pemakaian kontrasepsi, serta perubahan dalam preferensi fertilitas yang diukur dari jumlah anak yang diinginkan. Dari faktor sosial ekonomi, tidak ada satupun dari tujuh negara itu memiliki kesamaan. Artinya, setiap negara memiliki penyebab stagnasi TFR yang berbeda. Bongaarts (2005) menambahkan bahwa TFR yang stagnan tidak disebabkan oleh menurunnya akses terhadap kontrasepsi karena negara-negara tersebut masih mendukung pelaksanaan program KB.

Tabel 3 menyajikan angka TFR Indonesia per provinsi dari hasil dari empat SDKI terakhir. Dari hasil SDKI 2017 terlihat belum ada provinsi yang mencapai TFR di bawah 2,1. Provinsi yang memiliki TFR sebesar 2,1 adalah Jawa Timur dan Bali. Provinsi dengan capaian TFR sama dan di bawah rata-rata nasional (2,4) sebanyak 15

provinsi. Seluruh provinsi yang memiliki penduduk besar di pulau Jawa memiliki TFR sama atau di bawah rata-rata nasional. Hanya satu provinsi yaitu Sumatera Utara yang memiliki penduduk besar (14.415.000) yang capaian TFR-nya masih di atas rata-rata nasional (2,9).

Tabel 3. Tingkat Fertilitas Provinsi di Indonesia

Provinsi	SDKI 2002-2003	SDKI 2007	SDKI 2012	SDKI 2017
<i>Sumatera</i>				
Aceh	N/A	3,1	2,8	2,7
Sumatera Utara	3,0	3,8	3,0	2,9
Sumatera Barat	3,2	3,4	2,8	2,5
Riau	3,2	2,7	2,9	2,9
Jambi	2,7	2,8	2,3	2,3
Sumatera Selatan	2,3	2,7	2,8	2,6
Bengkulu	3,0	2,4	2,2	2,3
Lampung	2,7	2,5	2,7	2,3
Bangka Belitung	2,4	2,5	2,6	2,3
Kepulauan Riau	N/A	3,1	2,6	2,3
<i>Jawa</i>				
DKI Jakarta	2,2	2,1	2,3	2,2
Jawa Barat	2,8	2,6	2,5	2,4
Jawa Tengah	2,1	2,3	2,5	2,3
DI Yogyakarta	1,9	1,8	2,1	2,2
Jawa Timur	2,1	2,1	2,3	2,1
Banten	2,6	2,6	2,5	2,3
<i>Bali dan Nusa Tenggara</i>				
Bali	2,1	2,1	2,3	2,1
Nusa Tenggara Barat	2,4	2,8	2,8	2,5
Nusa Tenggara Timur	4,1	4,2	3,3	3,4
<i>Kalimantan</i>				
Kalimantan Barat	2,9	2,8	3,1	2,7
Kalimantan Tengah	3,2	3,0	2,8	2,5
Kalimantan Selatan	3,0	2,6	2,5	2,4
Kalimantan Timur	2,8	2,7	2,8	2,7
Kalimantan Utara	N/A	N/A	N/A	2,8
<i>Sulawesi</i>				
Sulawesi Utara	2,6	2,8	2,6	2,2
Sulawesi Tengah	3,2	3,3	3,2	2,7
Sulawesi Selatan	2,6	2,8	2,6	2,4
Sulawesi Tenggara	3,6	3,3	3,0	2,8
Gorontalo	2,8	2,6	2,6	2,5
Sulawesi Barat	N/A	3,5	3,6	2,7
<i>Maluku dan Papua</i>				
Maluku	N/A	3,9	3,2	3,3
Maluku Utara	N/A	3,2	3,1	2,9
Papua Barat	N/A	3,4	3,7	3,2
Papua	N/A	2,9	3,5	3,3
Indonesia	2,6	2,6	2,6	2,4

Sumber: BPS, BKKBN, Kemenkes, & Macro International Inc. (2003; 2008; 2013; 2018)

Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) merupakan salah satu provinsi dengan tingkat fertilitas rendah di Indonesia. Angka fertilitas di DIY selalu lebih rendah dibandingkan dengan tingkat nasional. Bahkan, *gap* angka

fertilitas nasional dan DIY cukup besar pada periode 2002 dan 2012. Dinamika capaian fertilitas di DIY telah berlangsung sejak 1971-2017. Pada 1971, angka fertilitas di DIY sebesar 4,76. Artinya rata-rata jumlah anak yang dimiliki

oleh perempuan di DIY sampai perempuan tersebut menyelesaikan masa reproduksinya sebesar 4-5 anak. Nilai TFR terus mengalami penurunan yang tajam hingga mencapai angka 1,44 pada tahun 1997. Nilai TFR ini tercatat sebagai nilai TFR terendah yang dicapai DIY selama periode 1971- 2017. Angka fertilitas dalam dua periode terakhir cenderung mengalami peningkatan dari 1,8 di tahun 2007 menjadi 2,1 di tahun 2012 dan 2,2 di tahun 2017. Angka fertilitas DIY pada tahun 2017 mengalami peningkatan dibandingkan sebelumnya, bahkan lebih tinggi dibandingkan dengan provinsi lain yang mengalami penurunan atau stagnasi. Meskipun begitu, capaian TFR DIY masih tergolong dalam kategori fertilitas rendah karena tidak jauh berbeda dengan *replacement level*. Tren peningkatan angka TFR ini memunculkan pertanyaan apakah angka fertilitas di DIY akan terus mengalami peningkatan atau tren ini merupakan dinamika wilayah dengan fertilitas rendah, artinya kenaikan fertilitas ini tidak mungkin menjauhi angka 2,1 baik lebih tinggi ataupun lebih rendah.

Teori transisi demografi menggambarkan bahwa suatu wilayah dengan tingkat fertilitas tinggi dapat dengan mudah diturunkan. Kondisi ini berbeda untuk wilayah dengan fertilitas rendah. Penurunan fertilitas sangat lambat bahkan dalam kondisi yang sudah rendah, angka fertilitas cenderung mengalami peningkatan. Transisi demografi merupakan sebuah perspektif atau teori kependudukan berupa model yang menjelaskan perubahan populasi dari waktu ke waktu (Bongaarts & Feeney, 1998; Bongaarts & Watkins, 1996). Perubahan yang terjadi dipercaya dipicu oleh terjadinya perkembangan pembangunan ekonomi, ilmu pengetahuan, teknologi, serta perubahan kondisi sosial yang menyebabkan berubahnya angka kelahiran, angka kematian, dan angka harapan hidup. Pada akhirnya, negara-negara yang tergolong sangat maju akan mengalami angka kelahiran dan kematian rendah, dan kondisi ini mencerminkan populasi yang telah stabil.

Salah satu faktor yang memengaruhi perubahan jumlah populasi adalah pendidikan. Semakin tinggi tingkat pendidikan istri atau wanita, mereka cenderung untuk merencanakan jumlah anak yang semakin sedikit (Todaro &

Smith, 2009). Keadaan ini menunjukkan bahwa wanita yang telah mendapatkan pendidikan lebih baik cenderung memperbaiki kualitas anak dengan cara memperkecil jumlah anak untuk mempermudah dalam perawatan, pembimbingan dan pemberian pendidikan yang lebih layak. Pendidikan dianggap sebagai input dan output perubahan demografi sebab pendidikan yang tinggi sering kali mendorong kesadaran orang untuk tidak memiliki banyak anak. Dengan pendidikan yang tinggi, seseorang cenderung memilih untuk mempunyai anak dalam jumlah kecil tetapi bermutu, dibanding dengan memiliki banyak anak tetapi tidak terurus. Kondisi ini juga memberi kesempatan kepada pemerintah dan para orang tua untuk lebih memperhatikan anak. Dengan kata lain, upaya membatasi kelahiran berangkat dari suatu kesadaran dalam memaknai kehadiran seorang anak dan kewajiban apa yang harus diberikan untuk anaknya. Keputusan untuk memiliki anak berasal dari sebuah pertimbangan logis yang didasari pada keuntungan dan kerugian kehadiran seorang anak atau dengan kata lain bagaimana nilai anak di mata keluarga, khususnya ibu.

Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa naik turun angka fertilitas atau dinamika tingkat fertilitas merupakan hal yang wajar dalam kondisi fertilitas rendah, seperti yang ditemui di DIY. Meskipun begitu, kondisi ini tidak berpotensi mengakibatkan kenaikan angka fertilitas secara signifikan. Dalam kondisi tersebut, peran pemerintah semakin berat untuk memper-tahankan angka fertilitas dalam bingkai penduduk tumbuh seimbang atau TFR sama dengan 2,1 dan NRR sama dengan 1. Upaya mendorong seseorang yang memiliki paham antinatalis untuk melahirkan anak juga bukanlah hal yang mudah.

TREN PEMAKAIAN KONTRASEPSI DI INDONESIA

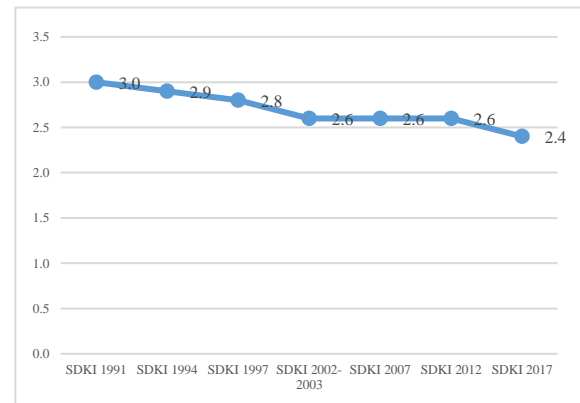
Pemakaian kontrasepsi merupakan salah satu determinan utama fertilitas. Tren pemakaian kontrasepsi dapat menjadi informasi yang berguna tentang bagaimana pasangan usia subur mengontrol fertilitasnya, serta jenis kontrasepsi yang dibutuhkan dan yang telah terpenuhi (Magadi & Curtis, 2003). Davis dan Blake (1956) juga menyatakan bahwa pemakaian alat

kontrasepsi terkait dengan fertilitas. Asumsinya, fertilitas akan mengalami penurunan apabila tren angka prevalensi pemakaian kontrasepsi mengalami kenaikan. Semakin tinggi proporsi wanita usia subur dan/atau pasangannya yang menggunakan kontrasepsi ketika melakukan hubungan seks, semakin rendah kemungkinan mengalami kehamilan. Oleh karena itu, jika angka prevalensi penggunaan kontrasepsi mengalami kenaikan, maka angka fertilitas akan mengalami penurunan. Ketika tren angka fertilitas mengalami kemandegan, salah satu kemungkinan penyebabnya adalah terhentinya kenaikan prevalensi penggunaan kontrasepsi.

Beberapa studi menunjukkan bahwa pemakaian alat kontrasepsi terbukti mampu menurunkan angka kelahiran (Ananta dkk., 1992; Bongaarts, 1978; Hull, 1976). Di Nepal, penggunaan alat kontrasepsi berhasil menurunkan angka kelahiran menjadi 4,2. Begitu juga di India dan Bangladesh, penggunaan kontrasepsi berhasil menurunkan angka kelahiran menjadi 3,5 dan 2 (Jayaraman dkk., 2009). Sementara itu, penelitian Kimani (2000) di Kenya menunjukkan adanya hubungan negatif antara pemakaian alat kontrasepsi dan penurunan TFR. Selama periode 1989-1998, TFR mengalami penurunan dari 6,7 menjadi 4,7 dan pemakaian alat kontrasepsi meningkat dari 27% menjadi 39%. Penelitian Adlakha (1997) di India juga menunjukkan kecenderungan serupa. Tren pemakaian alat kontrasepsi mengalami peningkatan dari 35% pada tahun 1980 menjadi 40,7% pada tahun 1993. Peningkatan prevalensi ini diikuti penurunan TFR dari 4,7 pada tahun 1980 menjadi 3,5 pada tahun 1993. Penelitian Ayad dan Rathavuth (2009) menunjukkan pemakaian alat kontrasepsi di Rwanda meningkat dari 7,4% pada tahun 2000 menjadi 23,9% pada tahun 2007/2008. Namun, penurunan TFR tidak terlalu signifikan dari 5,8 pada tahun 2000 menjadi 5,5 pada tahun 2007/2008.

Hasil proyeksi penduduk menunjukkan bahwa jumlah penduduk Indonesia meningkat dari 238,5 juta jiwa pada tahun 2010 menjadi 265 juta jiwa pada tahun 2018 (BPS, 2010). Peningkatan jumlah penduduk ini bisa dilihat melalui jumlah kelahiran. Pada level nasional, TFR selama lebih dari dua dekade tercatat

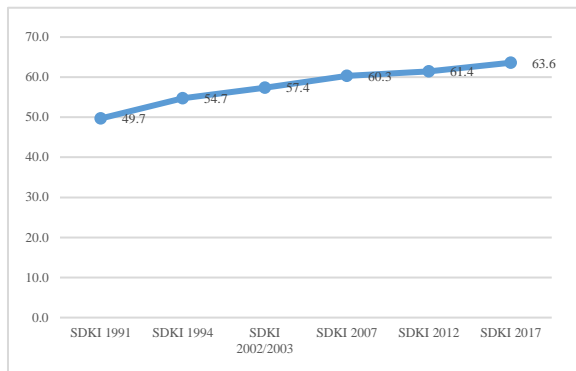
menurun, terutama dalam rentang waktu antara tahun 1991 dan 2002-2003 (Gambar 1). Data SDKI 1991 menunjukkan angka fertilitas total sebesar 3,0 anak. Artinya seorang perempuan di Indonesia rata-rata melahirkan 3,0 anak selama periode masa reproduksi perempuan. Penurunan terus terjadi hingga tahun 2002-2003 dengan TFR sebesar 2,6 anak per perempuan dan angka fertilitas total ini ajeg hingga tahun 2012. Pada 2017, hasil SDKI menunjukkan angka TFR yang menurun, yaitu sebesar 2,4 anak selama masa reproduksi perempuan.



Sumber: BPS, BKKBN, Kemenkes, & Macro International Inc. (1992; 1995; 1998; 2003; 2008; 2013; 2018)

Gambar 1. Tren TFR di Indonesia, 1991-2017

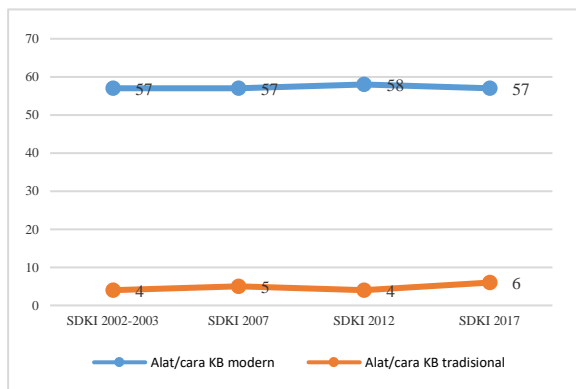
Penurunan fertilitas ini dipengaruhi oleh pengaturan kehamilan dan kelahiran. Hal ini bisa dilihat melalui meningkatnya pemakaian alat/cara kontrasepsi (Gambar 2). Pemakaian kontrasepsi merupakan salah satu variabel yang secara langsung berpengaruh terhadap angka kelahiran. Adapun yang termasuk kategori kontrasepsi adalah IUD, pil, hormon, suntik, kondom, sterilisasi, dan norplant, sedangkan cara-cara sederhana, seperti senggama terputus dan pantang berkala, tidak termasuk di dalamnya (Singarimbun, 1987). Sementara itu, Hatcher dkk. (1997) mengelompokkan cara kontrasepsi ke dalam tiga metode, yaitu (i) metode sangat efektif yang terdiri dari norplant, IUD, vasektomi, suntik, dan sterilisasi; (ii) metode efektif, yaitu LAM; serta (iii) metode kurang efektif yang terdiri dari kondom, pantang berkala, dan kontrasepsi diafragmal. Pada tahun 1991, pemakaian alat/cara KB sebesar 49,7% dan meningkat menjadi 63,6% pada tahun 2017.



Sumber: BPS, BKKBN, Kemenkes, & Macro International Inc. (1992; 1995; 1998; 2003; 2008; 2013; 2018)

Gambar 2. Tren *Contraceptive Prevalence Rate (CPR)* di Indonesia, 1991-2012

Dalam tulisan ini, penggunaan alat kontrasepsi dibedakan menjadi dua, yaitu kontrasepsi modern dan tradisional. Kontrasepsi modern meliputi sterilisasi, pil, IUD, suntik, implant, dan kondom, sedangkan kontrasepsi tradisional adalah pantang berkala, senggama terputus, dan cara tradisional lainnya, seperti jamu dan pijat. Kontrasepsi modern diasumsikan memiliki efektivitas tinggi terhadap pencegahan kehamilan walaupun sejauh ini belum ditemukan penelitian yang secara spesifik mengkaji efektivitas penggunaan setiap alat kontrasepsi terhadap fertilitas. Pemakaian alat/cara KB modern di antara wanita kawin meningkat dalam kurun waktu 2002-2003 hingga 2012, namun sedikit turun pada tahun 2017 (Gambar 3).

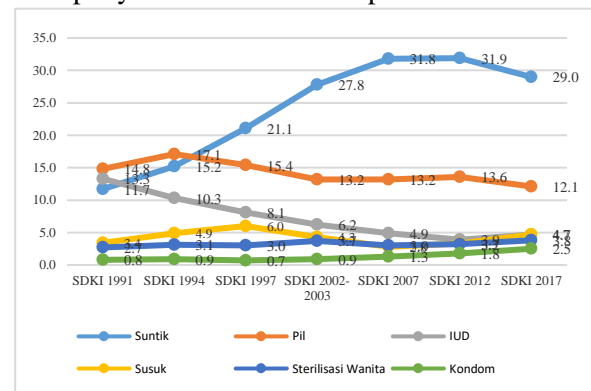


Sumber: BPS, BKKBN, Kemenkes, & Macro International Inc. (1992; 1995; 1998; 2003; 2008; 2013; 2018)

Gambar 3. Tren Pemakaian Alat/Cara KB Modern dan Tradisional di Indonesia, 1991-2017

Sementara itu, pemakaian alat/cara KB tradisional terus meningkat dari tahun 2002/2003 hingga tahun 2017. Di beberapa wilayah di Indonesia, pemakaian alat/cara KB tradisional mengalami peningkatan cukup signifikan bersamaan dengan peningkatan pemakaian alat/cara KB modern. Dalam hal ini, pemerintah perlu meningkatkan kualitas pemberian informasi mengenai alternatif dan dampak pemakaian kontrasepsi modern jika pemerintah masih menginginkan kontrasepsi sebagai metode yang efektif untuk menekan angka kelahiran.

Berdasarkan alat/cara KB, suntik menjadi pilihan yang semakin diminati. Terlihat peningkatan yang signifikan dari 11,7% pada tahun 1991 menjadi 29% pada tahun 2017 (Gambar 4). Cara/alat KB lain yang peminatnya cukup tinggi adalah pil. Pada tahun 1994, penggunaan pil mencapai titik tertinggi sebesar 17,1%. Meskipun pil masih banyak diminati hingga tahun 2017, penggunaannya turun menjadi 12,1%. Suntik dan pil menjadi pilihan terbanyak untuk alat/cara KB karena dianggap mempunyai risiko minim dan praktis.



Sumber: BPS, BKKBN, Kemenkes, & Macro International Inc. (1992; 1995; 1998; 2003; 2008; 2013; 2018)

Gambar 4. Tren Pemakaian Alat/Cara KB di Indonesia SDKI 1991-2017

Hal yang menarik adalah KB dengan cara susuk. Penggunaannya tercatat meningkat, mulai dari 3,1% pada tahun 1991, naik menjadi 4,3% pada tahun 2002-2003 dan 4,7% pada tahun 2017. Selain itu, tren pemakaian kondom tercatat meningkat dengan angka tertinggi sebesar 2,5% pada tahun 2017. Metode kontrasepsi lainnya tanpa menggunakan alat adalah berkala dan senggama terputus. Kedua cara ini memiliki persentase rendah (kurang dari 1%).

Tingkat pemakaian alat kontrasepsi yang fluktuatif dan bervariasi di tiap daerah juga dimungkinkan dengan semakin menguatnya kesadaran masyarakat dalam memilih dan menentukan alat kontrasepsi, sebagaimana diamanatkan dalam deklarasi ICPD 1994 yang mengusung hak-hak kesehatan reproduksi perempuan. Di era reformasi, pengetahuan masyarakat pun semakin meluas karena diskusi mengenai hak-hak perempuan terhadap kesehatan reproduksi banyak dilakukan di ruang publik. Sebelum era reformasi, kebebasan masyarakat dalam memilih dan menentukan jenis alat kontrasepsi yang akan dipakai sangat terbatas. Hal itu terlihat dari terbatasnya pilihan-pilihan jenis kontrasepsi yang ditawarkan, sehingga akseptor kesulitan mendapatkan jenis kontrasepsi pengganti ketika ada masalah dengan kontrasepsi lama yang dipakai.

PERENCANAAN SPASIAL: POSISI TFR DAN CPR MENURUT PROVINSI

Pemerintah Indonesia, dalam hal ini BKKBN, berharap bahwa tingkat fertilitas berdasarkan provinsi di Indonesia dapat mencapai tingkat pergantian, yaitu TFR 2,1. Untuk mencapai hal ini, provinsi dengan TFR 2,1 atau di bawah 2,1 dapat dikatakan telah mencapai target yang ditetapkan, sedangkan provinsi dengan TFR di atas 2,1 berarti masih belum mencapai target. Di antara 34 provinsi di Indonesia, belum ada yang mencapai target. Angka fertilitas terkecil dicapai oleh Bali dengan TFR 2,20 dan tertinggi adalah NTT dengan TFR 3,20. Hasil ini juga dapat menunjukkan bahwa program KB belum berjalan maksimal di Indonesia.

Hubungan antarvariabel dapat digambarkan menggunakan analisis kuadran, misalnya hubungan antara angka prevalensi pemakaian alat kontrasepsi (*Contraceptive Prevalence Rate/CPR*) dan TFR. Idealnya CPR dan TFR memiliki hubungan yang negatif, yaitu semakin banyak perempuan subur menggunakan kontrasepsi (semakin tinggi CPR), semakin rendah tingkat kelahiran total (TFR). Sebaliknya, semakin rendah CPR, semakin tinggi TFR. Namun, kedua parameter ini juga dimungkinkan

untuk memiliki hubungan positif, yaitu CPR yang tinggi diikuti juga dengan tingginya TFR, begitu pula sebaliknya, CPR yang rendah diikuti oleh TFR yang rendah.

Hubungan antara TFR-CPR dapat digambarkan dalam empat kuadran. Kuadran I menggambarkan kondisi CPR dan TFR yang tinggi di suatu wilayah, yaitu CPR di atas 65,0% dan TFR di atas 2,2. Penyebabnya adalah tingginya perkawinan usia muda, peserta program KB telah memiliki banyak anak, peserta program KB berusia lanjut, atau peserta KB tidak lagi melakukan KB dengan efektif, seperti alat atau obatnya yang tidak efektif atau mudah *dropout*. Lima provinsi yang berada di kuadran I adalah Sulawesi Utara, Lampung, Bangka Belitung, Bengkulu, dan Sulawesi Tengah.

Kuadran II menggambarkan kondisi wilayah yang mempunyai TFR tinggi dan CPR rendah. Wilayah-wilayah dalam kuadran II ini membutuhkan perbaikan dan perhatian serius dari program KB. Hal ini disebabkan oleh rendahnya partisipasi Pasangan Usia Subur (PUS) dalam program KB sehingga menyebabkan tingginya TFR. Wilayah yang masuk kuadran II adalah Sulawesi Selatan, DKI Jakarta, Jawa Timur, DI Yogyakarta, Bali, Kepulauan Riau, Kalimantan Timur, Jambi, Jawa Barat, Kalimantan Selatan, Gorontalo, Jawa Tengah, Kalimantan Tengah, Banten, Sulawesi Barat, Sumatera Barat, Kalimantan Barat, Sumatera Selatan, Nusa Tenggara Timur, Papua, Papua Barat, Sulawesi Tenggara, Kalimantan Utara, dan Maluku.

Tidak ada provinsi yang terletak pada kuadran III dan kuadran IV. Kuadran III ditempati oleh daerah yang mempunyai TFR dan CPR yang sama rendahnya. Rendahnya fertilitas di wilayah-wilayah yang termasuk dalam kuadran III dapat disebabkan oleh faktor-faktor lain di luar program KB, misalnya banyak penduduk yang menikah di usia dewasa, tingginya tingkat pendidikan, tingginya pendapatan, maupun banyaknya penduduk yang bekerja. Kuadran IV diisi oleh wilayah-wilayah yang memiliki TFR rendah dan CPR tinggi. Kondisi ini dianggap ideal dan merupakan keberhasilan program KB.

DETERMINAN FERTILITAS

Analisis tentang determinan fertilitas di Indonesia mencakup hubungan antara variabel bebas dan fertilitas. Analisis dalam tulisan ini mengacu pada teori Davis dan Blake (1956). Ketersediaan variabel dalam SDKI 2017 memungkinkan penerapan teori Davis dan Blake walaupun ada keterbatasan studi. Apabila ditinjau dari hasil uji hubungan antara fertilitas dan tiap variabel, baik variabel yang tergolong faktor langsung maupun tidak langsung, semua variabel memiliki hubungan yang bermakna dengan fertilitas dengan masing-masing nilai $p=0,001$. Hasil analisis *bivariate* sejalan dengan teori-teori yang telah disampaikan sebelumnya. Tampak faktor sosial dan ekonomi (pendidikan, kuintil kekayaan, serta kondisi sosial ekonomi lainnya) memengaruhi secara bermakna terhadap jumlah anak lahir hidup.

Analisis regresi logistik dilakukan untuk mengetahui variabel apa saja yang memengaruhi fertilitas. Hasil uji analisis regresi logistik dengan metode enter, setelah mengalami pereduksian terbentuk model dengan persamaan regresi yang diperoleh menunjukkan ketepatan model sebesar 90%. Persamaan regresi yang diperoleh sebagai berikut:

$$Y=0,360-0,32X1+0,93X2+0,02X3+0,03X4-0,02X5-0,02X6-0,03X7$$

Keterangan:

- X1= umur pertama kali melahirkan
- X2 = jumlah anak yang tinggal bersama
- X3 = jumlah anak ideal
- X4 = jumlah istri yang tidak sekolah
- X5 = jumlah istri yang berpendidikan SMP
- X6 = prevalensi kontrasepsi
- X7 = kesejahteraan

Tabel 4. Ringkasan Hasil Model Regresi

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	0,951 ^a	0,905	0,905	0,454

a. Predictors: (Constant), Wealth index factor score combined (5 decimals), Number of household members (listed), CPR, Marriage to first birth interval (months), Ideal number of children, SMP, Age of respondent at 1st birth, not attended school, Age of household head, Number of living children, SMA

Uji parsial *chi-square* dilakukan untuk menjelaskan hubungan antara variabel bebas dan fertilitas. Apabila variabel bebas secara signifikan tidak berhubungan dengan fertilitas, maka variabel bebas tersebut tidak digunakan dalam analisis lebih lanjut, kecuali jika variabel bebas tersebut masih tetap diperlukan. Dari hasil uji *chi-square*, tujuh variabel bebas dimasukkan dalam model regresi karena nilai *p-value* yang diperoleh lebih kecil dari tingkat signifikan (0,05). Hal tersebut menunjukkan bahwa ada hubungan antara semua variabel bebas tersebut terhadap fertilitas dengan tingkat kepercayaan sebesar 95%. Setelah dilakukan analisis regresi logistik, diperoleh enam variabel yang signifikan berpengaruh terhadap fertilitas, yaitu jumlah anak ideal, jumlah anak yang tinggal bersama, pendidikan ibu, umur kepala keluarga, umur pertama kali ibu melahirkan, dan kesejahteraan.

Menurut Davis dan Blake (1956), pemakaian kontrasepsi berpengaruh langsung terhadap fertilitas. Dalam analisis ini, uji hubungan pemakaian kontrasepsi dan fertilitas memiliki hubungan yang bermakna dan bila variabel pemakaian kontrasepsi diuji hubungannya dengan fertilitas secara bersama-sama dengan variabel lainnya, tampak memiliki hubungan bermakna dan masuk dalam pemodelan akhir. Kajian pengaruh kontrasepsi terhadap fertilitas oleh Letamo dan Letamo (2001) menunjukkan fertilitas menurun di Bostwana dan Zimbabwe yang utamanya dipengaruhi oleh pemakaian kontrasepsi modern. Hasil studi tersebut juga mengemukakan bahwa penundaan umur kawin memberikan bukti penurunan fertilitas yang signifikan di wilayah tersebut.

Temuan analisis ini tentunya tidak lepas dari keterbatasan yang dijumpai karena tulisan ini merupakan analisis data sekunder yang bersumber pada data SDKI 2017 sehingga semua variabel yang dianalisis sangat tergantung pada ketersediaan variabel dalam SDKI 2017. Prevalensi kontrasepsi merupakan variabel yang dapat secara langsung memengaruhi keputusan menggunakan kontrasepsi. Hasil SDKI 2017 menunjukkan bahwa TFR dan prevalensi kontrasepsi memiliki hubungan negatif, yang berarti ketika sebuah keluarga menggunakan kontrasepsi, jumlah anak yang dimiliki

cenderung lebih sedikit dan sebaliknya, ketika keluarga tidak menggunakan kontrasepsi, mereka berpeluang memiliki anak yang lebih banyak. Selain kontrasepsi, kajian ini berusaha menghubungkan jumlah anak yang dimiliki dengan variabel sosial ekonomi.

Hasil analisis regresi logistik yang menunjukkan bahwa umur pertama kali ibu melahirkan dan kesejahteraan mempengaruhi fertilitas sejalan dengan hasil studi Arsyad & Nurhayati (2017). Berdasarkan analisis faktor yang paling berpengaruh pada anak lahir hidup (multivariat), dari 25 variabel yang merupakan faktor langsung dan tidak langsung, terdapat 11 variabel yang dominan berpengaruh pada anak lahir hidup dengan memperhatikan faktor demografi, yaitu indeks kekayaan, jumlah anak mati, keterpaparan media, kontak dengan petugas KB, pendapat suami terhadap KB, hubungan seksual pertama kali, segera melakukan hubungan seksual setelah melahirkan, umur melahirkan pertama, infertilitas/ketidaksuburan dan keguguran/aborsi.

Hasil SDKI 2017 menunjukkan tingkat fertilitas dengan kuintil kekayaan menengah ke atas sebesar 1,8. Sementara itu, tingkat fertilitas dengan kuintil kekayaan di bawahnya memiliki fertilitas sebesar 3. Tingkat kemiskinan menjadi salah satu penghalang dalam mempertahankan fertilitas rendah (Majumder & Ram, 2015). Hal ini dikarenakan penduduk miskin cenderung tidak dapat mengakses program-program pengendalian penduduk yang dilaksanakan pemerintah. Kajian Ulfa (2017) di Pekanbaru menemukan sebuah kecamatan yang hampir seluruh keluarga miskin tidak ber-KB. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa dari 4.342 Pasangan Usia Subur (PUS) kategori miskin yang terdata di kecamatan tersebut, sebanyak 90,3% PUS tidak ber-KB.

Perempuan dengan pendidikan tinggi memiliki kontribusi besar dalam pengaruh kesertaan KB terhadap fertilitas (Kim, 2010). Oleh karena itu, sudah sepatutnya pemerintah melakukan edukasi KB kepada masyarakat utamanya perempuan dengan tingkat pendidikan rendah. Pengetahuan tentang alat atau cara kontrasepsi perlu dilakukan sehingga masyarakat memiliki pemahaman yang utuh yang pada

akhirnya mampu memengaruhi keputusan menggunakan alat kontrasepsi.

Upaya pengendalian fertilitas bisa disentuh melalui program peningkatan pendidikan perempuan, peningkatan kesejahteraan dan aksesibilitas terhadap pelayanan sosial ekonomi masyarakat (Kim, 2010; Neels dkk., 2017). Ketiga variabel tersebut dalam kajian fertilitas juga memiliki pengaruh yang sama terhadap fertilitas. Seandainya harus memilih antara peningkatan pendidikan dan peningkatan kesejahteraan dalam mengintervensi keluarga berencana terhadap fertilitas, maka peningkatan pendidikan perlu diutamakan terlebih dahulu.

KESIMPULAN

Berdasarkan analisis regresi logistik SDKI 2017, enam variabel yang signifikan berpengaruh terhadap fertilitas adalah jumlah anak ideal, jumlah anak yang tinggal bersama, pendidikan ibu, umur kepala keluarga, umur pertama kali ibu melahirkan, dan kesejahteraan. Faktor di luar fertilitas seperti pendidikan, tingkat kesejahteraan, aksesibilitas, dan kebijakan pemerintah sangat mendukung terjadinya fertilitas rendah. Peran pendidikan sangat penting dalam upaya pengendalian kelahiran melalui penggunaan alat kontrasepsi. Selain pendidikan, peningkatan kesejahteraan memiliki pengaruh terhadap fertilitas. Meskipun demikian, jika diminta untuk memilih keduanya, program pendidikan harus lebih diutamakan karena memiliki pengaruh yang lebih panjang dibandingkan hanya program peningkatan kesejahteraan.

Penelitian ini mengindikasikan perbedaan TFR antar provinsi di Indonesia dan masih ada provinsi-provinsi dengan TFR tinggi di atas 2,2. Evaluasi terhadap program KB akan semakin dibutuhkan, terutama di wilayah-wilayah dengan tingkat prevalensi KB yang rendah, tetapi tingkat fertilitasnya tinggi. Selain itu, pemerintah perlu memperketat pemberian izin untuk mereka yang akan melangsungkan pernikahan di usia muda. Pendidikan penduduk perempuan seharusnya menjadi fokus utama yang diperbaiki. Pemerintah dapat menyediakan pelatihan dan konseling KB, terutama bagi generasi muda.

DAFTAR PUSTAKA

- Adioetomo, S. M., Burhan, L., & Yunus, N. (2010). *100 tahun demografi Indonesia: Mengubah nasib menjadi harapan*. BKKBN dan LD-FEUI.
- Adlakha, A. (1997). *International brief population trends in India*. Department of Commerce, Economics & Statistics Administration.
- Ananta, A., Lim, T., Molyneaux, J. W., & Kantner, A. (1992). Fertility determinants in Indonesia: A sequential analysis of the proximate determinants. *Majalah Demografi Indonesia*, 37, 1-26.
- Arsyad, S. S., & Nurhayati, S. (2017). Determinan fertilitas di Indonesia. *Jurnal Kependudukan Indonesia*, 11(1), 1–14. <https://doi.org/10.14203/jki.v11i1.65>
- Ayad, M. & Rathavuth, H. (2009). *Levels & trend of contraceptive prevalence and estimate of unmet need for family planning in Rwanda: Further analysis of the Rwanda Demographic & Health Surveys 2000-2007/8*. <https://dhsprogram.com/publications/publication-fa67-further-analysis.cfm>
- BPS, BKKBN, Kemenkes, and Macro International Inc. (1992). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 1991*. Badan Pusat Statistik.
- _____. (1995). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 1994*. BPS & Macro Int.
- _____. (1998). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 1997*. BPS & Macro Int.
- _____. (2003). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2002-2003*. BPS & Macro Int.
- _____. (2008). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2008*. BPS & Macro Int.
- _____. (2013). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012*. BPS & Macro Int.
- _____. (2018). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017*. BPS & Macro Int.
- BPS. (2010). *Penduduk Indonesia: Hasil Sensus Penduduk 2010*. Badan Pusat Statistik.
- _____. (2020). *Penduduk Indonesia: Hasil Sensus Penduduk 2020*. Badan Pusat Statistik.
- Bollen, K. A., Glanville, J. L., & Stecklov, G. (2001). Socioeconomic status and class in studies of fertility and health in developing countries. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 153–185. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.153>
- Bongaarts, J. (1978). A framework for analyzing the proximate determinants of fertility. *Population and Development Review*, 4(1), 105–132. <https://doi.org/10.2307/1972149>
- _____. (2005). Long-range trends in adult mortality: Models and projection methods. *Demography*, 42(1), 23–49. <http://www.jstor.org/stable/1515175>
- Bongaarts, J., & Feeney, G. (1998). On the quantum and tempo of fertility. *Population and Development Review*, 24(2), 271–291. <https://doi.org/10.2307/2807974>
- Bongaarts, J., & Watkins, S. C. (1996). Social interactions and contemporary fertility transitions. *Population and Development Review*, 22(4), 639–682. <https://doi.org/10.2307/2137804>
- Canning, D. (2011). The causes and consequences of demographic transition. *Population Studies*, 65(3), 353–361. <https://doi.org/10.1080/00324728.2011.611372>
- Dabroni. (1990). Beberapa alternatif cara pengendalian fertilitas. *Forum Geografi*, 6, 43-49. <https://journals.ums.ac.id/index.php/fg/issue/viewFile/113/72>
- Davis, K., & Blake, J. (1956). Social structure and fertility: An analytic framework. *Economic Development and Cultural Change*, 4(3), 211–235. <https://doi.org/10.1086/449714>

- Freedman, R. (1961). The sociology of human fertility: A trend report and bibliography. *Current Sociology*, 10(2), 35–68. <https://doi.org/10.1177/001139216101000201>
- Galor, O. (2012). The demographic transition: Causes and consequences. *Cliometrica*, 6(1), 1–28. <https://doi.org/10.1007/s11698-011-0062-7>
- Goldstein, J. R., Sobotka, T., & Jasilioniene, A. (2009). The end of “lowest-low” fertility? *Population Development Review*, 35(4), 663–699. <http://www.jstor.org/stable/25593682>
- Götmark, F., & Andersson, M. (2020). Human fertility in relation to education, economy, religion, *contraception, and family planning programs*. *BMC Public Health*, 20(1), 265. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8331-7>
- Hatcher, R. A., Rinehart, W., Blackburn, R., Geller, J. S., & Shelton, J. D. (1997). *The essentials of contraceptive technology*. Population Information Program, Johns Hopkins University, School of Public Health. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42331>
- Hull, V. J. (1976). *The positive relation between economic class and family size in Java: A case study of the intermediate variables determining fertility*. Population Institute, Gadjah Mada University.
- Jayaraman, A., Mishra, V., & Arnold, F. (2009). The relationship of family size and composition to fertility desires, contraceptive adoption and method choice in South Asia. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35(1), 29–38. <https://doi.org/10.1363/ifpp.35.029.09>
- Kim, J. (2010). Women’s education and fertility: An analysis of the relationship between education and birth spacing in Indonesia. *Economic Development and Cultural Change*, 58(4), 739–774. <https://doi.org/10.1086/649638>
- Kirk, D. (1996). Demographic transition theory. *Population Studies*, 50(3), 361–387. <https://doi.org/10.1080/0032472031000149536>
- Letamo, G., & Letamo, H. N. (2001). The role of proximate determinants in fertility transition: A comparative study of Botswana, Zambia and Zimbabwe. *Southern African Journal of Demography*, 8(1), 29–35. <http://www.jstor.org/stable/20853254>
- Magadi, M. A., & Curtis, S. L. (2003). Trends and determinants of contraceptive method choice in Kenya. *Studies in Family Planning*, 34(3), 149–159. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2003.00149.x>
- Majumder, N., & Ram, F. (2015). Explaining the role of proximate determinants on fertility decline among poor and non-poor in Asian Countries. *PLOS ONE*, 10(2), e0115441. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0115441>
- Neels, K., Murphy, M., Ní Bhrolcháin, M., & Beaujouan, É. (2017). Rising educational participation and the trend to later childbearing. *Population and Development Review*, 43(4), 667–693. <https://doi.org/10.1111/padr.12112>
- Population Division UN DESA. (2019). *World population prospects 2019: Highlights*. https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf
- Singarimbun, M. (1987, 16 Februari-7 Maret). *Hubungan Keluarga Berencana dan fertilitas* [Makalah]. Lokakarya Pendidikan Kependudukan dan Lingkungan Hidup, Yogyakarta.
- Thompson, W. S. (1929). Population. *American Journal of Sociology*, 34(6), 959–975. <https://doi.org/10.1086/214874>

Todaro, M. & Smith, S. C. (2009). *Pembangunan ekonomi di negara ketiga* (Edisi kedelapan). Erlangga.

Ulfa, M. (2017). Respon pasangan usia subur terhadap program Keluarga Berencana

gratis di Kelurahan Delima Kecamatan Tampan. *Jurnal Online Mahasiswa (JOM) Bidang Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik*, 4(2), 1-11. <https://jom.unri.ac.id/index.php/JOMFSIP/article/view/16359/15824>