Tingkat Fertilitas di Provinsi Nusa Tenggara Timur dan Yogyakarta

Fertility Rate in Nusa Tenggara Timur and Yogyakarta Provinces

Rahmadewi, Leli Asih

Pusat Penelitian dan Pengembangan Kependudukan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional

Abstrak

Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) memiliki *Total Fertility Rate* (TFR) tertinggi (4,2 anak) dan yang terendah adalah Provinsi Yogyakarta (1,8 anak). Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan angka fertilitas total di kedua provinsi tersebut. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif berdasarkan sumber data sekunder berbagai survei meliputi Survei Demografi Kesehatan Indonesia (1991-2007); Survei Kesehatan Nasional dan Survei Kesehatan Rumah Tangga tahun 2003; dan Mini Survei tahun 2007 dan 2008. Metode kualitatif dilakukan dengan diskusi kelompok terarah pada wanita pasangan usia subur (PUS) dan wawancara mendalam dengan pengelola program di kabupaten/kota hingga ke desa/kelurahan. Ditemukan TFR di Yogyakarta sangat rendah dan sebaliknya di NTT sangat tinggi. Perbedaan TFR tersebut disebabkan oleh latar belakang demografi dan nondemografi seperti respons terhadap berbagai program penurunan fertilitas. Faktor budaya terhadap nilai anak berpengaruh besar terhadap jumlah anak yang ingin dimiliki. Tingkat pendidikan yang rendah berhubungan dengan faktor yang berpengaruh langsung terhadap pemakaian kontrasepsi, termasuk jenis kontrasepsi. Pelayanan Keluarga Berencana (KB) yang rendah memicu tingginya kebutuhan kontrasepsi yang tidak terpenuhi. Kesertaan ber-KB di NTT dan di Yogyakarta adalah 42,2% dan 66,9%. Wanita PUS yang keinginan ber-KB tidak terpenuhi masih tinggi di NTT (17,4%) dibandingkan dengan Yogyakarta (6,8%).

Kata kunci: Angka fertilitas total, pasangan usia subur, keluarga berencana

Abstract

Province of Nusa Tenggara Timur (NTT) have a total fertility rate (TFR) to the highest (4,2 children) and the lowest is the Province of Yogyakarta (1,8 children). This research is to identify factors that associated with total fertility rate in both provinces. This study uses qualitative method from the Indonesia Demography and Health Surveys (from 1991 to 2007), National

Health Survey and Household Health Survey (2003), and Family Planning Mini Surveys (2007 and 2008). The qualitative method were collected using focus group discussions with fertile couple and in-depth interviews with family planning fieldworkers in district to village. The research reveals that TFR of Yogyakarta is very low and NTT is very high. The differentiation of the TFR is due to the demographic and nondemographic background as well as the respond againts the program to decrease the fertility. Cultural factor is the important one againts the value of children that will be influenced to the number of children desired in one family. Low education will be directly related to the use of contraceptive including mix contraceptive. Low family planning services which triggers the high unmet need oc contraceptive. Family Planning participation in NTT is 42,2% and 66,9% in Yogyakarta. Women on childbearing age who wishes to use contraceptive but unmet need in NTT were still high (17,4%) compared with Yogyakarta (6,8%).

Key words: Total fertility rate, fertile couple, family planning

Pendahuluan

Pada 3 dasawarsa terakhir, angka fertilitas total atau *total fertility rate* (TFR) di Indonesia cenderung menurun dari periode tahun 1961 – 1971 (5,6) dan tahun 1997 – 2002 (2,6).^{1,2} Periode tahun 2002 – 2007, TFR bertahan pada angka 2,6.³ Laju pertumbuhan penduduk menurun dari periode tahun 1971 – 1980 (2,32%), tahun 1980 – 1990 (1,98%), dan tahun 1990 – 2000 menjadi 1,47%.^{1,2,4,5} Pertumbuhan penduduk pada periode tahun 2000 – 2010 justru meningkat menjadi 1,49% per tahun. Provinsi Yogyakarta tidak lagi memperlihatkan pertumbuhan yang

Alamat Korespondensi: Rahmadewi, Puslitbang Kependudukan BKKBN, Jl. Permata No. 1 Halim Perdanakusuma Jakarta Timur 13650, Hp. 08129446867, e-mail: dewi_muh@yahoo.com

paling rendah (1,02%), digeser oleh Provinsi Jawa Tengah (0,37%). Meskipun pertumbuhan penduduk Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) bukan yang paling tinggi, tetapi dibandingkan provinsi lainnya masih tetap tinggi (2,06% per tahun). Peningkatan pertumbuhan penduduk tersebut berhubungan dengan pelaksanaan program pengendalian pertumbuhan penduduk yang semakin melemah, khususnya komitmen pemerintah pusat dan daerah. Keberhasilan program Keluarga Berencana (KB) melalui pengendalian jumlah penduduk dengan menurunkan angka kelahiran dan kematian berdampak pada perubahan struktur penduduk, tingkat ketergantungan menurun serta kelompok usia produktif dan lansia mengalami peningkatan.

Keberhasilan tersebut perlu ditunjang dengan peningkatan kualitas upaya pelayanan kebutuhan dasar penduduk seperti pendidikan, kesehatan, dan pangan. Program pengendalian penduduk mempunyai elemen biaya dan manfaat yang meliputi penurunan belanja konsumsi karena pencegahan kelahiran. Biaya tersebut meliputi perawatan antenatal, pertolongan persalinan, perawatan masa nifas serta biaya perawatan berbagai komplikasi kehamilan dan persalinan yang lain. Elemen lain adalah peningkatan investasi publik dari penurunan biaya pendidikan, peningkatan produktivitas akibat keluarga kecil yang mampu meningkatkan status gizi, dan investasi publik akibat penurunan jumlah anak.⁶ Meskipun ada biaya yang dikeluarkan untuk program KB, tetapi lebih banyak penghematan dan keuntungan yang diperoleh. Terdapat hubungan negatif antara indeks kemiskinan dengan prevalensi kontrasepsi, yang berarti peningkatan kesertaan ber-KB berhubungan dengan penurunan indeks kemiskinan atau peningkatan kesejahteraan.⁷

Program KB berupaya mewujudkan keluarga berkualitas melalui promosi, perlindungan, dan bantuan mewujudkan hak reproduksi. Selain itu, KB juga berusaha menyelenggarakan pelayanan; mengatur dan mendukung keluarga kawin usia ideal; mengatur jumlah anak, jarak, dan usia ideal melahirkan; mengatur kehamilan; serta membina ketahanan dan kesejahteraan keluarga. Program KB telah mengubah struktur kependudukan Indonesia, tidak hanya menurunkan laju pertumbuhan penduduk, tetapi juga mengubah pandangan hidup penduduk terhadap nilai anak serta kesejahteraan dan ketahanan keluarga.

Salah satu tantangan pembangunan manusia Indonesia ke depan adalah jumlah penduduk yang semakin besar dengan kualitas yang rendah. Proyeksi penduduk terendah (239 juta jiwa) dan tertinggi (261 juta jiwa) akan menetap sampai tahun 2015 apabila program KB tidak ditingkatkan secara serius dan angka kelahiran tidak menurun. Jika penurunan angka kelahiran dan penduduk Indonesia pada tahun 2015 tidak terjadi akan lebih dari 267,1 juta jiwa sehingga sangat sulit bagi pe-

merintah untuk memenuhi hak-hak dasar penduduk yang pada gilirannya memengaruhi kesejahteraan. Pemerintah menetapkan sasaran program KB dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) dengan pertumbuhan penduduk rendah. Hal tersebut tercermin pada fertilitas total, kebutuhan kontrasepsi tidak terpenuhi, peran suami dalam pemakaian kontrasepsi, dan peningkatan median usia pernikahan pertama.

Hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007,³ memperlihatkan perbedaan tingkat kelahiran total antarprovinsi cukup besar, tertinggi di Provinsi NTT (4,2) dan terendah di Provinsi Yogyakarta (1,8). Berbagai faktor yang berhubungan dengan fertilitas meliputi faktor langsung (*intercourse*, *conception*, dan *gestation*) dan faktor tidak langsung (demografi, sosial ekonomi, dan lingkungan/program).⁸ Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan TFR di Provinsi NTT dan Yogyakarta.

Metode

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif analisis data sekunder SDKI tahun 2007, 2002/2003, 1997, 1994, dan 1991; Survei Kesehatan Nasional (Surkesnas) dan Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2003; serta Mini Survei tahun 2007 dan 2008. Pendekatan kualitatif dilakukan melalui diskusi terarah kepada wanita pasangan usia subur (PUS) serta wawancara mendalam kepada informan pengelola program KB di kabupaten/kota sampai ke desa/kelurahan. Para informan tersebut meliputi kepala satuan kerja perangkat daerah KB (SKPD-KB) kabupaten/kota, lembaga swadaya organisasi masyarakat (LSOM), budayawan, tokoh masyarakat (toma), tokoh adat (todat), koordinator petugas lapangan KB (PLKB), bidan, PLKB/petugas KB (PKB) dan pembantu pembina KB desa (PPKBD) (kader). Pada masing-masing provinsi dipilih 2 kabupaten/kota secara *purposive* dengan kriteria prevalensi kontrasepsi yang tinggi dan rendah. Setiap kabupaten/kota diambil 1 kecamatan dan 1 desa/kelurahan dengan menggunakan R/I/PUS terakhir. Lokasi studi terpilih di Provinsi NTT adalah Kabupaten Sikka dengan prevalensi pemakaian kontrasepsi sebesar 39,6% dan Kabupaten Ende dengan prevalensi pemakaian kontrasepsi sebesar 38,2%. Lokasi penelitian di Kabupaten Sikka adalah Kelurahan Madawat Kecamatan Alok, sedangkan di Kabupaten Ende adalah Kelurahan Potulando Kecamatan Ende Tengah. Pada Provinsi Yogyakarta terpilih Kabupaten Gunung Kidul dengan prevalensi pemakaian kontrasepsi sebesar 77,7% dan Kabupaten Bantul dengan prevalensi pemakaian kontrasepsi sebesar 71,5%. Lokasi di Kabupaten Gunung Kidul adalah Desa Bohol Kecamatan Rongkop, sedangkan Kabupaten Bantul adalah Desa Argorejo Kecamatan Sedayu.

Hasil

Angka Fertilitas Total

Hasil SDKI tahun 2007 menunjukkan bahwa TFR Indonesia yaitu 2,6 anak, yang berarti bahwa selama masa reproduksi seorang wanita akan mempunyai 2 – 3 anak. Angka TFR tersebut tampaknya belum mencapai sasaran RPJMN yaitu 2,2 anak (Lihat Gambar 1 dan Gambar 2). Distribusi fertilitas menurut kelompok umur memperlihatkan perbedaan secara jelas mulai umur 20 – 24 tahun dan seterusnya (Lihat Gambar 3).

Faktor Penentu Langsung

Faktor penentu fertilitas langsung adalah kesertaan ber-KB (Lihat Gambar 4). Hasil SDKI tahun 2007 menunjukkan bahwa proporsi wanita kawin di Provinsi Yogyakarta yang menggunakan alat/cara kontrasepsi jauh lebih besar dibandingkan NTT (66,9% dan 42,2%). Demikian pula pemakaian kontrasepsi modern, Provinsi Yogyakarta lebih tinggi dibandingkan NTT. Namun, penggunaan KB tradisional di kedua provinsi tersebut sama tinggi, masing-masing 12%. Beberapa variabel penentu lain adalah usia kawin pertama dan status pernikahan perempuan usia 15 – 19 tahun yang berkontribusi signifikan pada penurunan fertilitas.

Hasil analisis kualitatif menunjukkan bahwa wanita mengetahui air susu ibu (ASI) itu penting. Susu botol jauh lebih mahal dan ASI eksklusif selama 3 bulan, sekarang menjadi 6 bulan. Namun demikian, masih banyak wanita yang belum memahami manfaat ASI, terutama yang tinggal di daerah urban dan berpendidikan rendah. Umumnya, para ibu dapat menjelaskan manfaat ASI dengan benar dan setuju dengan data SDKI 2007, median ASI di NTT 18,8 bulan, lebih rendah dari median nasional (20,7 bulan), dan ASI eksklusif hanya 2 bulan. Banyak ibu yang bekerja di kebun dan berpendidikan rendah di daerah pedesaan. Pemilihan jenis kontrasepsi jangka panjang di Yogyakarta (19,6%) jauh lebih tinggi dibandingkan NTT (16,1%). Meski angka kelangsungan pemakaian kontrasepsi tidak jauh berbeda (12 bulan), dampak terhadap TFR sangat besar. Kelangsungan pemakaian kontrasepsi selama 12 bulan di Provinsi NTT dan Yogyakarta berbeda. PUS di Provinsi NTT lebih lama menggunakan alat/cara KB dibandingkan PUS di Yogyakarta (79% berbanding 74%). Kesertaan ber-KB PUS di Provinsi Yogyakarta lebih banyak dibandingkan NTT (66,9% berbanding 42,2%). Alat/obat kontrasepsi yang paling banyak digunakan di kedua provinsi adalah suntik.

"Saya lebih cocok kontrasepsi suntikan (hormonal)".

Pemakaian KB tradisional di Provinsi NTT dan Yogyakarta sama-sama tinggi yaitu mencapai 12% meliputi sistem kalender, senggama terputus, jamu, dan pijat.

"Kami diajarkan billing method sebelum nikah di gereja...oleh suster gereja".

Gambar 1. Tren Angka Fertilitas Total di Yogyakarta dan NTT

Gambar 2. Perbandingan Angka Fertilitas Total Kenyataan dengan yang Diinginkan di Indonesia Tahun 2007

"KB alamiah yang mereka pergunakan menjadi tidak efektif karena pendidikan mereka rendah, billing method sulit dipraktekkan...sering gagal..." (informan LSOM, budayawan, organisasi perangkat daerah KB (OPD-KB) Provinsi NTT).

"...persiapan sebelum menikah di gereja, diajarkan... billing method dan juga kontrasepsi modern..." (ibu-ibu PUS di Provinsi Yogyakarta).

Unmet need menggambarkan wanita PUS tidak ingin mempunyai anak lagi atau ingin punya anak dalam waktu 2 tahun ke depan dan tidak sedang memakai kontrasepsi. *Unmet need* di Provinsi NTT (17,4%) 3 kali lebih tinggi dibandingkan Yogyakarta (6,8%). Bahkan, persentase *unmet need* di Provinsi NTT jauh lebih tinggi dibandingkan angka nasional (9,1%). Hal tersebut disadari oleh informan bahwa aksesibilitas ke tempat pelayanan

Gambar 3. Age Specific Fertility Rate di Indonesia

Gambar 4. Persentase Kesertaan Ber-KB SDKI Tahun 2007

serta komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) atau penyuluhan KB di Provinsi NTT sangat berbeda dengan Yogyakarta terlihat dari kondisi geografi, sarana dan prasarana pelayanan KB, tingkat pendidikan masyarakat, dan budaya setempat.

Kematian bayi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi fertilitas. Angka fertilitas di Provinsi NTT berhubungan dengan angka kematian bayi di sana (57 bayi) yang 3 kali lebih tinggi dibandingkan Yogyakarta (19 bayi). Hal tersebut diduga berkaitan dengan kelangsungan hidup bayi dan substitusi anak yang meninggal sebelum berusia 1 tahun. Sebaliknya, angka aborsi di Provinsi Yogyakarta lebih tinggi dibandingkan NTT.

Terlihat bahwa *unmet need* di Provinsi NTT jauh lebih tinggi dibandingkan Yogyakarta (Lihat Gambar 5). Kelompok akseptor kebutuhan kontrasepsi tidak terpenuhi pada kelompok untuk menjarangkan anak dan

membatasi jumlah anak. Secara umum, pada periode tahun 1991 – 2007 di Provinsi Yogyakarta, keluarga yang membatasi jumlah anak lebih banyak dibandingkan yang menjarangkan kelahiran, sedangkan NTT sebaliknya. Tahun 2007, *unmet need* di Provinsi NTT sebesar 17,4% dan Yogyakarta sebesar 6,8%. Persentase *unmet need* naik dibandingkan tahun sebelumnya (tahun 2002), baik secara nasional maupun di Provinsi Yogyakarta dan NTT padahal target *unmet need* pada RPJMN tahun 2009 adalah 6,5%.

Gambar 6 menyajikan tren *unmet need* menurut tujuan ber-KB, yaitu penjarangan (*spacing*) dan pembatasan/berhenti (*limiting*). Secara umum, PUS di Indonesia lebih banyak *unmet need* untuk pembatasan dibandingkan untuk penjarangan. Seperti halnya di Provinsi Yogyakarta, dari tahun 1991 hingga 2007 lebih banyak *unmet need* untuk membatasi kelahiran jumlah anak. Sebaliknya di Provinsi NTT lebih banyak *unmet need* untuk menjarangkan, bahkan pada tahun 2007 persentasenya mencapai 9,8%. Hal ini yang menjadi salah satu penyebab angka fertilitas di Provinsi NTT masih tinggi.

“...tujuan menggunakan KB untuk menjarangkan..., kami menggunakan suntik pil... kalender...; anak ideal kami empat...” (informan di Provinsi NTT).

“...tujuan ber-KB... bisa menjarangkan dan bisa berhenti... kalo masih punya anak satu... uangnya cukup untuk menyekolahkan anak... tambah satu lagi... dua sudah cukup; kalo uangnya untuk menyekolahkan anak pas-pas-an satu anak aja, yang penting anak harus bisa sekolah minimal tamat SMA... kalo bisa pendidikan anak kami lebih tinggi dari kami orang tuanya...” (informan di Provinsi Yogyakarta).

Terdapat alasan wanita tidak ber-KB, baik wanita di Provinsi Yogyakarta maupun NTT menyatakan bahwa alasan terbanyak adalah kesehatan, merasa sudah tidak subur, efek samping, dan sudah menopause. Jawaban yang mengkhawatirkan adalah merasa sudah tidak subur padahal mereka masih dalam kelompok umur 15 – 49 tahun.

“... kami sudah tua... tidak mungkin hamil... punya anak lagi”.

“... kontrasepsi yang diminati masyarakat di sini adalah suntik...” (informan dari *stakeholder* di Provinsi NTT).

“... kebijakan dan strategi program KB di kabupaten/kota, mereka menyampaikan (mensosialisasikan) hasil rakernas pada waktu pertemuan rakerda...”.

Sementara PLKB memperoleh informasi tentang kebijakan dan strategi program KB pada waktu pertemuan bulanan di tingkat kabupaten/kota. Namun demikian, mitra kerja (bidan, toma/todot, LSOM, dan budayawan) menyatakan merasa belum paham dengan kebijakan dan strategi program KB. Umumnya, informan mengetahui *billing method* karena calon pengantin mendapatkan in-

Gambar 5. Unmet Need di Indonesia, Yogyakarta, dan Nusa Tenggara Timur

Gambar 6. Tren Unmet Need di Provinsi Yogyakarta dan Nusa Tenggara Timur

formasi dari gereja selama sekitar 2 – 3 kali pertemuan dan disampaikan oleh pihak gereja (pastor/suster). Dalam praktik *billing method* sulit dilakukan atau sering gagal karena pendidikan yang relatif rendah sehingga kesulitan dalam menerima informasi tentang *billing method*.

PUS yang bersedia menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang di Provinsi NTT relatif rendah, sebagian besar menggunakan suntik. Salah satu alasan ber-KB adalah untuk menjarangkan. Alasan lain adalah keinginan mempunyai 3 – 4 anak karena menganggap jumlah

tersebut jauh lebih kecil dibandingkan jumlah anak orang tua mereka dahulu (paling sedikit 9 anak).

“... seringkali keinginan mempunyai anak lebih dominan diputuskan suami/keluarganya dibandingkan dirinya (istrinya)” (informan kader institusi masyarakat pedesaan (IMP) di Provinsi NTT).

Kader IMP yang berhasil diwawancarai juga memiliki 6 anak. Tokoh agama ternyata hanya menyetujui KB alamiah dengan menggunakan *billing method*. Kontrasepsi modern menurut mereka bila dimasukkan dalam tubuh akan membunuh benih sehingga persepsi

mereka hal tersebut merupakan dosa.

Pada Provinsi Yogyakarta penggunaan *intrauterine device* (IUD) relatif tinggi (13,9%) dibandingkan NTT (2,2%). Informan mengatakan bahwa calon pengantin juga mendapatkan penjelasan (pelatihan/sosialisasi) dari pihak gereja tentang *billing method* dan kontrasepsi modern. Namun umumnya, tingkat pendidikan di Provinsi Yogyakarta tamat SMTA (istri 27,5% dan suami 29,9%) sehingga penerimaan dan praktik mereka terhadap *billing method* sangat baik. Di samping itu, tujuan mereka memiliki anak lebih mementingkan kualitas bukan kuantitas (jumlah anak) sehingga tujuan mereka ber-KB tidak semata-mata untuk *spacing*, tetapi juga untuk *limiting*. Jumlah anak yang dimiliki cukup 1 atau 2 anak, yang penting kualitasnya.

"... keinginan punya anak memperhatikan kualitas anak, sangat penting untuk biaya sekolah anak, ... ingin pendidikan anaknya lebih baik/lebih tinggi dari ortunya".

Faktor Penentu Tidak Langsung

Faktor penentu tidak langsung yang memengaruhi fertilitas dikelompokkan menjadi faktor demografi, sosial ekonomi, dan lingkungan. Faktor demografi yang memengaruhi fertilitas yakni median umur pertama *intercourse*, median umur pertama kawin, median umur pertama melahirkan, rata-rata anak lahir hidup, jumlah anak ideal, dan persentase wanita umur 15 – 19 tahun yang telah melahirkan/sedang mengandung. Berdasarkan data SDKI 2007, semua variabel tersebut mendukung terjadinya penurunan fertilitas di Provinsi Yogyakarta karena angka atau data pencapaiannya lebih baik dibandingkan Provinsi NTT. Tingkat usia *intercourse*, usia kawin pertama, usia melahirkan pertama kali yang relatif tua serta jumlah anak ideal rendah merupakan penyebab fertilitas yang rendah.

Di Provinsi NTT terlihat bahwa pada umumnya wanita menikah pada umur lebih dari 20 tahun dan kebanyakan didahului dengan nikah adat (budaya) baru dilaporkan, siap untuk berumah tangga dan mengurus anak, dan para laki-lakinya pada saat itu sudah mempunyai penghasilan.

"perempuan kawin udah lebih 20 tahun dan laki-lakinya punya pekerjaan dulu" (wanita PUS).

Sementara di Provinsi Yogyakarta, wanita menikah lebih dari 25 tahun, minimal tamat SMTA, diharapkan pendidikan S1 serta sudah mendapatkan pekerjaan. Di sisi lain, jumlah anak ideal di Provinsi Yogyakarta kurang dari 3 anak (2,3 anak) sedangkan di Provinsi NTT 4 anak, terutama karena keinginan keluarga, orang tua, dan mertua yang masih menginginkan anak dalam keluarga lebih dari 4.

Faktor tidak langsung yang memengaruhi fertilitas dari aspek sosial ekonomi yaitu pendidikan suami dan istri,

status pekerjaan suami dan istri, dan jenis pekerjaan suami. Pendidikan suami dan istri lebih tinggi di Provinsi Yogyakarta dibandingkan NTT. Pendidikan suami dan istri di Provinsi Yogyakarta mayoritas tamat SMTA, sedangkan di NTT mayoritas tamat SD. Beberapa hasil analisis tentang fertilitas menjelaskan bahwa pendidikan sangat erat kaitannya dengan fertilitas. Salah satu yang mendukung rendahnya fertilitas di Provinsi Yogyakarta karena pendidikan mayoritas tamat SMTA, sedangkan di NTT mayoritas tamat SD. Jenis pekerjaan suami di Provinsi NTT mayoritas jasa, sebagai tenaga ahli/terampil, sementara di Yogyakarta mayoritas pekerjaan sebagai petani. Hal ini sangat memengaruhi aksesibilitas terhadap informasi dan pelayanan KB. Variabel sosial ekonomi ini lebih dikenal dengan modernisasi, artinya semakin modern pasangan suami istri akan semakin rendah fertilitasnya.

Upaya menurunkan angka kelahiran dilakukan melalui kesepakatan/komitmen di tingkat pusat dan provinsi dalam melaksanakan program KB yaitu Kontrak Kinerja Program (KKP) KB. Hasil rapat kerja nasional (rakernas) tahun 2009, KKP secara nasional dalam kategori baik. Jika dilihat menurut provinsi, Provinsi NTT masih dalam kategori kurang dan Yogyakarta dalam kategori sedang. Informasi dari tingkat kabupaten, memperlihatkan bahwa kebijakan dan strategi program KB di Provinsi NTT pada awal pelaksanaan program, menyepakati jumlah anak yang disepakati adalah 4, bukan 2, dan umumnya jumlah anak di tiap keluarga masih di atas 10. Kebijakan dan strategi yang dibahas saat rapat kerja daerah (rakerda) bersama intern dan lintas sektor dan disampaikan kepada PLKB pada pertemuan rutin bulanan di Provinsi Yogyakarta adalah nilai anak yang lebih utama di masyarakat adalah kualitas, bukan lagi jumlahnya.

Tenaga lapangan sebagai pelaksana program KB di tingkat lini lapangan adalah PLKB. Hasil Mini Survei Pemantauan Peserta KB Aktif (MSPA) tahun 2008, rasio PLKB per desa sangat berbeda antara Provinsi NTT dan Yogyakarta yaitu 1 PLKB membina 5 desa di NTT, sedangkan Yogyakarta 1 PLKB membina 2 desa. Hal ini menunjukkan bahwa tenaga pelaksana sebagai ujung tombak keberhasilan program KB sangat berbeda sehingga pada akhirnya memengaruhi kinerja dalam upaya menurunkan angka kelahiran. Faktor dominan yang menurunkan angka kelahiran adalah kesertaan ber-KB. Upaya meningkatkan kesertaan ber-KB adalah pengetahuan mereka tentang kontrasepsi modern, akses dengan petugas, dan akses media. Provinsi NTT dan Yogyakarta memperlihatkan pencapaian yang berbeda, NTT lebih rendah dibandingkan Yogyakarta.

Pembahasan

Secara nasional, *unmet need* belum tercapai, sedangkan untuk *unmet need* di Provinsi NTT dan

Yogyakarta hampir dicapai. Apabila angka 6,5% tidak dicapai untuk Provinsi Yogyakarta tidak menjadi masalah dalam mempertahankan TFR yang relatif rendah. Kebutuhan kontrasepsi yang tidak terpenuhi tidak berperan besar, jauh lebih berperan pada usia kawin pertama dan proporsi perempuan usia 15 – 49 tahun tidak menikah yang sedemikian besar. Oleh karena itu, yang perlu diperhatikan adalah membatasi atau menjarangkan semua berhubungan dengan jumlah anak yang masih hidup. Selama jumlah anak yang hidup banyak maka upaya yang dilakukan hanya untuk menjarangkan. Jika gagal, jumlah anak justru bertambah banyak.

Secara umum, alasan wanita PUS tidak menjadi peserta KB di Indonesia karena fertilitas (50,8%), kesehatan (35,5%), menentang untuk pakai KB (4,8%), kurang pengetahuan (1,3%), dan alasan lainnya (3,1%). Alasan fertilitas meliputi jarang ‘kumpul’, merasa sudah menopause, tidak subur lagi, dan ingin banyak anak. Alasan kesehatan meliputi takut efek samping, gangguan kesehatan, kurang akses ke tempat pelayanan, biaya mahal, merasa tidak nyaman dengan kontrasepsi yang pernah digunakan, menjadi gemuk/kurus, dan merasa sudah terlalu tua untuk menggunakan kontrasepsi. Tampaknya, di antara wanita PUS yang bukan peserta KB perlu mendapatkan KIE/penyuluhan dan pelayanan kontrasepsi yang berkualitas. Diperlukan peran serta petugas KB dalam menurunkan angka TFR.⁹

Nilai anak laki-laki sebagai penerus *fam* (*family*) di Provinsi NTT tinggi. Di samping itu, mereka menginginkan anak perempuan untuk mendapatkan belis (mahar) sehingga apabila baru mempunyai anak laki-laki, mereka tetap ingin mempunyai anak perempuan. Hal tersebut berarti memberikan mahar kepada pihak pengantin perempuan. Mereka ingin pula menerima mahar dari pengantin laki-laki untuk anak perempuan mereka. Yang dimaksud dengan mahar adalah gading gajah, perhiasan emas, dan uang. Informan mengatakan memiliki anak lebih banyak dianggap sebagai keuntungan tanpa memperhitungkan bahwa untuk menjadi anak yang berkualitas membutuhkan biaya.

Kecepatan penurunan TFR di Provinsi Yogyakarta dan NTT sangat berbeda. Provinsi Yogyakarta dengan TFR yang jauh di bawah tingkat penggantian (*replacement level*) secara teoritis tidak perlu diturunkan karena proporsi perempuan usia 15 – 19 tahun yang tidak menikah cukup tinggi (30%).⁴ Hasil pembangunan kependudukan dalam rangka menurunkan angka fertilitas terlihat dari pencapaian TFR yang tercantum dalam RPJMN tahun 2005 – 2009. Sebaliknya, Provinsi NTT dengan TFR yang selalu tinggi bahkan tertinggi merupakan daerah yang pelaksanaan pengendalian pertumbuhan penduduk terus tertinggal. Perlu program aksi dalam menangani kasus pernikahan remaja dan peningkatan kontrasepsi jangka panjang. Tidak diperlukan angka preva-

lensi kontrasepsi yang tinggi seperti Provinsi Yogyakarta, cukup pada tingkat angka prevalensi medium atau sedang tetapi diarahkan pada kontrasepsi jangka panjang yang sangat ampuh dalam menurunkan kelahiran.

Usia pernikahan yang relatif muda dan angka prevalensi yang rendah diperkirakan menyebabkan TFR yang tinggi di Provinsi NTT. Kedua hal tersebut menyebabkan fertilitas yang tinggi untuk kelompok usia 20 – 39 tahun. Periode *age specific fertility rate* (ASFR) yang tinggi tersebut diperkirakan diikuti dengan angka prevalensi yang rendah serta jenis kontrasepsi jangka pendek seperti pil, suntik, kondom serta metode tradisional. Perbedaan TFR yang diinginkan di Provinsi Yogyakarta, NTT, dan Indonesia selalu ditemukan. Penggunaan kontrasepsi dapat berperan mempersempit atau menurunkan perbedaan tersebut. Di samping itu, yang tidak kalah penting adalah derajat kesehatan anak dan bayi yang tinggi.

Analisis kualitatif mengungkapkan bahwa pada awal program KB di Provinsi NTT, slogan jumlah anak adalah 3 sudah cukup membudaya sehingga masih ada sampai sekarang. Awal program tersebut, keluarga mempunyai 8 – 10 anak atau dalam bahasa Lio/Ende ‘temusai’ yang artinya 3 – 4 anak cukup, istilah lainnya adalah ‘burung pipit’ ketika peranan suami dan keluarga sangat penting dalam menentukan jumlah anak. Salah satu komponen penting dalam upaya penurunan fertilitas adalah nilai anak yang berakar kuat dalam masyarakat. Nilai anak yang tepat yang dimiliki oleh suatu keluarga menentukan berapa jumlah anak ideal atau anak yang diharapkan dalam suatu keluarga.¹⁰

Beberapa faktor langsung yang memengaruhi fertilitas adalah menyusui, median masa tidak subur setelah melahirkan, dan kelangsungan pemakaian kontrasepsi selama 12 bulan. Median lama ibu memberikan ASI adalah 20,7 bulan. Wanita di Provinsi Yogyakarta lebih lama memberikan ASI dibandingkan wanita NTT yaitu 22,6 bulan berbanding 18,8 bulan. Sebaliknya, pemberian ASI eksklusif lebih lama 4 bulan pada wanita di Provinsi NTT dibandingkan wanita Yogyakarta. Pemberian ASI yang relatif pendek di Provinsi Yogyakarta lebih disebabkan oleh keterlibatan perempuan dalam kegiatan ekonomi yaitu bekerja untuk mendapatkan upah. Meskipun lama pemakaian setelah 12 bulan, hasil berbeda tergantung jenis kontrasepsi yang digunakan di kedua provinsi tersebut. Setelah 12 bulan, di Provinsi NTT banyak yang putus pakai sebab yang digunakan adalah kontrasepsi jangka pendek. Sebaliknya, di Provinsi Yogyakarta adalah jenis kontrasepsi jangka panjang dengan angka putus pakai yang rendah.

Median masa tidak subur setelah melahirkan di Provinsi NTT lebih lama dibandingkan Yogyakarta, sehubungan dengan belum haid, tidak ‘kumpul’, dan tidak subur. Median masa tidak subur tersebut tampaknya ti-

dak berkaitan dengan fertilitas wanita di Provinsi NTT yang didukung oleh temuan kualitatif bahwa pemberian ASI lebih tinggi, tetapi dengan kualitas ASI yang kurang baik sehingga tidak berdampak pada fertilitas.

Pengaruh lama menyusui dan tidak subur setelah melahirkan relatif kecil pada perubahan fertilitas. Kelangsungan pemakaian dalam 12 bulan kurang penting, yang terpenting adalah jenis kontrasepsi jangka panjang dengan tingkat putus pakai yang rendah.

Dalam beberapa hasil penelitian menunjukkan semakin tinggi pendidikan semakin disiplin dalam pemakaian kontrasepsi tradisional. Pernyataan ini menguatkan dugaan bahwa di Provinsi NTT pada masa mendatang akan tetap didominasi pemakaian kontrasepsi jangka pendek dengan biaya mahal dan mudah *drop out*. Kedisiplinan pemakaian akan kontrasepsi tradisional berhubungan dengan pendidikan, semakin tinggi pendidikan semakin disiplin pemakaian kontrasepsi tradisional. Peran pakar gereja di Provinsi Yogyakarta sedikit karena pemeluk agama Katolik sangat sedikit, tetapi di NTT pemeluk katolik sangat banyak. Meskipun belum ada studi yang menghubungkan kontrasepsi tradisional dengan pemakaian kontrasepsi, yang penting adalah kedisiplinan yang mengandung makna memahami dan menggunakan sesuai aturan menurut jenis kontrasepsi.

Persediaan berbagai jenis kontrasepsi pada pelayanan KB kesehatan perlu diperbaiki untuk menyediakan asas sukarela dalam penggunaan kontrasepsi. Reduksi kebutuhan kontrasepsi yang tidak terpenuhi hanya satu pilihan yakni pelayanan yang mudah didapat, biaya murah, dan cepat selesai. Peningkatan kesehatan anak dan bayi yang tercermin pada angka *infant mortality rate* (IMR) dan *child mortality rate* (CMR) yang rendah menjadi prioritas utama dalam menurunkan angka fertilitas. Kebutuhan kontrasepsi yang tidak terpenuhi berhubungan dengan kualitas pelayanan. Menekan angka kebutuhan kontrasepsi tidak terpenuhi yang tinggi dilakukan dengan pelayanan KB yang memenuhi segala kebutuhan PUS atau akseptor dengan harga yang murah seperti di Provinsi Yogyakarta. Hal tersebut merupakan masalah besar di Provinsi NTT, angka prevalensi kontrasepsi masih didominasi pemakaian kontrasepsi jangka pendek dan kesulitan akses pelayanan KB.

Pola umum di daerah yang mempunyai angka prevalensi sejalan dengan angka kebutuhan kontrasepsi tidak terpenuhi tinggi. Angka ini muncul akibat ketidaksesuaian antara keinginan memakai kontrasepsi dengan jenis pelayanan kontrasepsi yang tersedia. Perbaikan pelayanan jenis kontrasepsi yang lengkap, mudah didapat, dan murah merupakan pemecahan masalah, di samping sosialisasi pengaturan jumlah anak. Apabila kelompok kebutuhan kontrasepsi tidak terpenuhi didominasi oleh umur muda, telah memiliki 3 anak atau lebih, dan di masa mendatang tidak ingin anak lagi maka perlu mendapat

perhatian. Dampak ke depan, angka fertilitas masih tetap tinggi apalagi jika angka prevalensi kontrasepsi di Provinsi NTT masih rendah. Provinsi Yogyakarta lebih diuntungkan karena angka prevalensi cukup tinggi, kebutuhan kontrasepsi tidak terpenuhi rendah, dan lebih banyak yang ingin membatasi jumlah anak.

Kesimpulan

TFR di Provinsi Yogyakarta sangat rendah, sedangkan NTT sangat tinggi karena latar belakang demografi dan nondemografi. Faktor budaya terhadap nilai anak banyak berpengaruh terhadap jumlah anak yang diinginkan. Di Provinsi NTT mengenal istilah 'belis' yang mendorong setiap pasangan menginginkan anak dengan jenis kelamin lengkap dan jumlah yang sama banyak. Berbeda dengan Provinsi Yogyakarta, keluarga lebih mementingkan kualitas anak, lebih menyukai 1 anak yang dapat mencapai pendidikan yang baik. Pendidikan yang rendah berhubungan dengan faktor langsung yang berpengaruh terhadap pemakaian dan jenis kontrasepsi. Pelayanan KB yang rendah memicu kebutuhan kontrasepsi tinggi yang tidak terpenuhi. Kesertaan ber-KB di Provinsi NTT dan Yogyakarta adalah 42,2% dan 66,9%. Wanita PUS yang keinginan ber-KB tidak terpenuhi masih tinggi di Provinsi NTT (17,4%) dibandingkan Yogyakarta (6,8%).

Saran

Penurunan fertilitas akan lebih berhasil apabila program-program yang dilakukan lebih ditujukan pada pemberdayaan perempuan. Peningkatan pendidikan perempuan, kesehatan bayi dan anak serta kesehatan reproduksi menjadi prioritas utama. Demikian pula dengan pemberdayaan ekonomi, terutama kesempatan kerja dan usaha yang lebih berpihak pada perempuan. Dengan sedikit anak, perempuan dapat mandiri sehingga tidak selalu bergantung pada suami.

Daftar Pustaka

1. Badan Pusat Statistik, Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, dan Macro International Inc. Survei demografi dan kesehatan Indonesia tahun 1997. Jakarta: Badan Pusat Statistik; 1998.
2. Badan Pusat Statistik, Macro International. Survei demografi dan kesehatan Indonesia tahun 2003. Calverton, Maryland, United States of America: Badan Pusat Statistik dan Macro International; 2004.
3. Badan Pusat Statistik, Macro International. Survei demografi dan kesehatan Indonesia tahun 2007. Calverton, Maryland, United States of America: Badan Pusat Statistik dan Macro International; 2008.
4. Badan Pusat Statistik, Macro International. Survei demografi dan kesehatan Indonesia tahun 1991. Calverton, Maryland, United States of America: Badan Pusat Statistik dan Macro International; 1992.
5. Badan Pusat Statistik, Macro International. Survei demografi dan kesehatan Indonesia tahun 1994. Calverton, Maryland, United States of America: Badan Pusat Statistik dan Macro International; 1995.

6. Gani A. Anggaran keluarga berencana untuk MDGs. Gemari Online. 2010. 118/XI/2010: [p. 52]. Diunduh dari: <http://www.gemari.or.id/artikel/detail.php?id=4951>.
7. Adiotomo SM. Proseding Rapat Kerja Nasional Program Keluarga Berencana Nasional Tahun 2007. Jakarta: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional Pusat; 2007.
8. Lembaga Demografi Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia. Faktor penentu fertilitas provinsi-provinsi di Indonesia: pendekatan proximate determinant. Jakarta: Lembaga Demografi Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia; 1996.
9. Kurniawan UK, Pratomo H, Bachtiar A. Kinerja penyuluhan keluarga berencana di Indonesia: pedoman pengujian efektivitas kinerja pada era desentralisasi. Kesmas, Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional. 2010; 5 (1): 3-8.
10. Terence HH. Family planning and family decision-making in NTT. Jakarta: PPT-LIPI, Aus-AID; 1999.