



# **POLA MENYUSUI SEBAGAI DETERMINAN FERTILITAS DI PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR**

**Analisis Data SDKI 2002-03 dan 2017.**



**BADAN KEPENDUDUKAN DAN KELUARGA BERENCANA NASIONAL**

**2020**

**POLA MENYUSUI SEBAGAI DETERMINAN FERTILITAS  
DI PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR**  
(ANALISIS SDKI 2002/203 DAN SDKI 2017)

**PENULIS**

**Wahyu Utomo  
Robani Caturseptani  
Dian K Irawati  
Mugia Bayu R**

**EDITOR/PEMBIMBING**

**Muhammad Dawam**

Penerbit

**: BADAN KEPENDUDUKAN DAN KELUARGA BERENCANA NASIONAL  
Jalan Permata No. 1 Halim Perdana Kusuma Jakarta-Timur  
2020**

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur ke hadirat Allah SWT, atas karunia dan rahmatnya-Nya penulisan laporan penelitian “Pola menyusui sebagai determinan fertilitas di Provinsi Nusa Tenggara Timur” dapat diselesaikan. Tingkat fertilitas di Provinsi NTT mulai dari tahun 2002 (4,10 anak per wanita), tahun 2012 (3,30 anak per wanita) dan sampai tahun 2017 (3,37 anak per wanita) angka ini mengakibatkan Provinsi NTT selalu menempati urutan provinsi dengan TFR tertinggi. Perubahan angka TFR di Provinsi NTT ini baik langsung maupun tidak langsung dipengaruhi oleh faktor-faktor demografi, sosial, ekonomi, dan budaya.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pola menyusui sebagai determinan proksimat dari fertilitas yang memperhitungkan faktor demografi dan sosial ekonomi di Provinsi Nusa Tenggara Timur. Analisis dalam penelitian ini menggunakan dekomposisi fertilitas berdasarkan hasil SDKI 2002/2003 dan SDKI 2017. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi secara komprehensif dan obyektif mengenai pola menyusui sebagai determinan fertilitas di Provinsi Nusa Tenggara Timur serta menghasilkan suatu rekomendasi strategis untuk perbaikan program-program yang akan dilakukan.

Kami ucapkan terima kasih kepada seluruh pihak yang telah membantu pelaksanaan penelitian ini. Semoga hasil penelitian ini dapat bermanfaat sebagai masukan dalam penyempurnaan pelaksanaan program di masa yang akan datang.

Jakarta, Desember 2020  
Kepala Puslitbang Kependudukan

**Dr. Indra Murty Surbakti, MA**

## Daftar Isi

Kata Pengantar .....	ii
Daftar Isi .....	iii
<b>BAB I           PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1. Latar Belakang.....	1
<b>BAB II           TINJAUN PUSTAKA.....</b>	<b>7</b>
1. Teori Fertilitas.....	7
2. Kerangka Konsep.....	12
<b>BAB III          METODOLOGI PENELITIAN.....</b>	<b>15</b>
1. Disain Penelitian.....	15
2. Unit Analisis.....	15
3. Pengolahan dan Analisis Data.....	15
<b>BAB IV          ANALISIS DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>17</b>
1. Analisis SDKI 2002/2003.....	17
2. Analisis SDKI 2017.....	21
3. Analisis perubahan pengaruh pola perkawinan, pemakaian dan efektivitas kontrasepsi, dan ketidak suburban pada masa menyusui terhadap tingkat fertilitas antara tahun 2002/03 dan 2017 di NTT.....	27
4. Profil Wanita menyusui di Provinsi Nusa Tenggara Timur berdasarkan kondisi sosio demografi.....	32
<b>BAB V          KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....</b>	<b>39</b>
1. Kesimpulan.....	39
2. Rekomendasi.....	40
Daftar Pustaka .....	41

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Dinamika penduduk adalah kondisi di saat struktur penduduk, jumlah, dan persebarannya mengalami perubahan akibat terjadinya faktor demografi yaitu kelahiran, kematian, dan perpindahan (Bappenas, 2013). Kelahiran atau fertilitas merupakan pengaruh positif atau faktor penambah bagi laju pertumbuhan penduduk, sedangkan kematian atau mortalitas memberikan pengaruh negatif atau faktor pengurang. Migrasi atau perpindahan penduduk dapat menjadi faktor penambah apabila terdapat penduduk yang masuk ke wilayah tertentu, sebaliknya, dapat menjadi faktor pengurang apabila terdapat penduduk yang keluar dari wilayah tertentu.

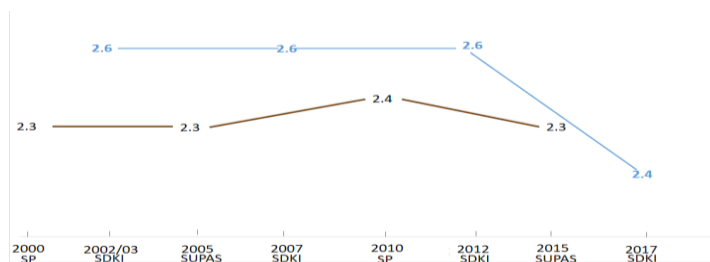
Jumlah penduduk di Provinsi Nusa Tenggara Timur tahun 2015 sebesar 5.120.061 jiwa meningkat menjadi 5.203.514 jiwa tahun 2016. Tahun 2017 jumlah penduduk 5.287.302 jiwa dengan kepadatan mencapai 110 jiwa/km<sup>2</sup>. Pada tahun 2017, kepadatan penduduk tertinggi di Kota Kupang sebesar 2.289 jiwa/km<sup>2</sup>, dan terendah Kabupaten Sumba Timur 36 jiwa/km<sup>2</sup> (Pemprov NTT, 2019). Berdasarkan komposisi penduduk menurut jenis kelamin, pada tahun 2017, jumlah penduduk laki-laki adalah 2.619.181 jiwa atau sebesar 49,54 persen dari jumlah keseluruhan penduduk, lebih sedikit dibandingkan jumlah penduduk perempuan sebanyak 2.668.121 jiwa atau 50,46 persen dengan sex ratio sebesar 98 persen yang berarti di setiap 100 penduduk perempuan terdapat sebanyak 98 penduduk laki-laki (Pemprov NTT, 2019). Pada tahun 2017, komposisi penduduk berdasarkan sex ratio sebesar 100 penduduk perempuan dan hanya terdapat sex ratio sebesar 98 penduduk laki-laki (Pemprov NTT, 2019).

Aspek kependudukan merupakan hal yang paling mendasar dalam pembangunan. Penduduk merupakan pelaku dan sasaran pembangunan, sekaligus yang menikmati hasil-hasil pembangunan. Oleh sebab itu, untuk menunjang keberhasilan pembangunan, maka diperlukan adanya upaya pengendalian jumlah penduduk. Indonesia merupakan salah satu negara yang menerapkan program pengendalian penduduk dengan tujuan untuk menekan laju pertumbuhan penduduk dengan cara menurunkan tingkat kelahiran dalam rangka mendukung pembangunan dalam jangka panjang.

Angka Kelahiran Total atau *Total Fertility Rate* (TFR) adalah jumlah rata-rata anak yang dilahirkan oleh seorang wanita selama masa usia subur (15-49 tahun). Indikator ini penting untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan suatu negara dalam mengendalikan jumlah penduduknya, antara lain, melalui program Keluarga Berencana. Berdasarkan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), tren angka kelahiran total (TFR) menunjukkan adanya penurunan rata-rata kelahiran dari tahun 1991 sampai dengan tahun 2017. Angka TFR Indonesia turun dari 3.0 anak per perempuan (SDKI 1991) menjadi 2.6 (SDKI 2002/03). Penurunan TFR mengalami kemandekan (*fertility stalling*) selama kurun waktu 10 tahun dari SDKI 2002/2003 sampai SDKI 2012, yakni stagnan di angka 2,6 anak per perempuan. Berbagai program dilakukan pemerintah melalui BKKBN dalam upaya mencapai TFR sebesar 2,1 anak per perempuan. Di tahun 2017 tingkat fertilitas tidak lagi stagnan dan akhir menunjukkan penurunan menjadi 2,4 anak per perempuan. Meskipun angka kelahiran total tersebut mengalami penurunan namun belum mencapai target yang telah ditetapkan dalam RPJMN 2014-2019, yaitu 2,1 (Gambar 1). Dengan demikian, tingkat kelahiran di Indonesia secara umum sudah dikategorikan dalam tingkat kelahiran rendah (dibawah 2,5 anak per perempuan).

Gambar 1

Angka Kelahiran Total Indonesia, 2000 – 2017



Sumber : Badan Pusat Statistik (2000-2017)

Penurunan tingkat fertilitas secara nasional sayangnya tidak diikuti dengan menurunnya tingkat fertilitas di setiap provinsi. Beberapa provinsi mengalami penurunan tingkat fertilitas, bahkan sampai berada di bawah 2,1 anak per wanita. Namun ada pula provinsi yang mengalami kemandekan serta mengalami peningkatan angka fertilitas. Terdapat 14 provinsi yang mengalami kemandekan penurunan fertilitas pada periode 2000-2010, yaitu Riau, DKI Jakarta, Jawa Tengah, D.I. Yogyakarta, Jawa Timur, Bali, Nusa Tenggara Timur, Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Tengah, Gorontalo, Maluku, dan Maluku Utara. Tabel 1 memperlihatkan besarnya TFR per-provinsi dari tahun 2000 sampai 2017.

Tabel 1

Angka Fertilitas Total menurut Provinsi 2000, 2002, 2007, 2010, 2012 dan 2017

Provinsi	2000	2002	2007	2010	2012	2017
Aceh	2,44	-	3,10	2,79	2,80	2,72
Sumatera Utara	2,84	3,00	3,80	3,01	3,00	2,93
Sumatera Barat	2,95	3,20	3,40	2,91	2,80	2,48
Riau	2,45	3,20	2,70	2,82	2,90	2,87
Jambi	2,37	2,70	2,80	2,51	2,30	2,31
Sumatera Selatan	2,33	2,30	2,70	2,56	2,80	2,63
Bengkulu	2,49	3,00	2,40	2,51	2,20	2,30
Lampung	2,42	2,70	2,50	2,45	2,70	2,30
Bangka Belitung	2,53	2,40	2,50	2,54	2,60	2,30
Kepulauan Riau	-	-	3,10	2,38	2,60	2,29
DKI Jakarta	1,66	2,20	2,10	1,82	2,30	2,24
Jawa Barat	2,28	2,80	2,60	2,43	2,50	2,36
Jawa Tengah	2,14	2,10	2,30	2,20	2,50	2,32
DI Yogyakarta	1,79	1,90	1,80	1,94	2,10	2,19
Jawa Timur	1,87	2,10	2,10	2,00	2,30	2,08
Banten	2,37	2,60	2,60	2,35	2,50	2,34
Bali	2,03	2,10	2,10	2,13	2,30	2,07
Nusa Tenggara Barat	2,69	2,40	2,80	2,59	2,80	2,54
Nusa Tenggara Timur	3,46	4,10	4,20	3,82	3,30	3,37
Kalimantan Barat	2,62	2,90	2,80	2,64	3,10	2,65
Kalimantan Tengah	2,21	3,20	3,00	2,56	2,80	2,46
Kalimantan Selatan	2,30	3,00	2,60	2,35	2,50	2,41
Kalimantan Timur	2,32	2,80	2,70	2,61	2,80	2,68
Kalimantan Utara	-	-	-	-	-	2,81
Sulawesi Utara	2,10	2,60	2,80	2,43	2,60	2,24
Sulawesi Tengah	2,81	3,20	3,30	2,94	3,20	2,71
Sulawesi Selatan	2,55	2,60	2,80	2,55	2,60	2,44
Sulawesi Tenggara	3,14	3,60	3,30	3,20	3,00	2,83
Gorontalo	2,63	2,80	2,60	2,76	2,60	2,46
Sulawesi Barat	-	-	3,50	3,33	3,60	2,74
Maluku	3,29	-	3,90	3,56	3,20	3,29
Maluku Utara	3,04	-	3,20	3,35	3,10	2,86
Papua Barat	-	-	3,40	3,18	3,70	3,19
Papua	2,38	-	2,90	2,87	3,70	3,31
<b>INDONESIA</b>	<b>2,27</b>	<b>-</b>	<b>2,60</b>	<b>2,41</b>	<b>2,60</b>	<b>2,42</b>

Sumber : SP 2000 dan 2010, SDKI 2002/2003, 2007, 2012 dan 2017

Tabel 1 menunjukkan bahwa Provinsi NTT memiliki angka TFR hampir selalu paling tinggi diantara provinsi-provinsi lainnya, kecuali pada hasil SDKI 2012 dimana provinsi ini berada pada urutan ke-4 setelah Provinsi Papua, Papua Barat, dan Sulawesi Barat. Kajian analisis lanjut hasil SDKI 2017 tentang dekomposisi fertilitas (Samosir, 2019) menunjukkan bahwa pemakaian dan efektifitas alat kontrasepsi merupakan faktor utama yang mempengaruhi penurunan tingkat fertilitas di Indonesia, dibandingkan faktor lain yaitu pola perkawinan dan perilaku menyusui. Bagaimana dengan di Provinsi NTT ? Hasil kajian Samosir (2019) juga menyebutkan bahwa faktor paling dominan yang mempengaruhi tingkat fertilitas di Provinsi NTT adalah penggunaan alat kontrasepsi, namun ada yang menarik dari hasil kajian tersebut yaitu pada indeks ketidaksuburan saat menyusui di NTT merupakan yang terbaik ditingkat nasional. Provinsi ini memiliki indeks ketidaksuburan pada masa menyusui paling rendah di antara provinsi- provinsi lainnya, yang berarti bahwa para wanita usia subur di Provinsi NTT menyusui anaknya dengan periode menyusui paling lama.

Ketidaksuburan saat menyusui salah satu faktor yang berpengaruh untuk menurunkan angka fertilitas terutama di provinsi jawa tengah, aceh, jambi Sulawesi selatan, Kalimantan timur, Irian jaya dan Kalimantan Tengah (Musadad, Anwar dkk,1993). Perilaku menyusui berpengaruh menghambat ovulasi dan memperpanjang interval kelahiran yang pada akhirnya berdampak pada penurunan fertilitas alamiah (Samosir, 2019). Faktor pemakaian alat kontrasepsi di Provinsi NTT menempati urutan keempat paling rendah setelah Provinsi Papua, Papua Barat, dan Maluku. Sedangkan faktor pola perkawinan menunjukkan bahwa Provinsi NTT memiliki proporsi kawin yang cukup tinggi ( $C_m > 0,6$ ), yang berarti bahwa wanita usia subur di provinsi ini menghabiskan waktu yang relatif panjang dalam status kawin (Samosir,2019).

Tingginya tingkat fertilitas yang terjadi di Nusa Tenggara Timur tentu tidak hanya disebabkan oleh ketiga faktor langsung tersebut. Oleh karena itu penting untuk dilakukan analisis lebih lanjut tentang tren atau pola perubahan determinan fertilitas dengan sumber data hasil SDKI 2002/2003 dan 2017 di Provinsi NTT, sehingga mendapatkan gambaran untuk melakukan pendekatan yang lebih tepat dalam menurunkan angka fertilitas di provinsi ini.

## 1.2. Rumusan Masalah

Penurunan tingkat fertilitas di Provinsi NTT selama kurun waktu 10 tahun, yaitu dari tahun 2002 (4,10 anak per wanita) sampai 2012 (3,30 anak per wanita) terlihat cukup signifikan, walaupun akhirnya mengalami sedikit kenaikan berdasarkan hasil SDKI 2017 (3,37 anak per wanita). Angka ini mengakibatkan Provinsi NTT menempati urutan pertama sebagai provinsi dengan TFR tertinggi. Perubahan angka TFR di Provinsi NTT ini tentu saja dipengaruhi oleh faktor-faktor yang menyebabkannya, apakah faktor-faktor tersebut tetap atau berubah.

## 1.3. Tujuan Penelitian

### 1.3.1. Tujuan umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui determinan proksimat dari fertilitas dengan memperhitungkan faktor demografi dan sosial ekonomi di Provinsi Nusa Tenggara Timur menggunakan dekomposisi fertilitas berdasarkan hasil SDKI 2002/2003 dan SDKI 2017.

### 1.3.2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah:

1. Diketuinya trend dekomposisi fertilitas di Provinsi NTT berdasarkan hasil SDKI Tahun 2002/2003 dan 2017.
2. Diketuinya perbedaan karakteristik umur, pendidikan kuintil kekayaan dan tempat tinggal terhadap durasi menyusui di Provinsi NTT berdasarkan hasil SDKI Tahun 2017.

## 1.4. Manfaat Penelitian

Hasil kajian ini dapat menjadi masukan bagi :

- a. Para perencana pembangunan bidang kependudukan dan KB dalam menyusun rencana program pembangunan kependudukan dan KB di Provinsi NTT.
- b. Para petugas kesehatan, konselor laktasi dan penyuluh KB sebagai dasar pengembangan materi KIE mengenai pola menyusui dan fertilitas.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### 2.1. Tinjauan Teoritis

##### 2.1.1. Teori Fertilitas

Teori fertilitas klasik Kingsley Davis dan Judith Blake (1956) menyebutkan bahwa tingkat fertilitas dipengaruhi oleh faktor-faktor demografi, sosial, ekonomi, dan budaya. Faktor-faktor tersebut mempengaruhi fertilitas melalui determinan antara (*proximate determinants*) yang mempengaruhi tingkat fertilitas secara langsung. Adapun variabel antara yang dimaksud terdiri atas 11 variabel yang kemudian disederhanakan oleh Bongaarts (Bongaarts, 1978; Bongaarts & Potter, 1983) menjadi 8 variabel dan dikelompokkan dalam tiga kategori besar, yaitu:

#### I. *Exposure factor:*

1. Proporsi menikah

#### II. *Deliberate marital fertility control factors*

2. Kontrasepsi
3. Aborsi yang diinduksi

#### III. *Natural marital fertility factors*

4. Infecundability laktasi
5. Frekuensi hubungan intim
6. Sterilisasi
7. *Spontaneous intrauterine mortality*
8. Durasi masa subur

Lebih lanjut, Bongaarts (1978) mengidentifikasi empat variabel sebagai variabel terdekat yang paling penting dan memiliki pengaruh langsung dalam menghambat fertilitas karena bersama-sama mereka menyumbang hampir 96% dari variasi kesuburan dalam suatu populasi (Alazbih et al., 2017; Bongaarts, 1978; Bongaarts & Potter, 1983).

## 1. Dekomposisi Fertilitas John Bongaarts

Bongart (1978) melakukan analisis dekomposisi fertilitas untuk menjelaskan pengaruh diantara determinan fertilitas terhadap penurunan fertilitas. Variabel yang digunakan untuk mengetahui hubungan antara tingkat perkawinan, pemakaian kontrasepsi, aborsi yang disengaja, dan menyusui dengan tingkat fertilitas dirumuskan dalam empat indeks yaitu : indeks perkawinan ( $C_m$ ), indeks nonkontrasepsi ( $C_c$ ), indeks aborsi ( $C_a$ ), dan indeks ketidaksuburan pada masa menyusui ( $C_i$ ). Persamaannya adalah sebagai berikut.

$$TFR = C_m \times C_c \times C_a \times C_i \times TF$$

- ❖ TFR adalah banyak anak rata-rata yang akan dimiliki oleh seorang perempuan pada akhir masa reproduksinya jika perempuan tersebut mengikuti pola fertilitas pada suatu tahun tertentu. Rumus untuk menghitung TFR adalah sebagai berikut.

$$TFR = \sum_{i=1}^{i=7} ASFR_i$$

$ASFR_i$  adalah angka fertilitas umur tertentu (*age-specific fertility rate*) untuk perempuan pada kelompok umur  $i$ .  $ASFR_i$  merupakan banyak kelahiran pada perempuan kelompok umur  $i$  per 1.000 perempuan umur  $i$ .

- ❖ TMFR adalah banyak anak rata-rata yang akan dimiliki oleh seorang perempuan kawin pada akhir masa reproduksinya jika perempuan kawin tersebut mengikuti pola fertilitas marital pada suatu tahun tertentu. TMFR dihitung dengan menggunakan rumus sebagai berikut.

$$TMFR = \sum_{i=1}^{i=7} ASMFR_i$$

$ASMFR_i$  adalah banyak kelahiran pada perempuan kawin kelompok umur  $i$  per 1.000 perempuan kawin umur  $i$ .

- ❖ TNMFR adalah banyak anak rata-rata yang akan dimiliki oleh seorang perempuan kawin pada akhir masa reproduksinya jika perempuan kawin tersebut mengikuti pola fertilitas marital pada suatu tahun tertentu dan jika perempuan kawin tersebut tidak berkontrasepsi

dan tidak melakukan aborsi yang disengaja. TNMFR dapat dihitung dengan menggunakan rumus sebagai berikut.

$$TMFR = C_c \times C_a \times TNMFR$$

- ❖ TF adalah banyak anak rata-rata yang akan dimiliki oleh seorang perempuan kawin pada akhir masa reproduksinya jika perempuan kawin tersebut mengikuti pola fertilitas marital pada suatu tahun tertentu dan jika perempuan kawin tersebut tidak berkontrasepsi, tidak melakukan aborsi yang disengaja, dan tidak menyusui. TF dapat dihitung dengan menggunakan rumus sebagai berikut.

$$TNMFR = C_i \times TF$$

- ❖ Indeks perkawinan ( $C_m$ ) adalah proporsi dimana tingkat kelahiran dalam perkawinan diturunkan sebagai konsekuensi dari pola perkawinan. Angka ini adalah proporsi waktu yang dihabiskan perempuan dalam status kawin selama masa reproduksi.  $C_m$  bernilai nol ketika tidak ada perempuan yang kawin dan bernilai satu ketika semua perempuan menghabiskan seluruh masa reproduksi mereka dalam status kawin.

$$C_m = \frac{TFR}{TMFR}$$

- ❖ Indeks nonkontrasepsi ( $C_c$ ) adalah proporsi dimana tingkat kelahiran diturunkan sebagai konsekuensi dari pola prevalensi dan efektivitas kontrasepsi.  $C_c$  bernilai nol ketika semua perempuan yang tidak steril selama masa reproduksi dilindungi oleh kontrasepsi yang efektif 100% dan bernilai satu ketika tidak ada perempuan yang berkontrasepsi.  $f$  adalah angka kegagalan kontrasepsi bulanan (*monthly contraceptive failure rate*) dan  $c$  adalah probabilitas bulanan konsepsi tanpa kontrasepsi. Sedangkan angka kegagalan kontrasepsi yang dihitung adalah angka kegagalan kontrasepsi tahunan ( $f_y$ ) dan angka kegagalan kontrasepsi bulanan ( $f_m$ ).
- ❖ Indeks aborsi ( $C_a$ ) adalah proporsi dimana tingkat kelahiran diturunkan sebagai konsekuensi dari praktik aborsi yang disengaja. Dalam penelitian ini nilai  $C_a$  diasumsikan satu karena data aborsi yang disengaja tidak tersedia di Indonesia. Artinya, dalam penelitian ini diasumsikan tidak ada perempuan yang melakukan aborsi yang disengaja.
- ❖ Indeks menyusui ( $C_i$ ) adalah proporsi dimana tingkat kelahiran diturunkan sebagai konsekuensi dari ketidaksuportan pada masa menyusui.  $C_i$  bernilai nol ketika semua

perempuan menyusui setelah melahirkan dan bernilai satu ketika tidak ada perempuan yang menyusui setelah melahirkan. Dalam penelitian ini, median periode waktu dimana seorang perempuan dianggap tidak terpapar terhadap kehamilan baik karena masih amenorea atau absen dari hubungan kelamin setelah melahirkan (*postpartum insusceptibility*) digunakan sebagai median ketidaksuburan pada masa menyusui ( $i$ ).

Menyusui memiliki pengaruh menghambat ovulasi sehingga memperpanjang interval kelahiran dan menurunkan fertilitas alamiah. Estimasi kuantitatif pengaruh menurunkan fertilitas dari ketidaksuburan pada masa menyusui dapat diperkirakan dengan membandingkan interval kelahiran rata-rata tanpa dan dengan menyusui (Samosir,2019).

Interval kelahiran dapat dibagi menjadi empat komponen. Komponen pertama adalah suatu interval tidak subur segera setelah melahirkan. Tanpa menyusui, segmen ini rata-rata 1,5 bulan. Periode menyusui yang panjang dapat menghasilkan masa tidak subur sampai dua tahun. Durasi ini biasanya dihitung dari saat melahirkan sampai menstruasi yang pertama karena menstruasi pertama setelah melahirkan bersamaan dengan kembalinya ovulasi. Komponen yang kedua adalah waktu tunggu untuk konsepsi, yang dimulai saat ovulasi setelah melahirkan dan berakhir dengan suatu konsepsi. Interval ini berkisar antara lima sampai 10 bulan dengan rata-rata 7,5 bulan. Komponen ketiga adalah waktu yang ditambahkan oleh kematian janin yang tidak disengaja, rata-rata dua bulan per interval kelahiran. Komponen keempat adalah periode kehamilan selama sembilan bulan (Samosir,2019).

Jadi, tanpa menyusui, interval kelahiran rata-rata biasanya adalah  $1,5 + 7,5 + 2 + 9 = 20$  bulan. Dengan menyusui interval kelahiran rata-rata adalah durasi total rata-rata periode tidak subur setelah melahirkan ( $i$ ) ditambah dengan  $7,5 + 2 + 9 = 18,5$  bulan. Rasio antara interval kelahiran rata-rata tanpa dan dengan menyusui disebut indeks ketidaksuburan pada masa menyusui ( $C_i$ ). Oleh karena itu, rumus perhitungan  $C_i$  adalah sebagai berikut.

$$C_i = \frac{20}{18,5 + i}$$

## 2.2. Tinjauan empiris

Tinjauan empiris didasarkan pada kejadian nyata yang didapatkan dari penelitian, observasi (pengamatan), maupun eksperimen (percobaan) yang telah dilakukan. Penelitian terdahulu yang menjadi acuan dalam kajian ini antara lain adalah:

- a) Studi Rahmadewi & Asih (2011) pada Provinsi NTT dan Yogyakarta menunjukkan bahwa faktor budaya terkait nilai anak berpengaruh terhadap jumlah anak yang diinginkan. Hasil studi yang diperoleh di Provinsi NTT adanya budaya masyarakat setempat yang mendorong pasangan memiliki anak dengan jenis kelamin lengkap dan jumlah yang sama banyak dan biasa disebut dengan istilah 'belis'. Sedangkan temuan mereka di Provinsi Yogyakarta, kualitas anak lebih penting sehingga jumlah anak sedikit lebih disukai agar dapat mencapai pendidikan yang baik. Pendidikan rendah dan pelayanan kontrasepsi rendah memicu meningkatnya kebutuhan kontrasepsi yang tidak terpenuhi.
- b) Pada studi Wibowo (2009) mengkaji pengaruh efektivitas pemakaian kontrasepsi dalam penurunan fertilitas dan kelangsungan pemakaian kontrasepsi berdasarkan karakteristik tingkat pendidikan, aktivitas pekerjaan, daerah tempat tinggal, tingkat kekayaan, umur, tingkat Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) dan rasio fasilitas kesehatan per pasangan usia subur. Temuan Wibowo (2009) dalam studinya yang paling penting adalah pengaruh MKJP (non sterilisasi) sebagai metode yang lebih efektif dibandingkan dengan metode lainnya dalam menurunkan fertilitas. Adapun karakteristik mereka yang menggunakan MKJP adalah mereka yang berpendidikan menengah atas, bekerja, tinggal di perkotaan, tingkat kekayaan tinggi, berumur 35 tahun ke atas, daerahnya kurang maju, dan rasio fasilitas kesehatan per-PUS-nya makin tinggi. Sementara itu, diskontinuitas lebih cepat terjadi pada wanita yang menggunakan metode tradisional, berpendidikan menengah keatas, tidak bekerja, tinggal di perkotaan, tingkat kekayaan tinggi, berumur kurang dari 35 tahun, daerahnya kurang maju, dan risiko kesehatan per-PUS-nya makin tinggi. Diantara kedua temuan utama diatas memperlihatkan status bekerja perempuan sebagai pembeda metode kontrasepsi yang digunakan.
- c) Studi Rifdi dan Sari (2018) mengkaji faktor-faktor yang berhubungan dengan penerapan metode amenorea laktasi di Puskesmas Rasimah Ahmad, Kota Bukittinggi. Temuan dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa pengetahuan, status pekerjaan, dukungan suami dan peran petugas kesehatan berpengaruh signifikan dengan penerapan MAL.

Studi ini merekomendasikan kepada pihak petugas kesehatan untuk selalu meningkatkan upaya sosialisasi demi meningkatkan pengetahuan ibu menyusui tentang MAL sehingga dapat menerapkan metode MAL dalam ber-KB khusus untuk ibu menyusui.

- d) Studi Muzayyaroh dan Listriana (2012) Hubungan Pemberian ASI Eksklusif dengan Kembalinya Menstruasi pada Ibu menyusui di desa ngumpul, Jombang. Hasil dalam penelitian ini menyatakan ada hubungan pemberian ASI Eksklusif dengan kembalinya menstruasi.
- e) Penelitian Afifi (2008) yang meneliti tentang metode amenorea laktasi (MAL) dan kontrasepsi pada wanita Mesir. Menyatakan bahwa wanita dengan anak di bawah 2 tahun, penentu terjadinya amenorea (tidak terjadi menstruasi) setelah melahirkan salah satunya karena menyusui secara eksklusif, sehingga ASI eksklusif dikaitkan dengan terjadinya *amenorea post partum*.
- f) Selanjutnya studi Siswanto Agus W (2009), mengkaji pola, trend dan perbedaan praktek menyusui di Indonesia: analisis deskriptif peran modernisasi dan budaya tradisional. Penelitian ini menggunakan data SDKI 2007. Hasil penelitian ini menjelaskan bahwa pola menyusui yang bervariasi di Indonesia karena berkaitan dengan perilaku ibu, keluarga dan masyarakat dalam mengikuti proses modernisasi. Dalam kurun waktu 5 tahun dari tahun 20002 sampai 2007 terdapat penurunan median lama menyusui sekitar 2 bulan.

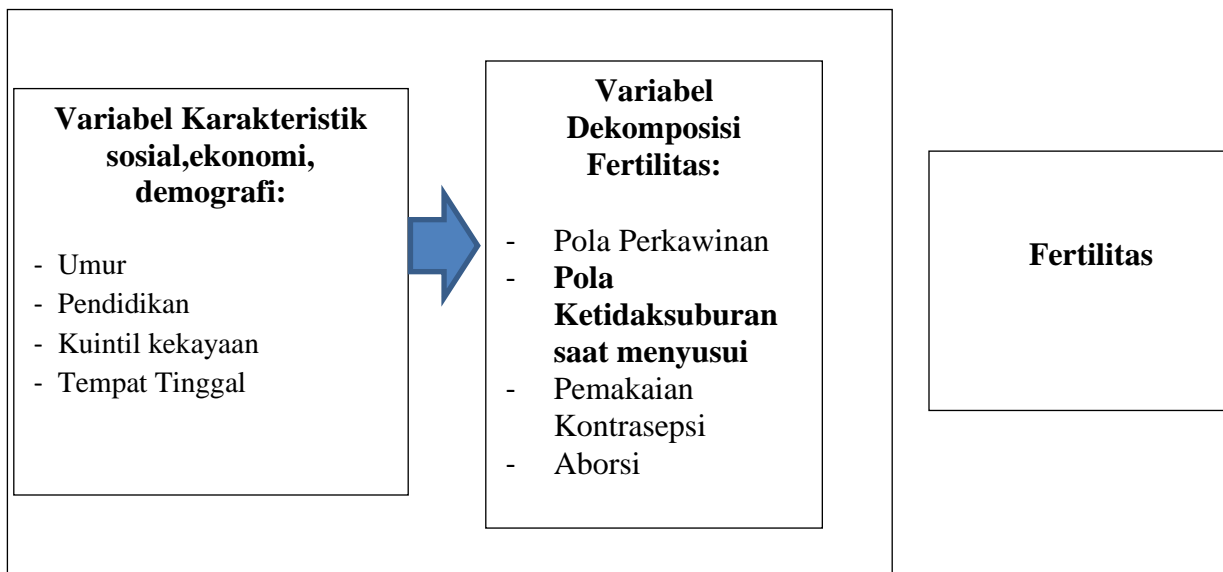
### 2.3. Kerangka Konsep

Davis dan Blake (1956) menjelaskan bahwa faktor-faktor demografi, sosial, ekonomi, dan budaya mempengaruhi fertilitas melalui determinan antara (*proximate determinants*) yang mempengaruhi tingkat fertilitas secara langsung. Adapun variabel antara yang dimaksud terdiri atas 11 variabel yang kemudian disederhanakan oleh Bongaarts sebagai dekomposisi fertilitas yaitu pola perkawinan, pemakaian alat kontrasepsi, aborsi dan pola ketidaksuburan saat menyusui.

Dalam penelitian ini variabel karakteristik sosial, ekonomi dan demografi yang digunakan yaitu umur, pendidikan, kuintil kekayaan, dan tempat tinggal. Sedangkan variabel dekomposisi fertilitas terdiri dari pola perkawinan, pemakaian alat kontrasepsi, serta pola

ketidaksuburan saat menyusui. Pada variabel dekomposisi fertilitas akan dilakukan analisis yang digunakan untuk mendapatkan gambaran determinan proksimat fertilitas. Selanjutnya akan dilakukan analisis terhadap hubungan antara variabel karakteristik sosial, ekonomi dan demografi dengan salah satu variabel dekomposisi fertilitas yaitu pola ketidak suburan saat menyusui yang diproksikan dengan variabel durasi menyusui. Berdasarkan teori, penelitian ini membuat kerangka konsep sebagai berikut:

**Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian**





## **BAB III METODOLOGI PENELITIAN**

### 3.1 Disain Penelitian

Kajian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif dengan pendekatan analisis data sekunder. Data yang dipergunakan dalam kajian ini bersumber dari hasil SDKI 2002/2003 dan 2017 Provinsi Nusa Tenggara Timur. SDKI adalah survei berskala nasional hasil kerjasama antara BPS, BKKBN, Kementerian Kesehatan, dan USAID

### 3.2 Unit Analisis

Unit analisis dalam penelitian ini adalah wanita pernah kawin, yakni 460 orang (SDKI 2002/2003 *weighted*) dan wanita pernah kawin, yakni 627 orang umur 15-49 tahun yang tinggal di Provinsi Nusa Tenggara Timur yang berjumlah 882 orang (SDKI 2017 *weighted*).

### 3.3 Pengolahan dan Analisis Data

Pengolahan data bertujuan untuk membentuk data yang telah dikumpulkan dan siap dianalisa untuk menghasilkan informasi penting sesuai tujuan penelitian yang diinginkan. Analisis data merupakan proses paling vital dalam sebuah penelitian. Hal ini dikarenakan dalam analisis inilah, data yang diperoleh peneliti bisa diterjemahkan menjadi hasil yang sesuai dengan kaidah ilmiah. Tujuan dari analisis data adalah menyederhanakan data dalam bentuk yang lebih mudah di baca dan diinterpretasi.

Analisis data dilakukan dengan menggunakan rumus dekomposisi fertilitas untuk mengetahui indeks perkawinan ( $C_m$ ), indeks nonkontrasepsi ( $C_c$ ), dan indeks ketidaksuburan pada masa menyusui ( $C_i$ ) (Bongard, 1978). Selanjutnya dilakukan juga analisis secara univariat untuk melihat persen distribusi responden WUS yang berstatus menyusui sebagai determinan antara. Analisis bivariat dilakukan untuk melihat persen distribusi antara variabel bebas (umur, pendidikan, tempat tinggal dan kuintil kekayaan) dengan variabel terikat (menyusui) dan sekaligus untuk melihat korelasi antara kedua variabel tersebut. Analisis data menggunakan sistem perangkat lunak stata versi 20.0 dengan memberikan perlakuan pada data set agar dapat diperoleh estimasi populasi dengan pembobotan.



## BAB IV ANALISIS DAN PEMBAHASAN

### 4.1. Analisis SDKI 2002/2003

TFR Indonesia menurut hasil SDKI 2002/2003 adalah 2,61 anak per perempuan, dimana tiap-tiap provinsi memiliki tingkat fertilitas yang beragam. Tingkat kelahiran dikategorikan rendah ketika TFR lebih kecil dari 2,5 anak per perempuan, sedang ketika TFR antara 2,5 dan lima, dan tinggi ketika TFR lebih dari lima. Salah satu provinsi yang paling tinggi tingkat kelahiran terdapat di Provinsi Nusa Tenggara Timur sebanyak 4,10 anak per perempuan, sementara DI Yogyakarta merupakan provinsi yang mengalami TFR paling rendah 1,90 anak per perempuan. Disini dapat terlihat bahwa antara tingkat kelahiran NTT dengan DI Yogyakarta terdapat selisih yang cukup besar sekitar 2,20 kelahiran per perempuan. Hasil perhitungan TFR, TMFR,  $C_m$ ,  $f_y$ ,  $f_m$ ,  $e$ ,  $C_c$ , APK 2014–2017, TNMFR,  $i$ ,  $C_i$ , dan TF pada tingkat nasional dan provinsi NTT pada tahun 2002/03 disajikan pada Tabel 2.

Table 2. Hasil penghitungan Dekomposisi Fertilitas Provinsi NTT SDKI 2002/03

	<b>Indonesia</b>	<b>NTT</b>
TFR	2,61	4,10
TMFR	3,71	5,85
Cm	0,71	0,70
Fy	2,1	0,3
Fm	0,18	0,02
E	98,23	99,79
Cc	0,31	0,60
APK 1999- 2002/03	59,8	34,1
TNMFR	12,07	9,78
I	3,1	2,9
Ci	0,93	0,93
TF	13,04	10,46

Tingkat fekunditas (TF) pada tingkat nasional di tahun 2002/03 sangat tinggi yaitu sebesar 13,04 anak per perempuan kawin dengan nilai TFR bisa mencapai ditingkat yang rendah yaitu 2,61 anak per perempuan kawin. Sementara di NTT nilai TF lebih rendah dibanding nasional yaitu sebesar 10,4 anak per wanita kawin namun hasil akhir nilai TFR justru lebih tinggi yaitu 4,10 anak per wanita kawin. Kenaikan dan penurunan nilai TF sampai dengan nilai TFR dipengaruhi oleh pola dari masing-masing indeks perkawinan ( $C_m$ ), indeks nonkontrasepsi ( $C_c$ ), dan indeks ketidaksuburan pada masa menyusui ( $C_i$ ). Dari Tabel 2. nilai indeks non kontrasepsi ( $C_c$ ) memiliki pengaruh relatif yang paling kuat pada tingkat nasional dan di NTT yaitu masing-masing sebesar 80,2% dan 61,8%. Pada indeks perkawinan ( $C_m$ ) Indonesia lebih kecil pengaruh relatifnya yaitu 11,6% dibanding dengan NTT sebanyak 27,5%. Sedangkan pengaruh relatif indeks ketidaksuburan pada masa menyusui ( $C_i$ ) antara nasional dengan NTT tidak mengalami sedikit perbedaan yaitu sebesar 14,8 % dan 10,7%.

#### 4.1.1 Pengaruh pola perkawinan terhadap fertilitas

Tingkat fertilitas dalam perkawinan (TMFR) di NTT menurut SDKI tahun 2002/2003 sebesar 5,85 anak per perempuan kawin dan tingkat kelahiran secara keseluruhan (TFR) 4,10 (Tabel 2). Artinya, pola perkawinan di NTT saat itu mengakibatkan TMFR lebih tinggi sekitar 1,75 kelahiran per perempuan daripada TFR. Sedangkan estimasi TMFR Indonesia sebesar 3,71 anak per perempuan kawin. Sehingga ada perbedaan antara tingkat fertilitas dalam perkawinan (TMFR) Indonesia dengan NTT sebanyak 2,14 anak per perempuan kawin.

Hasil SDKI 2002/03 menunjukkan bahwa indeks perkawinan Indonesia 0,71 dan NTT 0,70 (Tabel 2). Hal ini berarti bahwa tingkat fertilitas secara keseluruhan (TFR) Indonesia 71% dan NTT 70% lebih rendah daripada tingkat fertilitas dalam perkawinan (TMFR). Hal ini juga berarti bahwa perempuan Indonesia dan NTT masing-masing menghabiskan 71% dan 70% dari masa reproduksi mereka dalam status kawin yang membuat mereka terpapar terhadap melahirkan anak. Jadi, pengaruh menurunkan fertilitas (*fertility reducing effect*) dari pola perkawinan di Indonesia dan NTT adalah 71% dan 70%. Terdapat perbedaan 1% antara indeks perkawinan pada tingkat nasional dengan indeks perkawinan di NTT.

#### 4.1.2. Pengaruh pola kontrasepsi terhadap fertilitas

Hasil SDKI 2002/03 menunjukkan bahwa angka kegagalan kontrasepsi 12 bulan di Indonesia adalah 2,1 dan di NTT yaitu 0,3 (Tabel 2). Sementara itu, angka kegagalan kontrasepsi bulanan Indonesia adalah 0,18 dan 0,02 di NTT. Selanjutnya, angka efektivitas kontrasepsi Indonesia dan NTT masing-masing adalah 98,23 dan 99,79.

Berdasarkan angka efektivitas kontrasepsi di atas maka indeks non kontrasepsi Indonesia adalah 0,31, sedangkan indeks non kontrasepsi NTT sebesar 0,60 (table 2). Hal ini berarti bahwa tingkat fertilitas dalam perkawinan (TMFR) Indonesia dan NTT masing-masing menunjukkan bahwa 31% dan 60% lebih rendah daripada tingkat fertilitas dalam perkawinan tanpa kontrasepsi dan aborsi yang disengaja (TNMFR). Oleh karena itu pola kontrasepsi (prevalensi dan efektivitas kontrasepsi) Indonesia dan di NTT berpengaruh menurunkan fertilitas (*fertility-reducing effect*) masing-masing adalah 31% dan 60%. Selain itu dapat diartikan pula bahwa perempuan usia reproduksi yang berstatus kawin dan tidak steril dilindungi oleh kontrasepsi yang 100% efektif masing-masing sebesar 69% dan 40%.

Berdasarkan indeks non kotrasepsi di atas maka tingkat fertilitas alamiah (tingkat fertilitas dalam perkawinan tanpa kontrasepsi dan tidak aborsi yang disengaja/TNMFR) di NTT adalah 9,78 anak per perempuan kawin (Tabel 2). Hal ini berarti bahwa pola prevalensi dan efektivitas kontrasepsi telah mengakibatkan perempuan kawin NTT memiliki  $TNMFR - TMFR = 9,8 - 5,9 = 3,9$  kelahiran lebih sedikit. Pengaruh menurunkan fertilitas (*fertility-reducing effect*) yang rendah ( $C_c = 0,60$ ) yang berarti prevalensi dan efektivitas kontrasepsi lebih tinggi) dari pola kontrasepsi di NTT telah mengakibatkan perbedaan yang besar antara TMFR dan TNMFR, sekitar 4 anak per perempuan kawin.

#### 4.1.3. Pengaruh pola ketidaksuburan pada masa menyusui terhadap fertilitas

Hasil SDKI 2002/03 menunjukkan bahwa median ketidaksuburan pada masa menyusui (i) di Indonesia adalah 3,1 bulan sedangkan di NTT selama 2,9 bulan. Nilai median ketidaksuburan pada masa menyusui di Indonesia dan NTT menghasilkan nilai indeks ketidaksuburan pada masa menyusui ( $C_i$ ) yang sama yaitu sebesar 0,93 (Tabel 1). Artinya, di NTT, tingkat fertilitas alamiah (TNMFR) 93% lebih rendah daripada tingkat fertilitas alamiah tanpa menyusui (TF) hal ini juga terjadi dilevel nasional. Sehingga pola menyusui di Indonesia

dan NTT memiliki pengaruh membatasi fertilitas (*fertility-limiting*) sebesar 93%. Semakin panjang median ketidaksuburan pada masa menyusui, semakin kecil nilai indeks ketidaksuburan pada masa menyusui dan akan semakin mengurangi tingkat fertilitas alamiah.

Berdasarkan nilai indeks ketidaksuburan pada masa menyusui di atas maka tingkat fertilitas dalam perkawinan tanpa kontrasepsi, aborsi yang disengaja, dan menyusui (TF) di NTT adalah 10,5 anak per perempuan kawin (Tabel 2). Hal ini berarti bahwa pola menyusui telah mengakibatkan perempuan kawin NTT memiliki  $TF - TNMFR = 10,5 - 9,8 = 0,7$  kelahiran lebih sedikit. Sedangkan pada tingkat nasional pola menyusui telah mengakibatkan perempuan kawin memiliki  $TF - TNMFR = 13,0 - 12,1 = 0,9$  kelahiran lebih sedikit.

#### 4.1.4. Analisis dekomposisi fertilitas

Berdasarkan uraian tentang pengaruh pola perkawinan, pemakaian dan efektivitas kontrasepsi, dan ketidaksuburan pada masa menyusui dan nilai  $C_m = 0,70$ , nilai  $C_c = 0,60$ , dan nilai  $C_i = 0,93$  maka diperoleh persamaan sebagai berikut.

$$TFR = C_m \times TMFR = 0,70 \times TMFR \quad (1)$$

$$TMFR = C_c \times TNMFR = 0,60 \times TNMFR \quad (2)$$

$$TFR = C_m \times C_c \times TNMFR = 0,70 \times 0,60 \times TNMFR = 0,42 \times TNMFR \quad (3)$$

$$TNMFR = C_i \times TF = 0,93 \times TF \quad (4)$$

$$TFR = C_m \times C_c \times C_i \times TF = 0,70 \times 0,60 \times 0,93 \times TF = 0,39 \times TF \quad (5)$$

Persamaan (1) mengindikasikan bahwa pola perkawinan berkontribusi menurunkan tingkat fertilitas keseluruhan (TFR) menjadi 70% dari tingkat fertilitas dalam perkawinan (TMFR) (Tabel 1). Sementara itu, persamaan (2) menyatakan bahwa pola perkawinan dan pemakaian dan efektivitas kontrasepsi secara bersama-sama berkontribusi menurunkan tingkat fertilitas dalam perkawinan (TMFR) menjadi sebesar 60% dari tingkat fertilitas alamiah (tingkat fertilitas dalam perkawinan tanpa pemakaian kontrasepsi dan aborsi yang disengaja/TNMFR). Berdasarkan persamaan (3), pola perkawinan dan pemakaian dan efektivitas kontrasepsi secara bersama-sama berkontribusi menurunkan tingkat fertilitas secara keseluruhan (TFR) menjadi hanya sebesar 42% tingkat fertilitas alamiah (TNMFR).

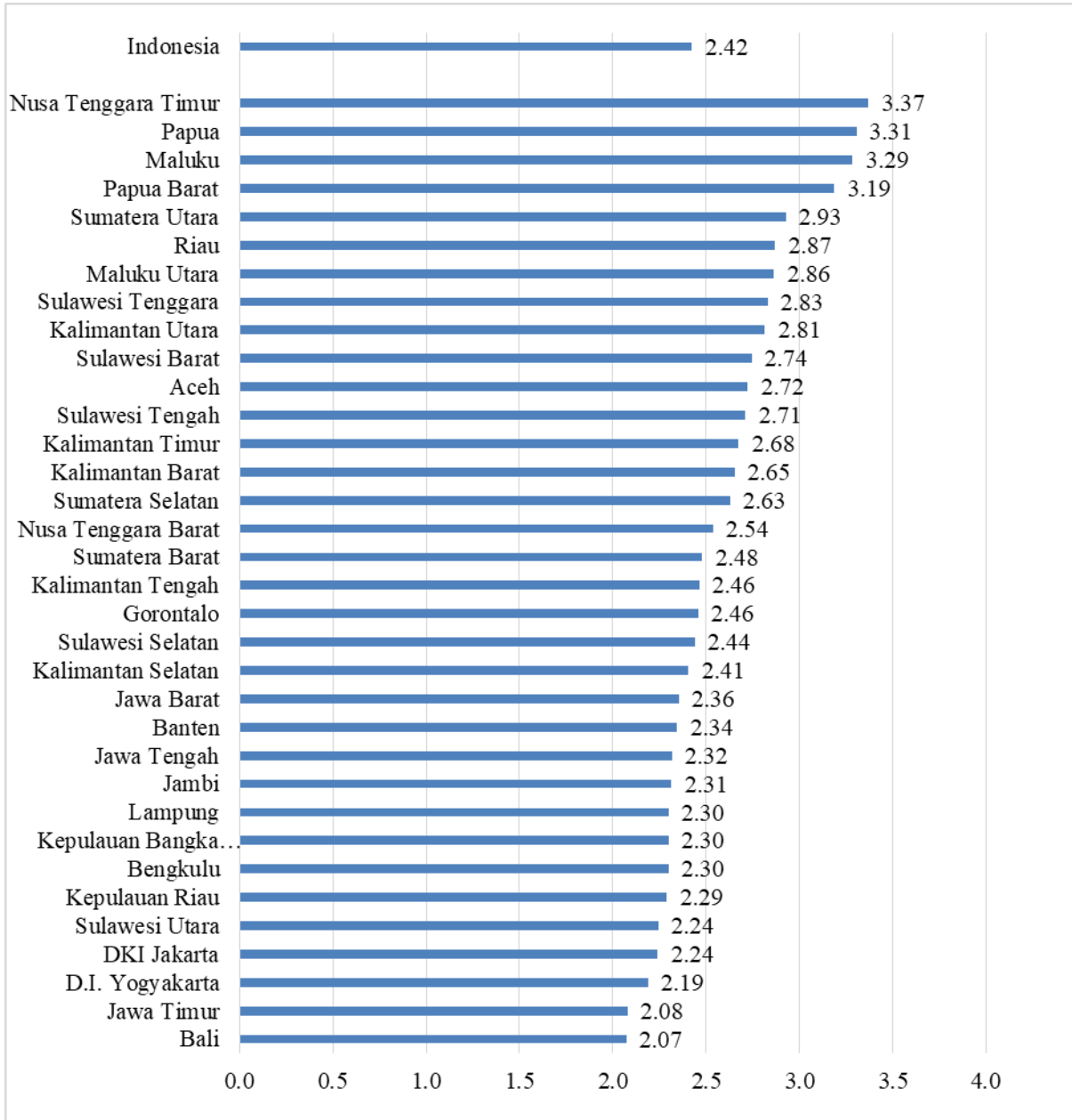
Selanjutnya, persamaan (4) berarti bahwa pola perkawinan, pemakaian dan efektivitas kontrasepsi, dan ketidaksuburan pada masa menyusui secara bersama-sama berkontribusi menurunkan tingkat fertilitas alamiah (TNMFR) menjadi sebesar 93% dari tingkat fekunditas (tingkat fertilitas dalam perkawinan tanpa pemakaian kontrasepsi dan aborsi yang disengaja dan menyusui/TF). Berdasarkan persamaan (5), pola perkawinan, pemakaian dan efektivitas kontrasepsi, dan ketidaksuburan pada masa menyusui secara bersama-sama berkontribusi menurunkan tingkat fertilitas secara keseluruhan (TFR) menjadi hanya sebesar 39% dari tingkat fekunditas (TF).

#### **4.2 Analisis SDKI 2017**

Hasil SDKI 2017 TFR Indonesia adalah 2,42 anak per perempuan. Pada tingkat provinsi TFR bervariasi antara yang paling rendah 2,07 di Bali dan yang paling tinggi 3,37 di Nusa Tenggara Timur. Artinya, ada beda dalam TFR sekitar 1,3 kelahiran per perempuan antara Bali dan Nusa Tenggara Timur.

**Gambar 3.**

**Angka fertilitas total menurut provinsi: Indonesia SDKI 2017**



Hasil perhitungan TFR, TMFR,  $C_m$ ,  $f_y$ ,  $f_m$ ,  $e$ ,  $C_c$ , APK 2014–2017, TNMFR,  $i$ ,  $C_i$ , dan TF pada provinsi NTT disajikan pada Tabel berikut :

Table 3. Hasil penghitungan Dekomposisi Fertilitas Provinsi NTT SDKI 2017

	<b>Indonesia</b>	<b>NTT</b>
TFR	2,42	3,37
TMFR	3,57	5,00
$C_m$	0,68	0,67
$F_y$	1,60	1,96
$F_m$	0,13	0,16
$e$	98,7	98,4
$C_c$	0,33	0,47
APK 1999- 2002/03	63,1	49,5
TNMFR	10,89	10,55
$i$	4,20	9,30
$C_i$	0,88	0,72
TF	12,36	14,67

Tingkat fekunditas (TF) pada tingkat nasional di tahun 2017 mengalami penurunan dibanding dengan tahun 2002/03 yaitu sebesar 12,36 anak per wanita kawin dengan diikuti juga turunnya nilai TFR yaitu 2,42 anak per wanita kawin. di NTT nilai TF lebih rendah dibanding nasional yaitu sebesar 10,4 anak per wanita kawin namun hasil akhir nilai TFR justru lebih tinggi yaitu 4,10 anak per wanita kawin. Penurunan nilai TF sampai dengan nilai TFR dipengaruhi oleh pola dari masing-masing indeks perkawinan ( $C_m$ ), indeks nonkontrasepsi ( $C_c$ ), dan indeks ketidaksuburan pada masa menyusui ( $C_i$ ). Dari Tabel 2. nilai indeks non kontrasepsi ( $C_c$ ) memiliki pengaruh relatif yang paling kuat pada tingkat nasional dan di NTT yaitu masing-masing sebesar 80,2% dan 61,8%. Pada indeks perkawinan ( $C_m$ ) Indonesia lebih kecil pengaruh relatifnya yaitu 11,6% dibanding dengan NTT sebanyak 27,5%. Sedangkan pengaruh relatif indeks ketidaksuburan pada masa menyusui ( $C_i$ ) antara nasional dengan NTT tidak terlalu jauh perbedaannya yaitu sebesar 14,8 % dan 10,7%.

#### 4.2.1. Pengaruh pola perkawinan terhadap fertilitas

Tingkat fertilitas dalam perkawinan (TMFR) di NTT menurut SDKI tahun 2017 sebesar 5,00 anak per perempuan kawin dan tingkat kelahiran secara keseluruhan (TFR) 3,37 (Tabel 3). Artinya, pola perkawinan di NTT saat itu mengakibatkan TMFR lebih tinggi sekitar 1,63 kelahiran per perempuan daripada TFR. Sedangkan estimasi TMFR Indonesia sebesar 3,57 anak per perempuan kawin. Sehingga ada perbedaan antara tingkat fertilitas dalam perkawinan (TMFR) Indonesia dengan NTT sebanyak 1,43 anak per perempuan kawin.

Hasil SDKI 2017 menunjukkan bahwa indeks perkawinan Indonesia 0,68 dan NTT 0,67 (Tabel 3). Hal ini berarti bahwa tingkat fertilitas secara keseluruhan (TFR) Indonesia 68% dan NTT 67% lebih rendah daripada tingkat fertilitas dalam perkawinan (TMFR). Hal ini juga berarti bahwa perempuan Indonesia dan NTT masing-masing menghabiskan 68% dan 67% dari masa reproduksi mereka dalam status kawin yang membuat mereka terpapar terhadap melahirkan anak. Jadi, pengaruh menurunkan fertilitas (*fertility reducing effect*) dari pola perkawinan di Indonesia dan NTT adalah 68% dan 67%. Terdapat perbedaan 1% antara indeks perkawinan pada tingkat nasional dengan indeks perkawinan di NTT.

Umur kawin pertama juga merupakan faktor yang mempengaruhi Tingkat Fertilitas dalam Perkawinan. Semakin muda usia kawin pertama, maka semakin tinggi mereka terpapar terhadap melahirkan anak. Apalagi pada kondisi terjadinya pandemi covid19 seperti saat ini dimana perkawinan anak disinyalir semakin meningkat sebagai upaya dari masyarakat golongan ekonomi lemah agar terlepas dari beban ekonomi.

#### 4.2.2. Pengaruh pola kontrasepsi terhadap fertilitas

Hasil SDKI 2017 menunjukkan bahwa angka kegagalan kontrasepsi 12 bulan di Indonesia adalah 1,60 dan di NTT yaitu 1,96 (Tabel 3). Sementara itu, angka kegagalan kontrasepsi bulanan Indonesia adalah 0,13 dan 0,16 di NTT. Selanjutnya, angka efektivitas kontrasepsi Indonesia dan NTT masing-masing adalah 98,7 dan 98,4.

Berdasarkan angka efektivitas kontrasepsi di atas maka indeks nonkontrasepsi Indonesia adalah 0,33, sedangkan indeks nonkontrasepsi NTT sebesar 0,47 (table 3). Hal ini berarti bahwa tingkat fertilitas dalam perkawinan (TMFR) Indonesia dan NTT masing-masing menunjukkan bahwa 33% dan 47% lebih rendah daripada tingkat fertilitas dalam perkawinan tanpa kontrasepsi dan aborsi yang disengaja (TNMFR). Oleh karena itu pola kontrasepsi (prevalensi dan efektivitas kontrasepsi) Indonesia dan di NTT berpengaruh menurunkan fertilitas (*fertility-reducing effect*) masing-masing adalah 33% dan 47%. Selain itu dapat diartikan pula bahwa perempuan usia reproduksi yang berstatus kawin dan tidak steril dilindungi oleh kontrasepsi yang 100% efektif masing-masing sebesar 67% dan 53%.

Berdasarkan indeks nonkontrasepsi di atas maka tingkat fertilitas alamiah (tingkat fertilitas dalam perkawinan tanpa kontrasepsi dan tidak aborsi yang disengaja/TNMFR) di NTT adalah 10,6 anak per perempuan kawin (Tabel 1). Hal ini berarti bahwa pola prevalensi dan efektivitas kontrasepsi telah mengakibatkan perempuan kawin NTT memiliki  $TNMFR - TMFR = 10,6 - 5,0 = 5,6$  kelahiran lebih sedikit. Pengaruh menurunkan fertilitas (*fertility-reducing effect*) yang rendah ( $C_c = 0,47$ , yang berarti prevalensi dan efektivitas kontrasepsi lebih tinggi) dari pola kontrasepsi di NTT telah mengakibatkan perbedaan yang besar antara TMFR dan TNMFR, sekitar 4 sampai 5 anak per perempuan kawin.

#### 4.2.3. Pengaruh pola ketidaksuburan pada masa menyusui terhadap fertilitas

Hasil SDKI 2017 menunjukkan bahwa median ketidaksuburan pada masa menyusui ( $i$ ) di Indonesia adalah 4,2 bulan sedangkan di NTT selama 9,3 bulan. Nilai median ketidaksuburan pada masa menyusui di Indonesia dan NTT menghasilkan nilai indeks ketidaksuburan pada masa menyusui ( $C_i$ ) masing-masing yaitu sebesar 0,88 dan 0,72 (Tabel 2). Artinya, di NTT, tingkat fertilitas alamiah (TNMFR) 72% lebih rendah daripada tingkat fertilitas alamiah tanpa menyusui (TF), sedangkan di Indonesia sendiri TNMFR sebesar 88% lebih rendah daripada TF. Sehingga pola menyusui di Indonesia dan NTT memiliki pengaruh membatasi fertilitas (*fertility-limiting*) masing-masing sebesar 88% dan 72%. Semakin panjang median ketidaksuburan pada masa menyusui, semakin kecil nilai indeks ketidaksuburan pada masa menyusui dan akan semakin mengurangi tingkat fertilitas alamiah.

Berdasarkan nilai indeks ketidaksuburan pada masa menyusui di atas maka tingkat fertilitas dalam perkawinan tanpa kontrasepsi, aborsi yang disengaja, dan menyusui (TF) di NTT adalah 14,7 anak per perempuan kawin (Tabel 2). Hal ini berarti bahwa pola menyusui telah mengakibatkan perempuan kawin NTT memiliki  $TF - TNMFR = 14,7 - 10,6 = 4,1$  kelahiran lebih sedikit. Sedangkan pada tingkat nasional pola menyusui telah mengakibatkan perempuan kawin memiliki  $TF - TNMFR = 12,4 - 10,9 = 1,5$  kelahiran lebih sedikit.

#### 4.2.4. Analisis dekomposisi fertilitas

Berdasarkan uraian tentang pengaruh pola perkawinan, pemakaian dan efektivitas kontrasepsi, dan ketidaksuburan pada masa menyusui dan nilai  $C_m = 0,67$ , nilai  $C_c = 0,47$ , dan nilai  $C_i = 0,72$  maka diperoleh persamaan sebagai berikut.

$$TFR = C_m \times TMFR = 0,67 \times TMFR \quad (6)$$

$$TMFR = C_c \times TNMFR = 0,47 \times TNMFR \quad (7)$$

$$TFR = C_m \times C_c \times TMFR = 0,67 \times 0,47 \times TNMFR = 0,31 \times TNMFR \quad (8)$$

$$TNMFR = C_i \times TF = 0,72 \times TF \quad (9)$$

$$TFR = C_m \times C_c \times C_i \times TF = 0,67 \times 0,47 \times 0,72 \times TF = 0,23 \times TF \quad (10)$$

Persamaan (6) mengindikasikan bahwa pola perkawinan berkontribusi menurunkan tingkat fertilitas keseluruhan (TFR) menjadi 67% dari tingkat fertilitas dalam perkawinan (TMFR) (Tabel 2). Sementara itu, persamaan (7) menyatakan bahwa pola perkawinan dan pemakaian dan efektivitas kontrasepsi secara bersama-sama berkontribusi menurunkan tingkat fertilitas dalam perkawinan (TMFR) menjadi sebesar 47% dari tingkat fertilitas alamiah (tingkat fertilitas dalam perkawinan tanpa pemakaian kontrasepsi dan aborsi yang disengaja/TNMFR). Berdasarkan persamaan (8), pola perkawinan dan pemakaian dan efektivitas kontrasepsi secara bersama-sama berkontribusi menurunkan tingkat fertilitas secara keseluruhan (TFR) menjadi hanya sebesar 31% tingkat fertilitas alamiah (TNMFR).

Selanjutnya, persamaan (9) berarti bahwa pola perkawinan, pemakaian dan efektivitas kontrasepsi, dan ketidaksuburan pada masa menyusui secara bersama-sama berkontribusi menurunkan tingkat fertilitas alamiah (TNMFR) menjadi sebesar 72% dari tingkat fekunditas (tingkat fertilitas dalam perkawinan tanpa pemakaian kontrasepsi dan aborsi yang disengaja dan menyusui/TF). Atau, berdasarkan persamaan (10), pola perkawinan, pemakaian dan efektivitas kontrasepsi, dan ketidaksuburan pada masa menyusui secara bersama-sama berkontribusi menurunkan tingkat fertilitas secara keseluruhan (TFR) menjadi hanya sebesar 23% dari tingkat fekunditas (TF).

#### **4.3 Analisis perubahan pengaruh pola perkawinan, pemakaian dan efektivitas kontrasepsi, dan ketidak suburan pada masa menyusui terhadap tingkat fertilitas antara tahun 2002/03 dan 2017 di NTT**

Hasil SDKI 2002/2003 tingkat fertilitas keseluruhan (TFR) Nusa Tenggara Timur adalah 4,10 anak per perempuan. Sedangkan hasil SDKI tahun 2017 TFR Nusa Tenggara Timur yaitu 3,37 anak per perempuan. Dari dua hasil SDKI tersebut artinya, terdapat penurunan TFR sekitar 0,73 kelahiran per perempuan mulai tahun 2002/2003 sampai dengan 2017. Meskipun mengalami penurunan tingkat fertilitas keseluruhan, dari hasil SDKI didua kurun waktu tersebut memperlihatkan bahwa NTT selalu berada pada salah satu provinsi dengan posisi TFR tertinggi pada level nasional. Hasil SDKI 2002/03 juga menunjukkan bahwa TFR sebesar 4,10 anak per wanita menghasilkan TMFR, TNMFR, dan TF masing-masing sebesar 5,85, 9,78 dan 10,46.

Sementara pada SDKI 2017 dengan TFR 3,37 menghasilkan TMFR 5,00, TNMFR 10,55 dan TF sebesar 14,67 anak per wanita.

Tabel 4. Hasil Perbandingan Dekomposisi Fertilitas SDKI 2002-03 dan 2017 di NTT.

	SDKI 2002/03	SDKI 2017
TFR	4.1	3.37
TMFR	5.85	5.00
Cm	0.70	0.67
Fy	0.3	1,96
Fm	0.02	0,16
E	99.79	98,4
Cc	0.60	0,47
APK	34.1	49,5
TNMFR	9.78	10,55
i	2.9	9,30
Ci	0.93	0,72
TF	10.46	14,67

Pada Tabel 4 disajikan perubahan dalam ukuran-ukuran fertilitas (TFR, TMFR, TNMFR, dan TF) di NTT antara tahun 2002/03 dan 2017. Data hasil SDKI 2002/03, menemukan bahwa indeks proporsi kawin ( $C_m$ ), nonkontrasepsi ( $C_c$ ), dan ketidaksuburan pada masa menyusui ( $C_i$ ) di NTT masing-masing adalah 0,70, 0,60, dan 0,93. Sedangkan hasil SDKI 2017 indeks proporsi kawin ( $C_m$ ) 0,67, nonkontrasepsi ( $C_c$ ) 0,47, dan ketidaksuburan pada masa menyusui ( $C_i$ ) 0,72 . Jadi, antara tahun 2002/03 dan 2017, di NTT, indeks proporsi kawin ( $C_m$ ) dan ketidaksuburan pada masa menyusui ( $C_i$ ), indeks nonkontrasepsi ( $C_c$ ), menurun. Artinya, pengaruh membatasi fertilitas dari pola perkawinan, ketidaksuburan pada masa menyusui serta pola pemakaian dan efektivitas kontrasepsi masing-masing mengalami peningkatan.

Tingkat fekunditas (TF) di NTT pada tahun 2002/03 yaitu sebesar 10,5 anak per perempuan kawin dengan nilai TFR mencapai 4,1 anak per perempuan kawin. Sementara nilai TF NTT pada tahun 2017 meningkat lebih tinggi dibanding sebelumnya yaitu sebesar 14,67 anak per perempuan kawin namun hasil akhir nilai TFR justru lebih rendah yaitu 3,37 anak per perempuan kawin. Dengan menurunnya nilai TFR di NTT menjadi 3,37 anak per wanita kawin

mengurangi jarak pencapaian dengan nilai TFR Nasional yaitu 2,42. Pola dari masing-masing indeks perkawinan ( $C_m$ ), indeks nonkontrasepsi ( $C_c$ ), dan indeks ketidaksuburan pada masa menyusui ( $C_i$ ) mempengaruhi kenaikan dan penurunan nilai TF sampai dengan nilai TFR.

Dari Tabel 4 dapat dilihat bahwa nilai indeks nonkontrasepsi ( $C_c$ ) memiliki pengaruh relatif yang paling dominan di NTT pada tahun 2002/03 sebesar 61,8% dan 2017 berpengaruh sebesar 49,1%. Sedangkan pengaruh relatif pada indeks perkawinan ( $C_m$ ) 27,5% dan 14,4% serta indeks ketidaksuburan pada masa menyusui ( $C_i$ ) sebesar 10,7 % dan 36,5%. Terjadi penurunan pengaruh relatif pada indeks kontrasepsi ( $C_c$ ) dan indeks perkawinan sekitar 12% sampai dengan 13 %, sementara untuk indeks ketidaksuburan pada masa menyusui ( $C_i$ ) justru mengalami peningkatan pengaruh yang cukup tinggi yaitu 26%. Selain itu, selang waktu 15 tahun telah terjadi peningkatan yang signifikan pada median ketidaksuburan pada masa menyusui ( $i$ ) yaitu dari 2,9 bulan menjadi 9,3 bulan.

Pada indeks perkawinan NTT menurut data SDKI 2002/2003 adalah 0,70 dan SDKI 2017 yaitu 0,67. Artinya, perempuan usia subur di NTT tahun 2002-2003 menghabiskan 70% dan 67% di tahun 2017 masa reproduksinya dalam status kawin yang membuat mereka terpapar terhadap melahirkan anak. Hal ini menunjukkan bahwa pola perkawinan mampu menurunkan fertilitas 70% di tahun 2002-2003 dan 67% ditahun 2017. Selain itu, indeks perkawinan pada provinsi NTT mengalami kenaikan sebesar 0,03 terhadap TFR.

Indeks nonkontrasepsi ( $C_c$ ) NTT sebesar 0,60 pada tahun 2002-2003 dan 0,47 pada tahun 2017. Artinya, tingkat fertilitas dalam perkawinan (TMFR) di NTT, masing-masing, 60% dan 47% lebih rendah daripada TNMFR. Jadi, di tahun 2002-2003 pola kontrasepsi (prevalensi dan efektivitas kontrasepsi) berpengaruh menurunkan fertilitas (*fertility-reducing effect*) di NTT adalah 60% dan 47% ditahun 2017. Selain itu dapat juga diartikan bahwa perempuan usia reproduksi yang berstatus kawin dan tidak steril dilindungi oleh kontrasepsi yang efektif sebanyak 40% di tahun 2002/3 dan 53% di tahun 2017. Terdapat peningkatan pengaruh penggunaan kontrasepsi efektif sebanyak 13% selama kurun waktu 15 tahun.

Tahun 2002-03 nilai indeks ketidaksuburan pada masa menyusui ( $C_i$ ) NTT 0,93 dan tahun 2017 sebesar 0,72. Artinya tingkat fertilitas alamiah (TNMFR) masing-masing 93% dan 72% lebih rendah daripada tingkat fertilitas alamiah tanpa menyusui (TF). Sehingga pola menyusui di NTT memiliki pengaruh membatasi fertilitas (*fertility-limiting*) masing-masing sebesar 93% dan 72%. Terdapat penurun nilai  $C_i$  sebanyak 0,21, atau dapat diartikan bahwa

pengaruh indeks ketidaksuburan pada masa menyusui mengalami peningkatan. Sementara itu untuk median ketidaksuburan pada masa menyusui di NTT juga mengalami peningkatan dari 2,9 bulan menjadi 9,3 bulan. Semakin panjang median ketidaksuburan pada masa menyusui, semakin kecil nilai indeks ketidaksuburan pada masa menyusui.

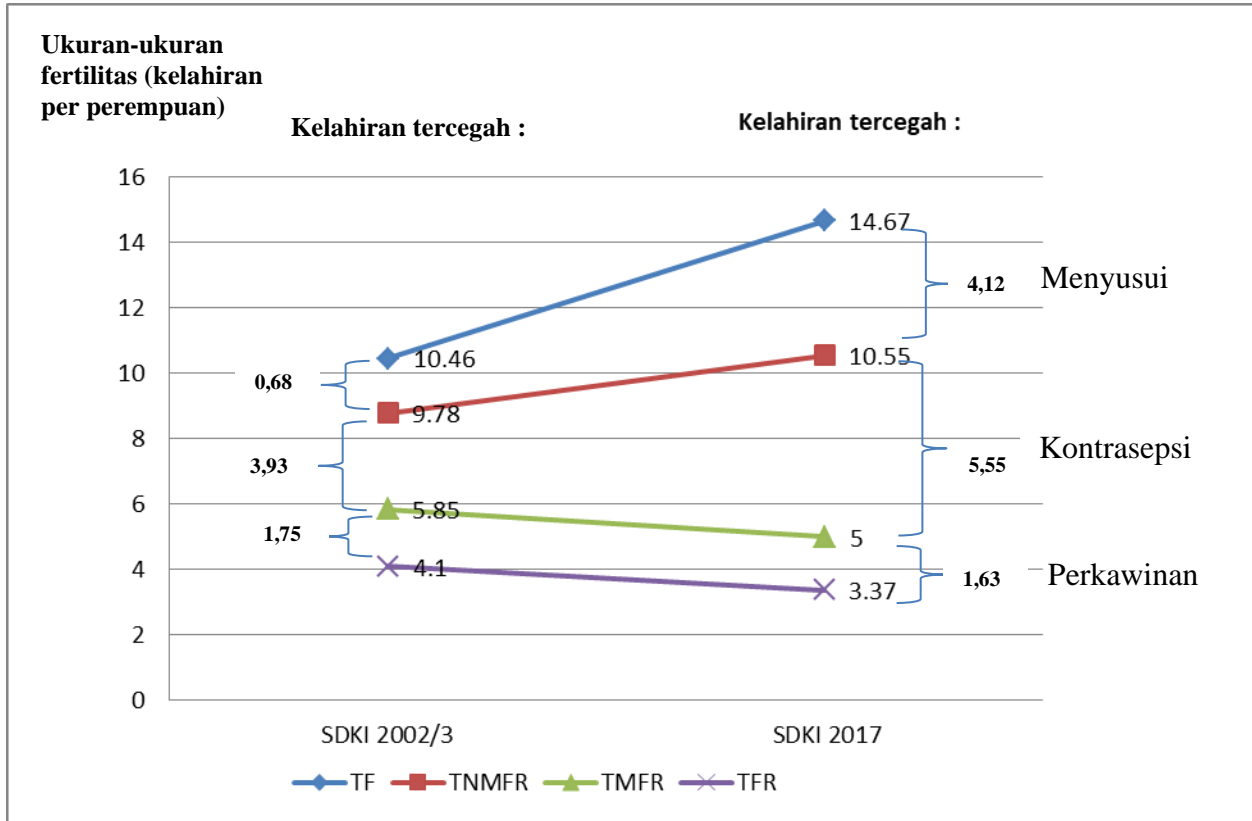
Hasil analisis perubahan dalam ukuran fertilitas antara tahun 2002/03 dan 2017 menunjukkan bahwa perbedaan antara tingkat fertilitas secara keseluruhan (TFR) dan tingkat fertilitas dalam perkawinan (TMFR) menurun dari 1,75 kelahiran menurut SDKI 2002/03 menjadi 1,63 kelahiran menurut SDKI 2017. Sementara itu, perbedaan antara tingkat fertilitas dalam perkawinan (TMFR) dan tingkat fertilitas alamiah (tingkat fertilitas dalam perkawinan tanpa kontrasepsi dan aborsi yang disengaja/TNMFR) meningkat dari 3,93 kelahiran menurut SDKI 2002-03 menjadi 5,55 kelahiran menurut SDKI 2017.

Selanjutnya, perbedaan antara tingkat fertilitas alamiah (TNMFR) dan tingkat fertilitas alamiah tanpa menyusui (TF) meningkat dari 0,68 kelahiran menurut SDKI 2002/03 menjadi 4,12 kelahiran menurut SDKI 2017. Artinya, menurut hasil SDKI 2002/03 pola perkawinan menghasilkan kelahiran tercegah sebanyak  $TMFR - TFR = 5,85 - 4,10 = 1,75$  kelahiran per perempuan. Sementara itu, pola perkawinan dan pemakaian serta efektivitas kontrasepsi menghasilkan kelahiran tercegah sebanyak  $TNMFR - TMFR = 9,78 - 5,85 = 3,93$  kelahiran per perempuan kawin. Selanjutnya, pola perkawinan, pemakaian dan efektivitas kontrasepsi, dan menyusui menghasilkan kelahiran tercegah sebanyak  $TF - TNMFR = 10,46 - 9,78 = 0,68$  kelahiran per perempuan kawin.

Menurut hasil SDKI 2017 pola perkawinan menghasilkan kelahiran tercegah sebanyak  $TMFR - TFR = 5,00 - 3,37 = 1,63$  kelahiran per perempuan. Sementara itu, pola perkawinan dan pemakaian dan efektivitas kontrasepsi menghasilkan kelahiran tercegah sebanyak  $TNMFR - TMFR = 10,55 - 5,00 = 5,55$  kelahiran per perempuan kawin. Selanjutnya, pola perkawinan, pemakaian dan efektivitas kontrasepsi, dan menyusui menghasilkan kelahiran tercegah sebanyak  $TF - TNMFR = 14,67 - 10,55 = 4,12$  kelahiran per perempuan kawin.

**Gambar 4.**

**Perubahan dalam ukuran-ukuran fertilitas : NTT 2002/03 dan 2017**



Hasil analisis lanjut dekomposisi fertilitas Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 (Omas, 2019) pola paling dominan adalah indeks kontrasepsi. Dibandingkan dengan 33 provinsi lainnya komponen pemberian ASI di Indonesia dari SDKI 2017 menemukan bahwa pemberian ASI sebagai proksi ketidaksuburan terhadap fertilitas cukup kuat atau dominan di provinsi Nusa Tenggara Timur dibandingkan dengan 33 provinsi lainnya (indeks Ci 0,72). Jain, A.K. dkk (1981) mengkaji pola pemberian ASI dari 8 negara (Bangladesh, Indonesia, Sri Lanka, Jordan, Peru, Guyana, Colombia dan Panama) tentang kelompok umur, paritas, pendidikan wanita pemberian lama menyusui terhadap fertilitas. Tyler dkk (1983) menyatakan bahwa pemberian air susu ibu tidak hanya berperan terhadap nutrisi atau gizi bayi, tetapi juga pengaruhnya terhadap fertilitas. Sayangnya dampak pemberian ASI terhadap fertilitas ini memerlukan kajian dan pembuktian yang cukup rumit dan tidak mudah diprediksi. Sandra dan Huffman (1984) menjelaskan, pemberian ASI dapat memberikan pengaruh pada fertilitas pada kondisi tingginya tingkat keseringan dan lamanya pemberian ASI.

#### **4.4 Profil wanita menyusui di Provinsi Nusa Tenggara Timur berdasarkan kondisi sosio demografi.**

UNICEF dan WHO menyarankan untuk memberikan ASI saja selama 6 bulan pertama, dan diikuti dengan pemberian makanan padat setelah berumur 6 bulan, pemberian ASI dilanjutkan hingga anak berumur 2 tahun. Data tren menunjukkan bahwa prevalensi pemberian ASI eksklusif pada bayi di bawah enam bulan di negara berkembang meningkat dari 33% pada 1995 menjadi 39% pada 2010. Prevalensi meningkat di hampir semua wilayah di negara berkembang, dengan peningkatan terbesar terlihat di Barat dan Tengah Afrika (Xiaodong, dkk, 2012). Sejalan dengan itu menurut Simondon 2009 di negara-negara berkembang perempuan yang kurang berpendidikan menyusui lebih lama.

Hasil studi durasi menyusui di Manipur, India menginformasikan bahwa tempat tinggal, pendidikan, status pekerjaan dan paritas memiliki efek yang signifikan dengan durasi menyusui yaitu sekitar 20 bulan. Lamanya durasi menyusui tersebut masih berada dibawah angka nasional India 25 bulan dan direkomendasikan WHO pada angka 24 bulan (Sanajaoba, Sharat, 2011). Sedangkan di Uganda masyarakat didorong untuk melakukan inisiasi dini, pemberian ASI eksklusif dan para ibu disarankan untuk melahirkan di rumah sakit, sehingga mereka dapat berkonsultasi dengan para profesional yang dapat memberi saran dan membantu untuk memulai menyusui (Bbaale, 2014).

Gerakan pemberian ASI sudah sangat gencar dilakukan oleh pemerintah dan penggiat ASI di Indonesia. Salah satu bentuk kepedulian pemerintah terkait ASI yaitu dengan dikeluarkannya kebijakan pemerintah terkait program ASI eksklusif yang dituangkan dalam Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomer 33 Tahun 2012. Pemberian ASI bagi bayi yang baru lahir dapat memberikan kekebalan tubuh yang lebih baik dibandingkan dengan bayi yang tidak mendapatkan ASI. Menyusui selama enam bulan setelah melahirkan dan didukung dengan makan makanan dengan jumlah yang aman dan bergizi membantu memastikan status gizi yang baik dan melindungi terhadap penyakit (Xiaodong, dkk,2012). Selain itu dengan semakin lama seorang wanita menyusui dapat mempengaruhi interval untuk melahirkan anak-anak berikutnya. Menyusui sendiri memiliki efek kontrasepsi dan berperan penting dalam penjarakan anak dan membatasi ukuran keluarga di negara berkembang (Joyce, 2007)

Berdasarkan data SDKI 2002/03 proporsi pemberian ASI eksklusif di Indonesia pada bayi umur < 6 bulan adalah 39,5% dan rata-rata untuk semua anak yang diberikan ASI eksklusif yaitu 3,2 bulan sementara untuk median lama pemberian ASI adalah 22,3 bulan. Sedangkan data SDKI 2017 sebanyak 52% anak umur di bawah 6 bulan mendapatkan ASI eksklusif dan median lama pemberian ASI eksklusif adalah 3 bulan serta median lama pemberian ASI adalah 21,8 bulan. Terdapat 3 faktor utama yang berkaitan dengan praktek menyusui yaitu praktik budaya (tradisi) pemberian ASI, adopsi dengan budaya modern seperti penggunaan pelayanan kesehatan dan pengaruh latar belakang sosial-ekonomi keluarga (Siswanto, 2009)

Dari sampel Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Indonesia (SDKI 2017) Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) di kumpulkan 2.223 sampel wanita tidak tertimbang (jumlah sampel survei berdasarkan rumah tangga terpilih yang selesai diwawancarai). Jumlah sampel sampel agar mewakili Provinsi Nusa Tenggara Timur maka sampel yang layak dari 2.223 wanita ini setara dengan 882 wanita, sedangkan wanita yang berstatus kawin sebanyak 626 sehingga jumlah wanita sampel tertimbang (*weighted*) ini yang menjadi sampel dalam penjelasan analisis.

Menurut Tabel 5. dapat dijelaskan bahwa wanita yang bertempat tinggal dipedesaan dibandingkan wanita yang tinggal didaerah perkotaan lebih kurang beruntung karena berstatus sedikit lebih besar yang menjadi kepala rumah tangga (78,2%), pada indeks kekayaan terbawah (90%), lebih besar yang memiliki literasi (91%) tidak dapat membaca sama sekali, pada wanita kelompok umur reproduksi lebih tua (40 tahun keatas) dan paling besar (90%) dengan tingkat pendidikan wanitanya tidak sekolah dan SD .

**Tab 5. Persentase distribusi wanita menurut beberapa karakteristik berdasarkan tempat tinggal, Provinsi Nusa Tenggara Timur 2017.**

Persentase distribusi wanita menurut beberapa karakteristik (tertimbang) menurut tempat tinggal, Provinsi Nusa Tenggara Timur 2017			
	Tempat tinggal		Total n (%)
	Perkotaan n (%)	Perdesaan n (%)	
<b>Wanita sampel</b>			
Tidak tertimbang:	583 (26,2)	1.640 (73,3)	2.223 (100,0)
Tertimbang:	195 (22,1)	687 (77,9)	882 (100,0)
<b>Kepala keluarga</b>			
Laki-laki	164 (22,2)	576 (77,8)	
Perempuan	31 (21,8)	111 (78,2)	
<b>Indeks kekayaan:</b>			
Terbawah	69 (10,5)	591 (89,5)	
Menengahbawah	49 (45,8)	58 (54,2)	
Menengah	33 (63,5)	19 (36,5)	
Mengah atas	24 (63,2)	14 (36,8)	
Teratas	21 (84,0)	4 (16,0)	
<b>Literasi:</b>			
Tidak dapat membaca sama sekali	8 ( 8,8)	83 (91,2)	
Bisa membaca sebagian kalimat	3 (10,3)	26 (89,7)	
Bisa membaca seluruh kalimat	183 (24,3)	570 (75,7)	
Gangguan penglihatan	0	2 (100,0)	
<b>Kelompok umur:</b>			
15-19 tahun	48 (30,6)	109 (69,4)	
20-24 tahun	31 (26,7)	85 (73,3)	
25-29 tahun	26 (21,3)	96 (78,7)	
30-34 tahun	28 (20,4)	109 (79,6)	
35-39 tahun	21 (16,7)	105 (83,3)	
40-44 tahun	22 (18,3)	98 (81,7)	
45-49 tahun	19 (18,3)	85 (81,7)	
<b>Tingkat pendidikan tertinggi:</b>			
Tidak sekolah	3 ( 7,5)	37 (92,5)	
SD	31 (10,0)	279 (90,0)	
SLTP	97 (25,1)	290 (74,9)	
SLTA +	64 (44,1)	81 (55,9)	
	195 (22,1)	687 (77,9)	882 (100,00)
CATATAN: Sampel tertimbang ( <i>weighed</i> ) diperlukan untuk menjelaskan kajian keterwakilan jumlah sampel survei, yang dihitung dengan proporsi jumlah rumah tangga Susenas 2015.			

**Tabel 6. Persen distribusi variabel latar belakang dengan variabel menyusui, SDKI 2017**

Persen distribusi wanita umur 15-49 yang menyusui 0 s/d 6 bulan, lebih dari 6 bulan dan tidak menyusui berdasarkan karakteristik latar belakang, provinsi NTT, 2017			
Karakteristik latar belakang	Menyusui		n
	0-6 Bulan	Lebih dari 6 Bulan dan Tidak menyusui	
	%	%	
<b>Umur</b>			
30-49	20,0	80,0	454
15-29	40,7	59,3	172
<b>Tempat Tinggal</b>			
Perkotaan	23,2	76,8	112
Perdesaan	26,4	73,6	515
<b>Pendidikan</b>			
Tidak Sekolah dan tidak tamat SD	24,2	75,8	120
Tamat SD, SMP, SMA	24,1	75,9	323
Tamat SMA +	30,1	69,9	183
<b>Kuintil Kekayaan</b>			
Terbawah dan Menengah bawah	26,2	73,8	565
Menengah	20,0	89,0	30
Menengah atas dan Teratas	22,6	77,4	31

Berdasarkan Tabel 6. Wanita yang berumur 30-49 tahun yang memberikan ASI dengan durasi 0-6 bulan pada anaknya sebanyak 20%, sedangkan mereka yang berumur 15-29 sebanyak 41%. Berdasarkan wilayah tempat tinggal wanita yang berada di perdesaan memiliki proporsi praktik pemberian ASI lebih banyak yaitu 26,4% dibanding dengan wanita yang tinggal diperkotaan 23,2%. Selanjutnya, proporsi wanita yang memberikan ASI dengan durasi 0-6 bulan lebih besar pada mereka yang berpendidikan tamat SMA dan perguruan tinggi 30,1%. Sedangkan berdasarkan kuintil kekayaan, proporsi tertinggi wanita yang memberikan ASI dengan durasi 0-6 bulan ada pada mereka yang memiliki kuintil terbawah dan menengah bawah. Wanita yang tergolong dalam ke dalam tingkat sosial-ekonomi rendah, bekerja disektor pertanian, ibu rumah tangga memiliki kebiasaan menyusui yang lebih panjang dibanding dengan wanita yang bekerja pada sektor informal, pegawai negeri dan pegawai perkantoran (Siswanto, 2009) Berdasarkan data pada table 6 menunjukkan bahwa praktik pemberian ASI dengan durasi 0-6 bulan pada wanita di NTT masih sangat rendah.

**Tabel 7. Hasil Analisis Bivariat, Variabel Latar belakang dengan Menyusui.**

Keterangan	0-6 Bulan		Lebih dari 6 Bulan dan Tidak menyusui		Total		Rasio Odds	P Value
	n	%	n	%	n	%		
<b>Umur</b>								
30-49	91	20,0	363	80,0	454	100	0,365	0,000
15-29	70	40,7	102	59,3	172	100		
<b>Tempat Tinggal</b>								
Perkotaan	26	23,2	86	76,8	112	100	0,843	0,484
Perdesaan	136	26,4	379	73,6	515	100		
<b>Pendidikan</b>								
SMP +	92	29,4	221	70,6	313	100	1,47	0,035
Tidak Sekolah s/d Tamat SD	69	22,0	244	78,0	313	100		
<b>Kuintil Kekayaan</b>								
Menengah, Menengah atas dan Teratas	13	21,3	48	78,7	61	100	0,763	0,407
Terbawah dan Menengah bawah	148	26,2	417	73,8	565	100		

Hasil analisis didapat Odds ratio (OR) dari variabel umur adalah 0,37 artinya wanita yang berumur 15-29 memiliki peluang 0,37 kali lebih besar untuk menyusui dibanding wanita yang berumur 30-49 tahun. Sedangkan nilai OR pada variabel pendidikan adalah 1,47 yang artinya bahwa wanita yang berpendidikan yang tidak sekolah, SD dan SMP memiliki peluang 1.47 kali lebih besar untuk menyusui dibanding dengan wanita yang memiliki pendidikan SMP dan perguruan tinggi. Lama menyusui pada wanita dengan pendidikan tinggi cenderung lebih singkat dibanding dengan wanita yang berpendidikan rendah. Serta wanita yang tinggal diperkotaan lebih singkat dibandingkan dengan wanita dari perdesaan (Siswanto, 2009)

**Tabel 8. Hasil Analisis Regresi Logistik Multivariat Variabel Latar belakang dengan Menyusui.**

	Sig.	OR	95% C.I. for EXP (B)	
			Lower	Upper
<b>Kuintil Kekayaan</b>	0,662	0,848	0,404	1,780
<b>Tempat Tinggal</b>	0,550	0,848	0,494	1,456
<b>Umur</b>	0,000	0,370	0,252	0,543
<b>Pendidikan</b>	0,610	0,865	0,495	1,511

Berdasarkan table 7 diatas, hasil analisis hubungan variabel independen dan dependen menunjukkan bahwa variabel umur saja yang memiliki hubungan bermakna dengan pola menyusui ( $p < 0,05$ ) dan nilai OR yaitu sebesar 0,370. Tidak ditemukan hubungan yang signifikan antara praktik menyusui dengan tempat tinggal, pendidikan dan kuintil kekayaan.

Terdapat keterkaitan pendekatan menyusui dengan salah satu metoda kontrasepsi KB Modern. Dimana alat/cara KB modern terdiri dari metode operasi wanita (MOW) atau sterilisasi wanita, Metode operasi pria (MOP) atau sterilisasi pria, pil, IUD, suntik KB, susuk KB, kondom dan metode amenore laktasi (MAL). MAL merupakan salah satu jenis kontrasepsi alami dengan menerapkan prinsip menyusui secara eksklusif selama 6 bulan penuh dan selama wanita belum mengalami haid setelah melahirkan. MAL dapat dikatakan sebagai metode KB alami apabila tidak dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lainnya (BKKBN,2017). WHO menyebutkan bahwa efektifitas pemakaian kontrasepsi MAL mencapai 98%. MAL merupakan metode kontrasepsi transisi dan paling tepat bagi wanita yang berencana untuk sepenuhnya menyusui selama 6 bulan setelah melahirkan (Joyce, 2007). Pengetahuan masyarakat mengenai MAL masih jarang, sehingga data tentang pengguna kontrasepsi MAL jumlahnya sangat kecil. Menurut data SDKI 2017, persentase wanita berstatus kawin yang menggunakan MAL di Indonesia sebesar 0,1%. Dengan adanya kajian dekomposisi kuatnya faktor ketidaksuburan wanita (dihitung dari pola menyusui dan hubungan seksual) di NTT membuka peluang untuk dipertimbangkan sebagai faktor yang berpengaruh terhadap upaya penurunan fertilitas di provinsi NTT.

#### **Keterbatasan penelitian.**

Penelitian ini tidak memasukkan indeks aborsi karena informasi mengenai hal tersebut tidak dibahas baik di Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2002-2003 dan tahun 2017.



## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN REKOMENDASI**

#### 5.1 Kesimpulan

Hasil analisis dekomposisi fertilitas di NTT menunjukkan bahwa indeks proporsi kawin ( $C_m$ ) dan ketidaksuburan pada masa menyusui ( $C_i$ ), indeks nonkontrasepsi ( $C_c$ ), mengalami penurunan antar tahun 2002/03 dan 2017. Artinya, pengaruh membatasi fertilitas dari pola perkawinan, ketidaksuburan pada masa menyusui serta pola pemakaian dan efektivitas kontrasepsi masing-masing mengalami peningkatan. Dengan kejadian pandemi covid19 diduga akan mengakibatkan meningkatkan perkawinan anak yang dampaknya pada pola pengasuhan anak termasuk dalam pola menyusui.

Kekuatan pengaruh membatasi fertilitas (*fertility-inhibiting effect*) dari pola ketidaksuburan pada masa menyusui di NTT merupakan yang terbaik karena paling kuat dibanding provinsi lain di Indonesia namun pola pemakaian dan efektivitas kontrasepsi masih merupakan determinan antara utama yang paling berpengaruh terhadap fertilitas di NTT.

Berdasarkan nilai indeks ketidaksuburan pada masa menyusui maka tingkat fertilitas dalam perkawinan tanpa kontrasepsi, aborsi yang disengaja, dan menyusui (TF) di NTT tahun 2002/03 adalah 10,5 anak per perempuan kawin (Tabel 2). Artinya pola menyusui telah mengakibatkan perempuan kawin NTT memiliki  $TF - TNMFR = 10,5 - 9,8 = 0,7$  kelahiran lebih sedikit. Sedangkan pada tahun 2017 sebesar 14,7 anak per perempuan kawin (Tabel 3) yang artinya pola menyusui telah mengakibatkan perempuan kawin NTT memiliki  $TF - TNMFR = 14,7 - 10,6 = 4,1$  kelahiran lebih sedikit.

Berdasarkan karakteristik sosial, ekonomi dan demografi pada wanita yang menyusui anaknya dengan durasi 0-6 di NTT yaitu wanita yang berumur 15-29 memberikan ASI dengan durasi 0-6 bulan sebanyak 41%. Berdasarkan wilayah tempat tinggal wanita yang berada di perdesaan memiliki proporsi praktik pemberian ASI lebih banyak yaitu 26,4% dibanding dengan wanita yang tinggal dipertanian 23,2%. Proporsi wanita yang memberikan ASI dengan durasi 0-6 bulan lebih besar pada mereka yang berpendidikan tamat SMA dan perguruan tinggi 30,1%. Sedangkan berdasarkan kuintil kekayaan, proporsi tertinggi wanita yang memberikan ASI dengan durasi 0-6 bulan ada pada mereka yang memiliki kuintil terbawah dan menengah bawah.

## 5.2 Rekomendasi

- Hasil analisis dekomposisi fertilitas determinan antara fertilitas di NTT menjelaskan bahwa pentingnya pemakaian dan efektivitas kontrasepsi, dan pola menyusui dalam rangka mengelola tingkat fertilitas. Sehingga implementasi yang dilakukan dalam intervensi program pengelolaan fertilitas yang sesuai dengan pola determinan antaranya.
- Selain itu, bagi para petugas kesehatan, konselor laktasi dan penyuluh KB bisa dijadikan strategi sebagai dasar pengembangan materi KIE mengenai pola menyusui dan fertilitas.
- Perlu promosi dan sosialisasi pemberian ASI sebagai salah satu komponen yang dominan terhadap penurunan TFR di NTT.
- Selain itu perlu dilakukan segmentasi sasaran program dalam upaya penurunan TFR memperhatikan pada segmen wanita di perkotaan, pada wanita berpendidikan SLTP ke bawah dan pada kuintil kekayaan menengah kebawah dan terbawah.

## DAFTAR PUSTAKA

- Afifi, TO., Enns, MW., Cox, BJ., Gordon J.G., Asmundson, Murray, B., Stein. & Sareen, J. (2008). Population Attributable Fractions of Psychiatric Disorders and Suicide Ideation and Attempts Associated With Adverse Childhood Experiences. *Am J Public Health*. May; 98(5): 946–952.
- Alazbih, NM., Tewabe, GN., & Demissie, TD. Contraception and fertility transition in AMHARA National Regional State of Ethiopia: An application of Bongaarts' model. *Fertility Research and Practice*. 3 (1). 2017.
- Anradh K. Jain. And Bongaart, (1981) *Studies in Family Planning*, Number 3 Volume 12 – March 1981. Page 79.
- Anwar Musadad., dkk. (1993). Pola pemberian Air Susu Ibu dan factor-faktor yang berpengaruh di Indonesia. *Indonesia Demographic and Health Survey IDHS 1991*.
- Badan Pusat Statistik. (2001). *Penduduk Indonesia: Hasil Sensus Penduduk Tahun 2000*. Jakarta:BPS.<https://www.bps.go.id/publication/2001/12/17/b83e408268f0baf044dd822b/penduduk-indonesia-hasil-sensus-penduduk-2000-seri-l2-2.html>.
- Badan Pusat Statistik, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional. Kementerian Kesehatan. ORC Macro. (2003). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2002-2003*. Jakarta: BPS. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR147/FR147.pdf>.
- Badan Pusat Statistik. (2006). *Penduduk Indonesia Hasil Survei Penduduk Antar Sensus 2005*. Jakarta: BPS. <https://www.bps.go.id/publication/2006/08/21/51988c6e218844b9199b959c/penduduk-indonesia-hasil-survei-penduduk-antar-sensus-2005.html>.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, Badan Pusat Statistik, United Nations Population Funds. (2013). *Proyeksi Penduduk Indonesia 2010-2035*. Jakarta: BPS. <https://www.bps.go.id/publication/2013/10/07/053d25bed2e4d62aab3346ec/proyeksi-penduduk-indonesia-2010-2035.html>.
- Badan Pusat Statistik, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional. Kementerian Kesehatan. ORC Macro. (2008). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007*. Jakarta:BPS.[https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR218/FR218\[27August2010\].pdf](https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR218/FR218[27August2010].pdf).
- Badan Pusat Statistik. (2001). *Penduduk Indonesia: Hasil Sensus Penduduk Tahun 2010*. Jakarta: BPS. <https://sp2010.bps.go.id/>.
- Badan Pusat Statistik, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional. Kementerian Kesehatan. ORC Macro. (2013). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012*. Jakarta:BPS.[https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR218/FR218\[27August2010\].pdf](https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR218/FR218[27August2010].pdf).
- Badan Pusat Statistik. (2016). *Profil Penduduk Indonesia Hasil Supas 2015*. Jakarta: BPS. <https://www.bps.go.id/publication/2016/11/30/63daa471092bb2cb7c1fada6/profil-penduduk-indonesia-hasil-supas-2015.html>.
- Badan Pusat Statistik, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional. Kementerian Kesehatan. ORC Macro. (2018). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017*. Jakarta: BPS. <https://dhsprogram.com/publications/publication-fr342-dhs-final-reports.cfm>.
- Bbaale Edward, (2014). Determinants of Early Initiation, Exclusiveness, and Duration of Breastfeeding in Uganda. *J Health Popul Nurt*. Jun;32(2):249-260. International Center For Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh.
- Bongaarts, J. (1978). A Framework for analyzing the proximate determinants of fertility. *Population and Development Review*. 4(1): 105-132.

- Bongaarts, J. and Potter, R.J. (1983) Fertility biology and behavior: An analysis of the proximate determinants of fertility. Academic Press, New York.
- Chemhaka, GB. & Odimegwu, CO. (2019). The proximate determinants of fertility in Eswatini. *African Journal of Reproductive Health*. 23(2). <https://www.ajol.info/index.php/ajrh/article/view/190082>.
- Davis, K & Blake, J. (1956). "Social Structure and Fertility: An Analytic Framework," *Economic Development and Cultural Change*. 4(3). Apr. 1956: 211-235. [https://u.demog.berkeley.edu/~jrw/Biblio/Eprints/%20DF/davis.blake.1956\\_intermediate.variables.pdf](https://u.demog.berkeley.edu/~jrw/Biblio/Eprints/%20DF/davis.blake.1956_intermediate.variables.pdf).
- Ersado, TL., Habtu, Y. & Yohannes, S. (2019). Proximate determinants of fertility in Ethiopia; An application of revised Bongaarts model. *Reproductive Health* 16(1). December 2019.
- <https://tirto.id/ancaman-naiknya-angka-perkawinan-anak-selama-pandemi-fSZv>. Diunduh pada tanggal 24 Juli 2020 pukul 15.45
- Joyce, M., Mary, G. Mary, R. (2007). 'Being a 'good mother': Managing breastfeeding and merging identities'. *Social science & medicine*. DOI-10.1016/j.socscimed.2007.06.015.
- Joyce King.(2007). Contraception and Lactatio. *Journal of Midwifery & Women's Health*. J Midwifery Womens Health 2007;52:614 – 620
- Mahendra, A. 2017. Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Fertilitas di Indonesia. *Jurnal Riset Akuntansi dan Keuangan*. Vol.3 No. 2. Universitas Katholik Santo Thomas : Medan
- Mufiddah, I., Paramastri, I., & Wibowo, TA. (2009). The effectiveness of exclusive breastfeeding counseling in expectants in Kutai Kartanegara. *BKM Journal of Community Medicine and Public Health*. 32(4): 133-138. DOI: 10.22146/bkm.6708
- Muzayyaroh, & Listriana Fatimah, L. (2012). "Hubungan Pemberian ASI Eksklusif dengan Kembalinya Menstruasi pada Ibu Menyusui di Desa Ngumpul , Jogoroto, Jombang." Seminar Nasional Competitive Advantage 2012, Jombang, Indonesia, 2012. Universitas Pesantren Tinggi Darul 'Ulum, 2012.
- Pemerintah Provinsi Nusa Tenggara Timur. (2019). Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2018-2023. Kupang: Pemerintah Provinsi Nusa Tenggara Timur.
- Rahmadewi, & Asih, L. (2011). Tingkat Fertilitas di Provinsi Nusa Tenggara Timur dan Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* Vol. 6, No. 3, Desember 2011. Jakarta.
- Raharja, MB., Caturseptani, R., & Rahmadewi. (2019). *Demografi, Sosial, Ekonomi, dan Determinan Langsung Fertilitas Tinggi di Provinsi Nusa Tenggara Timur : Analisis Data SDKI 2017*. Jakarta ; BKKBN.
- Rifdi, F. & Martika, S. (2019). Faktor-faktor yang berhubungan dengan penerapan metode amenorea laktasi di Puskesmas Rasimah Ahmad. *Maternal Child Health Care Journal*. 1(1). Maret 2019: 1-9.
- Samosir, O.B. (2019). *Dekomposisi Fertilitas Indonesia: Analisis Berdasarkan Hasil SDKI 2017*. Jakarta: BKKBN.
- Simondon, K.B. (2009). Early Breast-Feeding Caesation and Infant Mortality in Low-Income Countries. *Breast-Feeding: Early Influences on Later Health*, © Springer Science + Business Media B.V. 2009. *Epidemiology and Prevention Research Unit, Institut de*

- Recherche pour le Développement, 911, Avenue Agropolis, BP 64501, 34394 Montpellier, France.*
- Siswanto, (2009). Pola, Trend dan Perbedaan Praktik Menyusui di Indonesia : Analisis Deskriptif Peran Modernisasi dan Budaya Tradisional dari Data SDKI 2007. *Jurnal Klinik Gizi Indonesia*. Vol.6, No. 1. Juli 2019. 42-51.
- Wardhana, A., Kharisma, B., & Noven, S.A. (2020). Dinamika Penduduk dan Pertumbuhan Ekonomi di Indonesia. *Buletin Studi Ekonomi. Vol. 25 No. 1, Februari 2020*. Denpasar ; FEB Universitas Udayana
- Xiaodong, C., Wardlaw, T., & Brown, DW. (2012). Global trends in exclusive breastfeeding. *International Breastfeeding Journal*.