

# DETERMINAN FERTILITAS MELALUI PENDEKATAN *TOTAL FERTILITY RATE* (TFR) DI INDONESIA: ANALISIS DATA SURVEI DEMOGRAFI KESEHATAN INDONESIA (SDKI) TAHUN 2007

Nurhalina Sari<sup>\*)</sup>

## ABSTRAK

Stagnansi *Total Fertility Rate* (TFR) Indonesia sebesar 2,6 yang sudah berlangsung selama 10 tahun (2002-2012) menyebabkan tidak tercapainya tujuan Keluarga berencana (KB) sebagai dampak dari perubahan pola determinan fertilitas. Peneliti ingin mengetahui lebih dalam terkait perubahan pola determinan fertilitas melalui pendekatan pendekatan TFR berdasarkan wilayah provinsi. Determinan yang diteliti meliputi layanan kesehatan reproduksi, karakteristik sosial ekonomi (pendidikan wanita dan suami/pasangan, pekerjaan suami/pasangan dan wanita, status ekonomi keluarga, dan daerah tempat tinggal) dan perilaku reproduksi wanita (umur kawin pertama dan melahirkan pertama, jumlah anak yang diinginkan, metode kontrasepsi, dan mortalitas anak). Penelitian ini menggunakan data SDKI 2012 dalam daftar blok sensus dengan stratifikasi dua tahap. Sebanyak 29.615 wanita usia subur (WUS) berumur 15-49 tahun berstatus pernah kawin dipilih sebagai sampel. Analisis proporsi menunjukkan pada 2012 terdapat perbedaan yang cukup besar antara wilayah dengan TFR tinggi dan rendah. Regresi logistik multivariabel dengan sampel kompleks menunjukkan determinan yang paling berpengaruh adalah jumlah anak yang diinginkan dan pendidikan wanita. Setiap pemodelan multivariabel menghasilkan persamaan yang berbeda. Hal ini menunjukkan bahwa masalah yang dihadapi beragam.

Kata kunci: Fertilitas, KB, stagnansi.

## PENDAHULUAN

Laju pertumbuhan penduduk dunia berkembang sangat pesat hingga mencapai 8,1 milyar jiwa tahun 2025. *World Data Sheet (WDS) 2014* menyatakan bahwa Indonesia memiliki kepadatan penduduk sebanyak 251 juta jiwa dengan laju pertumbuhan 1,49% pada pertengahan tahun 2014 dan diperkirakan menjadi 365 juta jiwa pada pertengahan tahun 2050 (*world bank, 2015*). Pertumbuhan penduduk dipengaruhi oleh natalitas, mortalitas, dan migrasi. Natalitas, salah satunya dipengaruhi oleh fertilitas yang diukur melalui TFR, dimana TFR Indonesia sama dengan negara berkembang lainnya yaitu sebesar 2,6 dan mengalami stagnasi selama 10 tahun dari tahun 2002 hingga 2012, bahkan diatas Negara Asia Tenggara lainnya (2,4) serta melampaui negara di Benua Asia (2,5). Hal ini bertolak belakang dengan target Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) sebesar 2,36 pada 2012 atau setara 2,1 pada 2025 (*world*

*bank, 2015*). Stagnasi TFR menyebabkan ledakan penduduk dan beban perekonomian dalam penyediaan pangan, layanan pendidikan, kesehatan dan lapangan pekerjaan. Indonesia memiliki TFR yang beragam pada setiap provinsi, urutan tertinggi berturut-turut adalah Nusa Tenggara Timur (NTT) sebesar 4,2 diikuti Papua (3,8) dan yang terendah adalah Yogyakarta (1,8 s.d 2,1). Kesenjangan fertilitas pada tiap provinsi dianalisis dengan pendekatan Teori Kingsley David dan Judith Blake (1956) dan *The Determinants of Stalled Fertility Decline* (BKKBN, 2014). Penelitian ini ingin mengetahui determinan fertilitas pada tahun 2012 melalui faktor pengaruh layanan kesehatan reproduksi (akses layanan KB, media informasi layanan KB), karakteristik sosial ekonomi (pendidikan wanita, pendidikan suami, pekerjaan suami, pekerjaan wanita, status ekonomi keluarga, daerah tempat tinggal) dan perilaku reproduksi wanita (umur kawin pertama/berhubungan seksual, umur

---

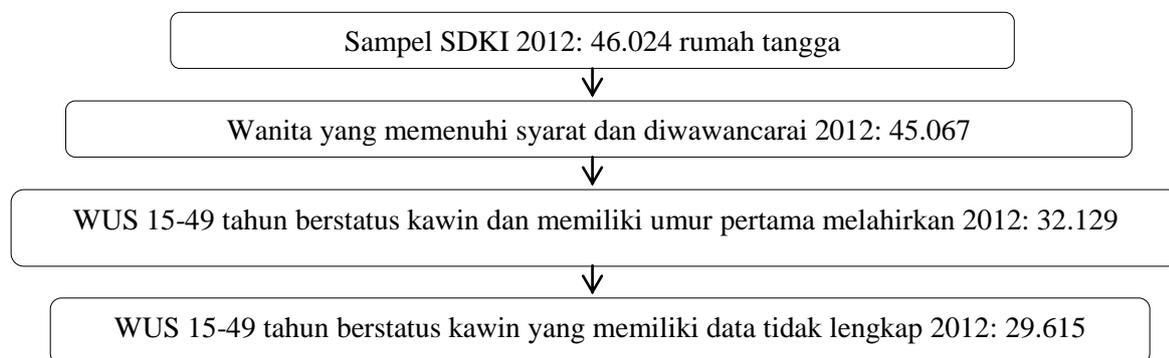
<sup>\*)</sup> Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Malahayati

melahirkan pertama, penggunaan kontrasepsi, metode kontrasepsi yang digunakan, ukuran keluarga ideal yang diinginkan, mortalitas anak).

**METODE PENELITIAN**

Penelitian menggunakan data sekunder SDKI 2012 dalam daftar blok sensus (BS) melalui stratifikasi dua tahap, yaitu pada tahap provinsi dan wilayah perkotaan dan pedesaan. BS rata-rata terpilih 25 rumah tangga secara acak sistematis. Populasi dan sampel yang digunakan adalah data WUS 15-49 tahun berstatus kawin. Kriteria inklusi pada sampel penelitian

adalah WUS 15-49 tahun berstatus kawin pada saat wawancara dan memiliki umur pertama melahirkan. Sedangkan untuk kriteria eksklusi adalah WUS 15-49 tahun berstatus kawin yang memiliki data tidak lengkap. Survei SDKI menggunakan desain *cross sectional* dengan sampel kompleks sehingga proses analisis harus memperhitungkan efek desain dan pembobotan (analisis sampel kompleks), lalu kemudian dilakukan analisis menggunakan uji regresi logistik multivariabel. Berikut ini adalah proses restriksi terhadap kandidat sampel yang akan dianalisis.



Gambar 1. Restriksi Sampel Data Penelitian

TFR adalah jumlah rata-rata anak yang dapat dilahirkan oleh setiap wanita jika semua wanita hidup sampai masa akhir usia reproduksinya. Dalam

penelitian ini, pembagian wilayah TFR didasarkan pada angka TFR Nasional, yaitu 2.6.

$$TFR = 5 \sum_{i=1}^7 ASFR_i$$

Keterangan

ASFR<sub>i</sub> : angka kelahiran untuk perempuan pada kelompok umur i

i = 1 : kelompok umur 20-24 tahun, ..., dan i = 7 untuk kelompok umur 45-49 tahun.

**HASIL PENELITIAN**

**Karakteristik Sosial Ekonomi**

Proporsi masyarakat yang memiliki pendidikan dan status ekonomi keluarga rendah masih mendominasi. Masyarakat dengan TFR rendah cenderung berpindah ke daerah perkotaan (Tabel 1).

**Layanan Kesehatan Reproduksi dan Perilaku Reproduksi Wanita**

Terdapat upaya yang cukup berarti untuk meningkatkan sumber

pelayanan kontrasepsi melalui peran pemerintah dan swasta. Sedangkan pada media informasi layanan KB banyak masyarakat yang terpapar pada wilayah dengan TFR rendah. Proporsi umur kawin pertama wanita pada wilayah TFR tinggi dan rendah tidak memiliki perbedaan yang cukup berarti, begitupula dengan proporsi umur melahirkan pertama dan jumlah anak yang diinginkan oleh pasangan suami istri. Pencapaian penggunaan KB modern masih berkisar 60% pengguna (Tabel 2).

Tabel 1.  
Distribusi Proporsi Determinan Fertilitas Berdasarkan Karakteristik Sosial Ekonomi di Indonesia Tahun 2012

Variabel	Fertilitas (TFR) (N=29.615)	
	Tinggi (n=14.024)(%)	Rendah (n=15.591)(%)
<b>Karakteristik Sosial</b>		
<b>Ekonomi</b>		
Pendidikan wanita		
Tinggi	9,25	9,62
Menengah	43,77	45,77
Rendah	46,98	44,61
Pendidikan suami/pasangan		
Tinggi	10,15	10,22
Menengah	47,99	46,83
Rendah	41,86	42,96
Status kerja wanita		
Bekerja	68,12	60,07
Tidak bekerja	31,88	39,93
Status kerja suami/pasangan		
Bekerja	97,41	97,94
Tidak bekerja	2,59	2,06
Status Ekonomi Keluarga		
Tinggi	21,43	46,78
Menengah	15,90	21,24
Rendah	62,69	31,98
Daerah tempat tinggal		
Urban	30,57	54,35
Rural	69,43	45,65

Sumber : SDKI 2012

Tabel 2.  
Distribusi Proporsi Determinan Fertilitas Berdasarkan Layanan Kesehatan Reproduksi dan Perilaku Reproduksi Wanita di Indonesia Tahun 2012

Variabel	Fertilitas (TFR) (N=29.615)	
	Tinggi (n=14.024)(%)	Rendah (n=15.591)(%)
<b>Layanan Kesehatan Reproduksi</b>		
Sumber pelayanan kontrasepsi		
Pemerintah/swasta	55,12	64,23
Tidak menggunakan	44,88	35,77
Media informasi layanan KB		
Terpapar	36,50	52,56
Tidak terpapar	63,50	47,44
<b>Perilaku Reproduksi Wanita</b>		
Umur kawin pertama		
≥ 21 tahun	35,58	36,47
< 21 tahun	64,42	63,53
Umur melahirkan pertama		
≥ 22 tahun	39,10	41,48
< 22 tahun	60,90	58,52
Metode Kontrasepsi		
Modern	55,25	64,31
Tradisional	4,32	0,04
Tidak memakai	40,43	31,68

Jumlah anak yang diinginkan		
≤ 2 anak	40,58	57,95
> 2 anak	59,42	42,05
Mortalitas anak		
Tidak	83,84	89,11
Ya	16,16	10,89

## PEMBAHASAN

### Keterbatasan penelitian

Menurut data SDKI 2012, ketepatan data fertilitas dipengaruhi oleh kesalahan pada jumlah kelahiran (*recall bias*) dimana ibu cenderung menyebutkan anak yang masih hidup dan tinggal di rumah. Pertanyaan untuk jumlah anak yang diinginkan dianggap dapat menimbulkan bias karena jawaban hanya berdasarkan perkiraan dan kurang diperhitungkannya tekanan sosial, terutama suami yang memiliki pengaruh terhadap keputusan reproduksi. Kesalahan lain yang terjadi adalah ketidaklengkapan jumlah kasus yang dilaporkan; responden cenderung melupakan peristiwa yang terjadi di masa lampau. Akibatnya, kematian yang terjadi di masa lampau dilaporkan lebih rendah dibandingkan kematian yang terjadi pada periode kini.

### Determinan Fertilitas di Indonesia

Dari determinan yang diprediksi berhubungan dengan fertilitas adalah karakteristik sosial ekonomi (pendidikan WUS) dan perilaku reproduksi wanita (keinginan jumlah anak). Pemodelan menunjukkan perbedaan determinan

fertilitas yang beragam pada data SDKI 2012. Pada data SDKI 2012 wilayah TFR tinggi, determinan fertilitas dipengaruhi oleh sumber pelayanan kontrasepsi, media informasi layanan KB, pendidikan wanita, pendidikan suami/pasangan, status ekonomi keluarga, umur pertama kawin, umur pertama melahirkan, metode kontrasepsi yang digunakan, jumlah anak yang diinginkan dan mortalitas anak. Variabel sumber pelayanan kontrasepsi dan media informasi layanan KB menjadi konfonding untuk fertilitas dimana dua variabel ini mempengaruhi metode kontrasepsi yang digunakan oleh wanita. Pada data SDKI 2012 dengan wilayah TFR rendah, determinan fertilitas dipengaruhi oleh sumber pelayanan kontrasepsi, pendidikan wanita, pendidikan suami/pasangan, daerah tempat tinggal, umur pertama melahirkan, metode kontrasepsi yang digunakan, jumlah anak yang diinginkan dan mortalitas anak. Berbeda dengan pemodelan lainnya, rasio *odds* jumlah anak yang diinginkan dan sumber pelayanan kontrasepsi memiliki nilai tertinggi (Tabel 3).

Tabel 3.  
Pemodelan Parsimoni Multivariabel Determinan Fertilitas Berdasarkan Wilayah TFR di Indonesia Tahun 2012

Variabel	Fertilitas (TFR)			
	Tinggi (%)		Rendah (%)	
	OR	95% CI	OR	95% CI
<b>Layanan Kesehatan Reproduksi</b>				
Sumber pelayanan kontrasepsi				
Pemerintah/swasta	1,0		1,0	
Tidak memiliki akses	0,7*	0,2-2,2	2,4	0,8-6,9
Media informasi layanan KB				
Terpapar	1,0		#	#
Tidak terpapar	1,1**	1,1-1,3	#	#
<b>Karakteristik Sosial Ekonomi</b>				
Pendidikan wanita				
Tinggi	1,7*	1,4-2,1	1,2	0,9-1,5
Menengah	2,6*	2,1-3,3	1,9***	1,5-2,5
Rendah				

Pendidikan suami/pasangan				
Tinggi	1,0		1,0	
Menengah	0,7**	0,6-0,9	0,7**	0,6-0,9
Rendah	0,8*	0,7-1,0	0,8*	0,7-1,0
Pekerjaan wanita				
Bekerja	1,0		#	#
Tidak bekerja	0,8***	0,7-0,8	#	#
Pekerjaan suami/pasangan				
Bekerja	#	#	1,0	
Tidak bekerja	#	#	1,9**	1,3-2,8
Status Ekonomi Keluarga				
Tinggi	1,0		#	#
Menengah	0,8**	0,7-0,9	#	#
Rendah	0,7***	0,6-0,8	#	#
Daerah tempat tinggal				
Urban	#	#	1,0	
Rural	#	#	0,8***	0,7-0,9
<b>Perilaku Reproduksi Wanita</b>				
Umur kawin pertama				
≥ 21 tahun	1,0		#	#
< 21 tahun	0,8**	0,7-0,9	#	#
Umur melahirkan pertama				
≥ 22 tahun	1,0		1,0	
< 22 tahun	1,9***	1,7-2,3	2,2***	1,9-2,5
Metode Kontrasepsi				
Modern	1,0		1,0	
Tradisional	2,1*	0,7-6,5	0,6*	0,2-1,9
Tidak memakai	1,2*	0,4-3,4	0,4*	0,2-1,1
Jumlah anak yang diinginkan				
≤ 2 anak	1,0		1,0	
> 2 anak	3,3***	2,9-3,6	3,5***	3,1-3,9
Mortalitas anak				
Tidak	1,0		1,0	
Ya	1,8***	1,5-2,0	1,3***	1,1-1,5

Sumber: SDKI 2012

Keterangan: \* p value >0,05; \*\* 0,001≤p value <0,05; \*\*\* p value<0,001; # Data tidak tersedia

### Jumlah Anak yang Diinginkan

Jumlah anak yang diinginkan dipengaruhi oleh pemikiran akan kelanjutan kehidupan anak dimasa depan, kondisi ekonomi dan kesehatan reproduksi ibu. Kemungkinan lainnya, wanita yang memiliki anak banyak memiliki umur pertama kawin muda, sehingga kesempatan untuk menambah jumlah anak idealnya juga besar. Hal ini sesuai dengan budaya pada 20-30 tahun yang lalu. Jumlah anak ideal dipengaruhi juga oleh pemakaian kontrasepsi (Triana dan Wilopo, 2007). Dalam hasil penelitiannya juga disebutkan bahwa variabel pengetahuan KB, pilihan fertilitas dan jumlah anak ideal yang diinginkan pasangan menunjukkan ada

hubungan yang positif dengan hambatan psikososial pelayanan kontrasepsi.

### Pendidikan WUS dan Suami/Pasangan

Pendidikan merupakan indikator yang menggambarkan modal sosial dari sumberdaya manusia dan hasil pembangunan sosial ekonomi. Tingkat pendidikan berpengaruh terhadap wawasan dan pengetahuan ibu. Semakin tinggi tingkat pendidikan ibu maka semakin banyak informasi kesehatan yang diperoleh. Pengetahuan ibu yang semakin baik digunakan mengambil keputusan yang tepat dan efektif tentang alat kontrasepsi yang digunakan dan keputusan melahirkan anak. Pendidikan mempengaruhi usia kawin,

dengan bersekolah maka wanita akan menunda perkawinannya, yang berdampak pada penundaan untuk memiliki anak. *New household economics* berpendapat bila pendapatan dan pendidikan meningkat maka semakin banyak waktu ibu yang digunakan untuk merawat anak. Anak menjadi mahal sehingga dapat mengurangi angka kelahiran (Mundiharno, 1997). Hasil penelitian Pasay (1983 dalam Saputro, 2009) memperlihatkan pendidikan suami dengan fertilitas berhubungan positif sedangkan pada wanita berhubungan negatif. Pendidikan suami yang makin tinggi mendorong fertilitas yang tinggi. Penelitian Saputro (2009) juga menggambarkan bahwa wanita dengan tingkat pendidikan lebih dari SLTP cenderung akan memiliki keinginan untuk menambah anak/fertilitas tinggi dibandingkan dengan yang tidak tamat SD. Berbeda halnya menurut BKKBN (2014) menyebutkan bahwa pendidikan memiliki korelasi dengan kualitasnya sebagai subyek pembangunan. Pendidikan merupakan upaya sadar setiap orang untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan wawasan yang turut memberikan sumbangan bagi pembangunan bangsa. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang secara konseptual akan mempengaruhi perilaku aktif seseorang dalam pembangunan. Menurut Friedman (1973), salah satu faktor yang mempengaruhi fertilitas adalah faktor pendidikan dari WUS dan pasangannya. Variabel pendidikan akan mempengaruhi pola berpikir seseorang, termasuk pada perencanaan tentang kehidupan keluarga yang akan dibentuk. Menurut K.C. dan Potancokova (2012), wanita dengan tingkat pendidikan dan kesejahteraan rendah cenderung memiliki anak lebih banyak.

Akses terhadap informasi penting untuk meningkatkan pengetahuan dan kepedulian yang akhirnya dapat mempengaruhi sikap dan perilaku seseorang. Gary Becker (1976) menyatakan bahwa anak sebagai barang konsumsi tahan lama yang kualitas dan kuantitasnya harus diperhatikan. Apabila pendapatan naik maka banyaknya anak yang dimiliki juga bertambah dimana

terdapat hubungan positif antara pendapatan dan fertilitas. Penelitian lain menyebutkan bahwa kondisi ini mungkin berkaitan dengan pola pikir pasangan dengan status ekonomi tinggi, yaitu anak merupakan tanggung jawab bukan sebagai aset untuk membantu ekonomi keluarga (Friedman, 1994). Status ekonomi berkaitan dengan status kerja dan pendidikan. Menurut Nair dan Chow (1980, dalam Saputro, 2009), pada status sosial ekonomi tinggi, pasangan mungkin kurang menginginkan anak lagi dibandingkan dengan status di bawahnya. Berdasarkan teori ekonomi yang berhubungan dengan fertilitas, kehadiran seorang anak bisa dilihat dari segi utilitas dan segi ekonomi bagi orang tuanya. Dengan memiliki anak, orang tua bisa mendapatkan keuntungan jika anak tersebut bekerja, hal ini berlaku pada keluarga yang tingkat ekonomi rendah yang berdampak pada jumlah anak ideal. Keluarga dengan status ekonomi menengah akan mempertimbangkan kualitas anak daripada kuantitas, pengeluaran untuk meningkatkan kualitas tersebut diperhitungkan sehingga jumlah anak yang diinginkan lebih sedikit. Lain halnya untuk keluarga dengan status ekonomi tinggi, mereka bisa dengan bebas menentukan jumlah anak ideal yang diinginkan, karena tidak merasa terbebani dengan biaya yang harus dikeluarkan untuk membesarkan anak. Jika mereka menginginkan kualitas maka akan lebih memilih untuk membatasi anak yang dimilikinya (Wachter dan Neels 2011; Kohlmann 2002; Saleh 2010; Macunovich 2008).

Indikator lain yang mempengaruhi fertilitas adalah umur melahirkan pertama yang meningkatkan risiko hamil. Pada masyarakat yang wanitanya melakukan perkawinan pertama di usia lebih muda, maka angka kelahirannya akan meningkat. Sebaliknya, jika umur menikahnya lebih tua cenderung angka kelahirannya rendah (Saleh, 2010). Umur melahirkan pertama di bawah 20 tahun secara kesehatan reproduksi dikatakan masih terlalu muda, secara mental-sosial-ekonomi belum siap.

Dalam penelitian Arsyad dan Nurhayati (2013) dan Iswarati (2009),

mortalitas anak merupakan variabel paling dominan terhadap fertilitas setelah dikontrol oleh umur dan tempat tinggal dengan rasio *odds* 1,23 dan rata-rata jumlah anak lahir hidup meningkat seiring dengan bertambahnya kematian anak di dalam keluarga. Dengan kata lain, semakin banyak anak yang meninggal maka wanita cenderung akan melahirkan anak semakin tinggi. Penelitian lain yang dilakukan oleh Herartri (2013 tentang stagnansi TFR, variabel komposisional yang paling berpengaruh terhadap jumlah ALH (Anak Lahir Hidup) adalah usia kawin pertama istri, jumlah anak ideal menurut istri dan suami, dan jumlah anak meninggal. Ada kecenderungan hubungan yang positif antara jumlah anak yang meninggal dengan fertilitas. Di banyak studi menunjukkan bahwa semakin banyak jumlah anak yang meninggal, semakin banyak jumlah anak yang dimiliki seorang ibu. Hal ini kemungkinan berkaitan dengan upaya seorang ibu untuk mendapatkan ganti dari anak yang sudah meninggal.

### **KESIMPULAN**

Analisis proporsi menunjukkan pada tahun 2012 terdapat perbedaan yang cukup besar antara wilayah dengan TFR tinggi dan rendah. Regresi logistik multivariabel dengan sampel kompleks menunjukkan determinan yang paling berpengaruh adalah jumlah anak yang diinginkan dan pendidikan wanita. Setiap pemodelan multivariabel menghasilkan persamaan yang berbeda. Hal ini menunjukkan bahwa masalah yang dihadapi beragam.

### **SARAN**

Meningkatkan promosi KIE, misalnya membuat program acara khusus tentang KB di radio/televisi atau bekerjasama dengan PH (*Production House*) untuk menyelipkan pesan KB melalui acara/sinetron, memaksimalkan program GenRe (Generasi Berencana) untuk mempromosikan tentang PUP (Pendewasaan Usia Pernikahan) melalui media sosial elektronik dan komunitas remaja. Selain itu, meningkatkan peran dan kerjasama antar jaringan bidan di desa dan jejaring faskes KB (bidan praktek) diluar jam kerja operasional.

Kerjasama lintas sektor antara BKKBN dengan Kementerian Pendidikan melalui peningkatan pengetahuan dan pemahaman kesehatan reproduksi remaja melalui sosialisasi pentingnya wajib belajar 12 tahun dalam rangka pendewasaan usia perkawinan dan peningkatan intensitas layanan KB bagi pasangan usia muda guna mencegah kelahiran di usia remaja. Perlu juga kerjasama Kementerian Kesehatan dan BKKBN dengan mengacu pada strategi pelayanan KB dalam JKN untuk peningkatan peranan dari jaringan dan jejaring faskes KB di setiap provinsi dalam menurunkan angka mortalitas ibu. Penelitian lanjutan yang difokuskan mengenai determinan fertilitas melalui pendekatan TFR berdasarkan karakteristik provinsi.

### **DAFTAR PUSTAKA**

- World Bank. *World Development Indicators*. Available at: [www.data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators](http://www.data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators) [cited February 11,2015].
- BKKBN. Analisis Tindak Lanjut SDKI Tahun 2012. BKKBN, Jakarta; 2014.
- Davis, Kingsley dan Judith Blake. *Social Structure and Fertility: An Analytic Framework*. Economic Development and Cultural Change, Vol 4, 1956: 211-235.
- Ezeh, Mberu, Emina. *Stall in Fertility Decline in Eastern African Countries: Regional Analysis of Pattern, Determinants and Implications*. African Population and Health Research Center, Nairobi; 2009.
- Triana, V. & Wilopo, S.A.. *Pada Wanita Unmet need Kontrasepsi Di Indonesia (Analisis Data SDKI 2007)*. 2007: 28-35.
- Mundiharno. *Beberapa Teori Fertilitas*. Jakarta; 1997.
- Saputro, D. *Determinan Keinginan Menambah Anak Di Propinsi Kepulauan Bangka Belitung (Analisis Data SDKI 2007)*.2009.
- BKKBN. Analisis Tindak Lanjut SDKI Tahun 2012. BKKBN, Jakarta; 2014.

- Friedman, D., Hechter, M. & Kanazawa, S. A Theory of the Value of Children.pdf. 1994.
- Samir, K.C. & Potancokova, Michaela. Differential Fertility by Level of Education in DHS Countries. New Orleans, USA; 2013.
- Becker, Gary S. The Economic Approach to Human Behavior. Chicago: The University of Chicago Press, 1976.
- Saputro, D. Determinan Keinginan Menambah Anak Di Propinsi Kepulauan Bangka Belitung (Analisis Data SDKI 2007). Jakarta: 2009.
- Wachter, D. De & Neels, K. Educational differentials in fertility intentions and outcome: family formation in Flanders in the early 1990s. Vienna Yearbook of Population Research, 9(2011), 2011; 227-258.
- Kohlmann, A. Fertility Intentions in a Cross-Cultural View : The Value of Children Reconsidered Fertility Intentions in a Cross-Cultural View: The Value of Children Reconsidered 1, 2002; 49.
- Saleh, R.C. Perilaku Fertilitas Di Berbagai Kabupaten/(Studi Kasus Fertilitas Alamiah Dan Usia Kawin Pertama), 2010; 1-7.
- Macunovich, D. Economic Theories of Fertility. Women, Family, and Work: Writings on the Economics of Gender, 2008; 05-124.
- Nurhayati dan Arsyad. Determinan Fertilitas: Faktor apa yang dominan berkontribusi terhadap fertilitas?. BKKBN. Jakarta; 2013.
- Iswarati. Proximate Determinant Fertilitas di Indonesia (Analisis Lanjut SDKI 2007). Puslitbang KB dan Kesehatan Reproduksi Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, Jakarta; 2009.
- Herartri, Rina. TFR Stagnan Selama Satu Dekade: Apa yang Harus Dilakukan?. BKKBN, Jakarta; 2013.