



**HUBUNGAN OTONOMI PEREMPUAN DENGAN PENGGUNAAN
METODE KONTRASEPSI DI KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

Oleh :

Hadaina Wulan Rahayu

NIM 132110101090

**BAGIAN EPIDEMIOLOGI DAN BIostatISTIKA KEPENDUDUKAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
TAHUN 2018**



**HUBUNGAN OTONOMI PEREMPUAN DENGAN PENGGUNAAN
METODE KONTRASEPSI DI KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh :

Hadaina Wulan Rahayu

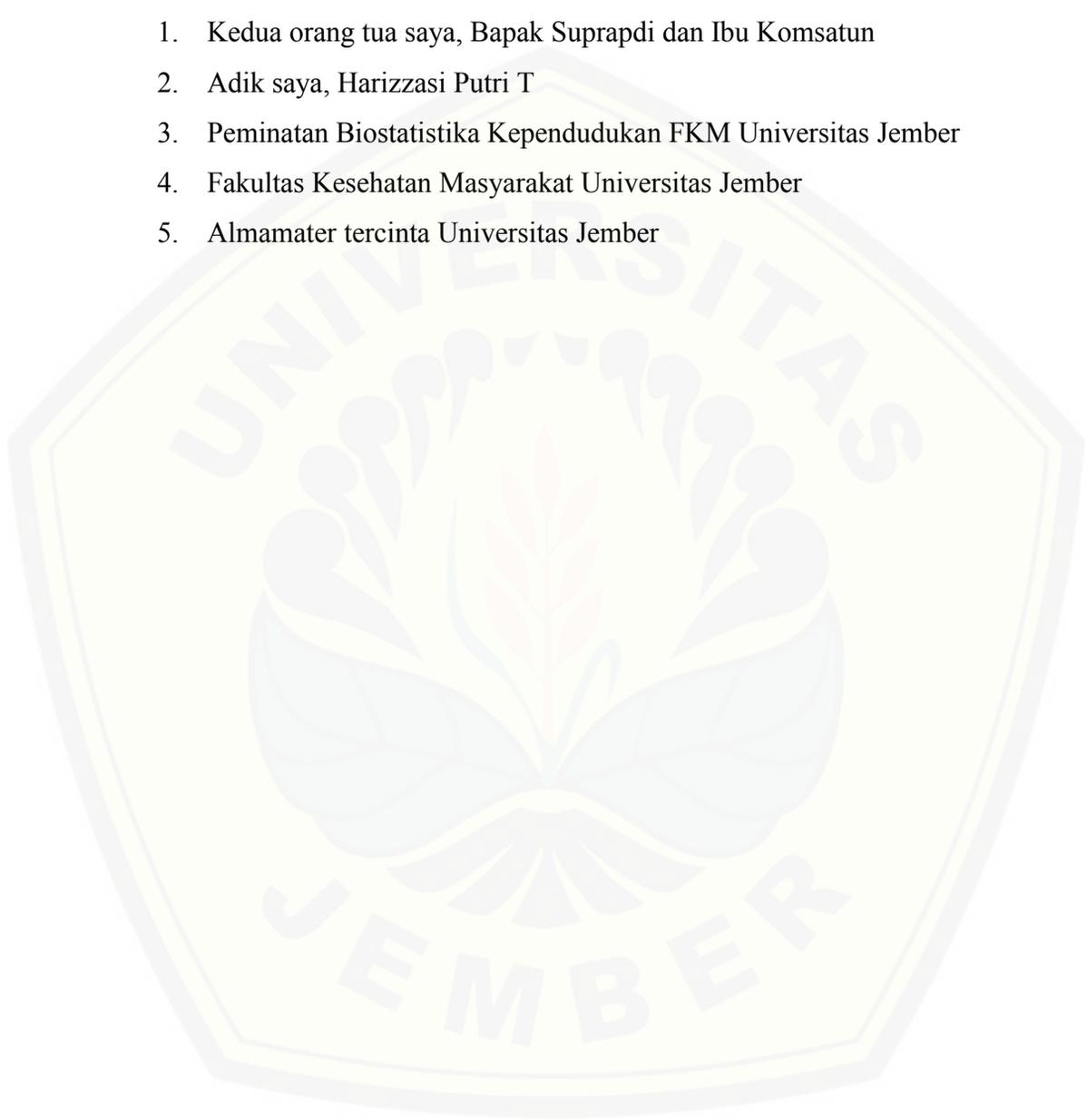
NIM 132110101090

**BAGIAN EPIDEMIOLOGI DAN BIostatistika KEPENDUDUKAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
TAHUN 2018**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua saya, Bapak Suprapdi dan Ibu Komsatun
2. Adik saya, Harizzasi Putri T
3. Peminatan Biostatistika Kependudukan FKM Universitas Jember
4. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
5. Almamater tercinta Universitas Jember



MOTTO

Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya...

(terjemahan Surat Al-Baqarah ayat 286)*



*) Departemen Agama Republik Indonesia. 1998. *Al Quran dan Terjemahannya*. Semarang. PT Kumudasmoro Grafindo

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Hadaina Wulan Rahayu

NIM : 132110101090

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul : *Hubungan Otonomi Perempuan dengan Penggunaan Metode Kontrasepsi di Kabupaten Jember* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya dan belum pernah diajukan pada institusi manapun serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

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

Jember, 2 April 2018

Yang menyatakan,

Hadaina Wulan Rahayu

PEMBIMBINGAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN OTONOMI PEREMPUAN DENGAN PENGGUNAAN
METODE KONTRASEPSI DI KABUPATEN JEMBER**

Oleh :

Hadaina Wulan Rahayu

NIM 132110101090

Pembimbing :

Dosen Pembimbing Utama
Dosen Pembimbing Anggota

: Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH.
: Andrei Ramani, S.KM.,M.Kes.

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Hubungan Otonomi Perempuan dengan Penggunaan Metode Kontrasepsi di Kabupaten Jember* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Senin

Tanggal : 2 April 2018

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing

1. DPU : Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH.
NIP. 197701082005012004
2. DPA : Andrei Ramani, S.KM., M.Kes.
NIP. 198008252006041005

Tanda Tangan

(.....)

(.....)

Penguji

1. Ketua : Dr. Dewi Rokhmah, S.KM., M.Kes.
NIP. 197808072009122001
2. Sekretaris : Dwi Martiana Wati. S.Si., M.Si.
NIP. 198003132008122003
3. Anggota : Drs. Rijadi Budi Tjahjono
NIP. 196103201992031005

(.....)

(.....)

(.....)

Mengesahkan
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Jember,



Prasetyowati, S.KM., M.Kes.
NIP. 198005162003122002

PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga skripsi dengan judul *Hubungan Otonomi Perempuan dengan Penggunaan Metode Kontrasepsi di Kabupaten Jember* dapat terselesaikan. Skripsi ini diajukan sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Penulis dalam menyelesaikan skripsi ini telah banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak, baik secara langsung maupun tidak langsung. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Ibu Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
2. Ibu Dr. Farida Wahyu Ningtyias, S.KM., M.Kes selaku Wakil Dekan I Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
3. Ibu Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH. selaku Ketua Bagian Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember sekaligus Dosen Pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan serta bersedia meluangkan waktu, pikiran dan perhatiannya sehingga penulisan skripsi ini dapat terselesaikan
4. Bapak Andrei Ramani, S.KM., M.Kes selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah memberikan bimbingan serta bersedia meluangkan waktu, pikiran dan perhatiannya sehingga penulisan skripsi ini dapat terselesaikan
5. Para staf administrasi di Lingkungan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah memberikan bantuan informasi, sarana dan prasarana kepada penulis
6. Koordinator Wilayah DPPPAKB di Kecamatan Silo, Pakusari, Jelbuk, Ambulu, Mayang, dan Sumbersari yang telah membantu dalam memberikan informasi kepada penulis dan telah membantu selama penulis melakukan penelitian

7. Kedua orang tua yang senantiasa dan tiada henti memberikan semangat dan doa
8. Adik saya Harizzasi dan sahabat-sahabat saya (Dika, Windy, Iis, Miranda dan Dyah) yang telah menemani dan memberi semangat serta motivasi kepada saya
9. Teman-teman B-POP (peminatan Biostatistika Kependudukan) yang telah memberi semangat dan motivasi
10. Semua teman-teman di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember angkatan 2013 yang telah memberikan semangat
11. Semua pihak yang turut membantu dalam penyusunan proposal skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu

Penulis telah menyusun proposal skripsi ini dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun

Jember, April 2018

Penulis

RINGKASAN

Hubungan Otonomi Perempuan dengan Penggunaan Metode Kontrasepsi di Kabupaten Jember; Hadaina Wulan Rahayu; 132110101090; 73 halaman; Bagian Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Penggunaan kontrasepsi di Kabupaten Jember tahun 2016 didominasi oleh metode kontrasepsi perempuan dibandingkan dengan metode kontrasepsi pria. Dari data yang diperoleh persentase penggunaan metode kontrasepsi kondom hanya sebesar 0,89% dan metode operatif pria sebesar 0,19%. Hal tersebut sangat berbeda jauh dengan penggunaan metode kontrasepsi perempuan sebesar 98,92%. Perbedaan angka tersebut menunjukkan bahwa peran laki-laki dalam penggunaan metode kontrasepsi sangat kecil. Dari penelitian sebelumnya diperoleh hasil bahwa perempuan yang menggunakan kontrasepsi akan memiliki tingkat otonomi yang tinggi, namun penelitian tersebut tidak meneliti tingkat otonomi perempuan dengan penggunaan kontrasepsi yang melibatkan pasangan yaitu metode kontrasepsi laki-laki ataupun pasangan. Dari hal ini peneliti ingin mengetahui perbedaan otonomi perempuan yang melibatkan pasangan ataupun tidak dalam penggunaan kontrasepsi serta faktor yang mempengaruhi ada atau tidaknya perbedaan tersebut. Penulis merasa perlu untuk meneliti hubungan antara otonomi perempuan dengan penggunaan metode kontrasepsi pada perempuan, laki-laki dan pasangan di Kabupaten Jember.

Penelitian ini dilakukan di 6 Kecamatan yaitu Silo, Pakusari, Jelbuk, Ambulu, Mayang dan Sumpalsari. Pendekatan *cross-sectional* digunakan pada penelitian ini. Populasi penelitian ini adalah peserta kb aktif di Kabupaten Jember. Teknik pengambilan sampelnya merupakan *multistage random sampling* yang terdiri dari tiga tahap. Tahap pertama *cluster sampling* untuk menentukan sampel kecamatan, tahap kedua untuk menentukan sampel desa dan tahap ketiga menggunakan teknik *random sampling* untuk menentukan responden penelitian dari setiap desa. Variabel bebas yang diteliti adalah otonomi perempuan dan variabel sosiodemografi yang meliputi usia, tingkat pendidikan, tingkat ekonomi/

pendapatan, bentuk keluarga, jumlah anak hidup. Variabel terikat pada penelitian ini adalah penggunaan metode kontrasepsi. Cara penyajian data yang digunakan adalah tabel, grafik, dan deskripsi tertulis. Teknik analisis data yang digunakan adalah analisis secara analitik secara univariabel dan bivariabel. Analisis bivariabel menggunakan uji *chi-square*.

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa responden umumnya berusia 20-44 tahun, memiliki jumlah anak hidup 1-2 anak, berpendidikan dasar, tidak bekerja, pendapatan keluarga di bawah UMK dan tinggal di keluarga besar. Berdasarkan pengukuran elemen otonomi perempuan didapatkan bahwa lebih dari setengah perempuan memiliki otonomi tinggi, mayoritas perempuan memiliki sikap tidak setuju terhadap kekerasan suami dan sikap setuju terhadap penolakan berhubungan seks dengan suami saat dalam kondisi tertentu, lebih banyak perempuan memiliki otonomi tinggi dalam pengambilan keputusan keuangan dan pembuatan keputusan domestik/RT, dan lebih dari setengah responden memiliki kebebasan fisik yang rendah. Mayoritas responden menggunakan metode kontrasepsi perempuan, dan metode yang paling sering digunakan adalah metode suntik.

Proporsi tingkat otonomi tinggi lebih banyak pada perempuan dengan tingkat pendidikan menengah dan pendidikan tinggi, bekerja, berada pada keluarga dengan pendapatan di atas UMK dan memiliki bentuk keluarga kecil. Proporsi perempuan yang melibatkan suami dalam penggunaan metode kontrasepsi laki-laki dan pasangan lebih banyak pada perempuan yang bekerja dan memiliki jumlah anak hidup >2. Perempuan yang melibatkan suami dalam penggunaan kontrasepsi laki-laki dan pasangan memiliki otonomi yang lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan yang tidak melibatkan suami dalam penggunaan kontrasepsi.

Saran yang diberikan bagi DPPPAKB adalah peningkatan jangkauan dana bantuan sosial kepada kelompok kewirausahaan perempuan dan memberikan pelatihan agar siap bekerja atau berwirausaha. Perempuan yang bekerja diharapkan dapat berkontribusi meningkatkan perekonomian keluarga, yang nantinya akan berdampak pada peningkatan otonomi perempuan.

SUMMARY

Women's autonomy and contraceptive use in Jember Regency; Hadaina Wulan Rahayu; 132110101090; 73 pages; Department of Epidemiology and Biostatistics Population, Public Health Faculty, Jember University

The use of contraceptives in Jember Regency 2016 is dominated by women contraceptive methods than men contraceptive methods. The percentage of the use of condoms method is 0,89% and men operative method is 0,19%. It is so in contrast to the use of women contraceptive methods (98,92%). the difference of the percentage shows that the role of men in the use of contraceptive methods is less expected. From the previous research, it was found that women using contraceptives would have a high degree of autonomy, but previous studies did not examine the extent of women's autonomy with contraceptive use involving men and couple contraceptive methods. From this case researchers want to know the differences in women's autonomy involving spouses or not in the use of contraceptives as well as factors that affect the presence or absence of such differences. The author needs to examine the relation between female autonomy with the use of contraceptive methods in women, men and couples in Jember District.

This research was conducted in 6 sub-district Silo, Pakusari, Jelbuk, Ambulu, Mayang, and Summersari. The cross-sectional approach was used in this research. The population of this research was active users contraception in Jember Regency. The sampling method was multi stage random sampling which consist three stages. The first stage was cluster sampling to determine the sample of districts and the second stage to determine the sample of village. The third stage was random sampling method to determine the respondents from each village. Independent variables were women's autonomy (financial autonomy, household/domestic decision making, freedom of movement in physically, and women's attitude of violence & women's rejection in sexual intercourse) and the socio-demography variables (age, educational level, the economic level/income, the family's type, amount of children). Dependent variable was the use of

contraceptive methods. Data presentation used tables, graphics, and descriptions. Data analysis technique used is analytical analysis univariable and bivariable. Analysis bivariable by using chi-square test.

In this research the results was the respondents generally aged 20-44 years, had the number of life children 1-2, educated in primary level, didn't work, family income below the minimum standard of Jember regency, and lived in extended family. Based on this research more than half of the women had high autonomy status, the majority of women did not agree toward violent husband and agreed to refuse of having sex with husband in certain condition , more women had high autonomy in household/domestic and financial decision making, but more than half of respondents had low physical freedom. The majority respondent used contraceptive method for women and the most frequently used method was injecting method.

The proportion of high level of autonomy was in women who have secondary education and higher education level, worked, be on families with income above the minimum standard of Jember Regency, and lived in nuclear family. The proportion of women involving the husband in the use of contraceptive methods for men and couples is in women who have worked and had a number of living children >2. Women involving husband in the use of male and couples contraceptives methods had higher autonomy status compared with women who did not involve husband in contraceptive use.

The advice given for DPPPAKB is increasing the range of social assistance funds to the groups of women's entrepreneurship and providing training in order to be ready to work. Working women are expected to contribute to improving the family economy, which will have an impact on improving women's autonomy.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMBUTAN	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
PRAKATA	viii
RINGKASAN	x
SUMMARY	xii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR	xix
DAFTAR LAMPIRAN	xx
DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI	xxi
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat	6
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	6
1.4.2 Manfaat Praktis.....	6
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Otonomi Perempuan	7
2.1.1 Pengertian Otonomi Perempuan.....	7
2.1.2 Elemen Otonomi Perempuan.....	7

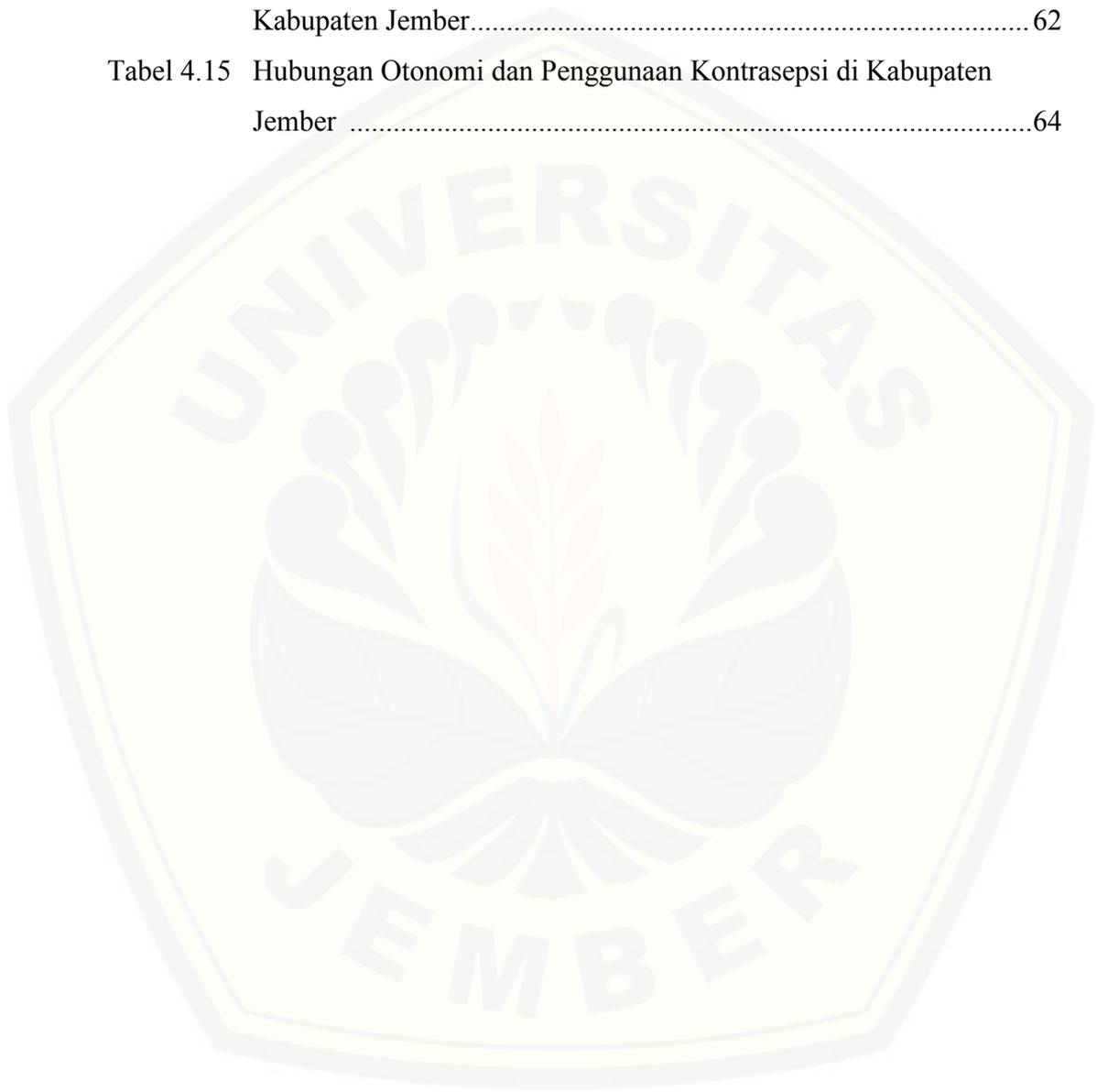
2.1.3 Faktor yang berpengaruh terhadap otonomi perempuan.....	12
2.2 Penggunaan Kontrasepsi.....	15
2.2.1 Faktor yang berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi.....	20
2.3 Hubungan Otonomi Perempuan dengan Penggunaan Kontrasepsi..	25
2.4 Kerangka Teori.....	28
2.5 Kerangka Konsep.....	29
2.6 Hipotesis.....	30
BAB 3. METODE PENELITIAN.....	31
3.1 Jenis Penelitian.....	31
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian.....	31
3.3 Penentuan Populasi dan Sampel.....	31
3.3.1 Populasi Penelitian.....	31
3.3.2 Sampel Penelitian.....	32
3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel.....	32
3.4 Variabel dan Definisi Operasional.....	35
3.4.1 Variabel Penelitian.....	35
3.4.2 Definisi Operasional.....	36
3.5 Data dan Sumber Data.....	39
3.6 Teknik dan Instrumen Penelitian.....	40
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data.....	40
3.6.2 Instrumen Penelitian.....	41
3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data.....	43
3.7.1 Teknik Penyajian Data.....	43
3.7.2 Analisis Data.....	43
3.8 Kerangka Alur Penelitian.....	45
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	46
4.1 Hasil.....	46
4.1.1 Gambaran Karakteristik Sosiodemografi, Penggunaan Metode Kontrasepsi, dan Otonomi Perempuan di Kabupaten Jember.....	46
4.1.2 Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dengan Otonomi Perempuan di Kabupaten Jember.....	52

4.1.3 Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dengan Penggunaan Metode Kontrasepsi di Kabupaten Jember.....	60
4.1.4 Hubungan Otonomi Perempuan dengan Penggunaan Metode Kontrasepsi di Kabupaten Jember.....	62
4.2 Pembahasan.....	65
4.2.1 Karakteristik Sosiodemografi, Otonomi Perempuan dan Penggunaan Metode Kontrasepsi.....	65
4.2.2 Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dan Otonomi Perempuan.....	68
4.2.3 Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dan Penggunaan Kontrasepsi.....	72
4.2.4 Hubungan Otonomi Perempuan dan Penggunaan Kontrasepsi.....	73
4.3 Keterbatasan Penelitian.....	75
BAB 5. PENUTUP.....	76
5.1 Kesimpulan.....	76
5.2 Saran.....	77
DAFTAR PUSTAKA.....	78
LAMPIRAN	84

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 Hasil Sampling Tahap Pertama	33
Tabel 3.2 Besar Sampel.....	35
Tabel 3.3 Variabel, Definisi Operasional, Identifikasi, dan Skala Data.....	37
Tabel 4.1 Gambaran Karakteristik Sosiodemografi Responden di Kabupaten Jember.....	46
Tabel 4.2 Distribusi Elemen Otonomi Perempuan di Kabupaten Jember.....	47
Tabel 4.3 Distribusi Elemen Otonomi Keuangan Perempuan di Kabupaten Jember.....	48
Tabel 4.4 Distribusi Elemen Kebebasan Bergerak secara Fisik di Kabupaten Jember.....	49
Tabel 4.5 Distribusi Elemen Otonomi Pembuatan Keputusan Domestik/RT di Kabupaten Jember.....	49
Tabel 4.6 Distribusi Elemen Sikap Terhadap Kekerasan Terhadap Istri dan Sikap Penolakan Hubungan Seks Dengan Suami di Kabupaten Jember.....	50
Tabel 4.7 Distribusi Penggunaan Metode Kontrasepsi di Kabupaten Jember..	51
Tabel 4.8 Hasil Analisis Hubungan antara Karakteristik Sosiodemografi	53
Tabel 4.9 Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dengan Otonomi Keuangan di Kabupaten Jember.....	55
Tabel 4.10 Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dengan Kebebasan Fisik di Kabupaten Jember.....	56
Tabel 4.11 Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dengan Otonomi dalam Pengambilan Keputusan Domestik/Rumah Tangga di Kabupaten Jember.....	58
Tabel 4.12 Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dengan Sikap Terhadap Kekerasan Suami pada Istri dan Sikap Terhadap Penolakan	

	Berhubungan Seks dengan Suami di Kabupaten Jember.....	60
Tabel 4.13	Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dengan Penggunaan Kontrasepsi di Kabupaten Jember.....	61
Tabel 4.14	Hubungan Elemen Otonomi dan Penggunaan Kontrasepsi di Kabupaten Jember.....	62
Tabel 4.15	Hubungan Otonomi dan Penggunaan Kontrasepsi di Kabupaten Jember	64

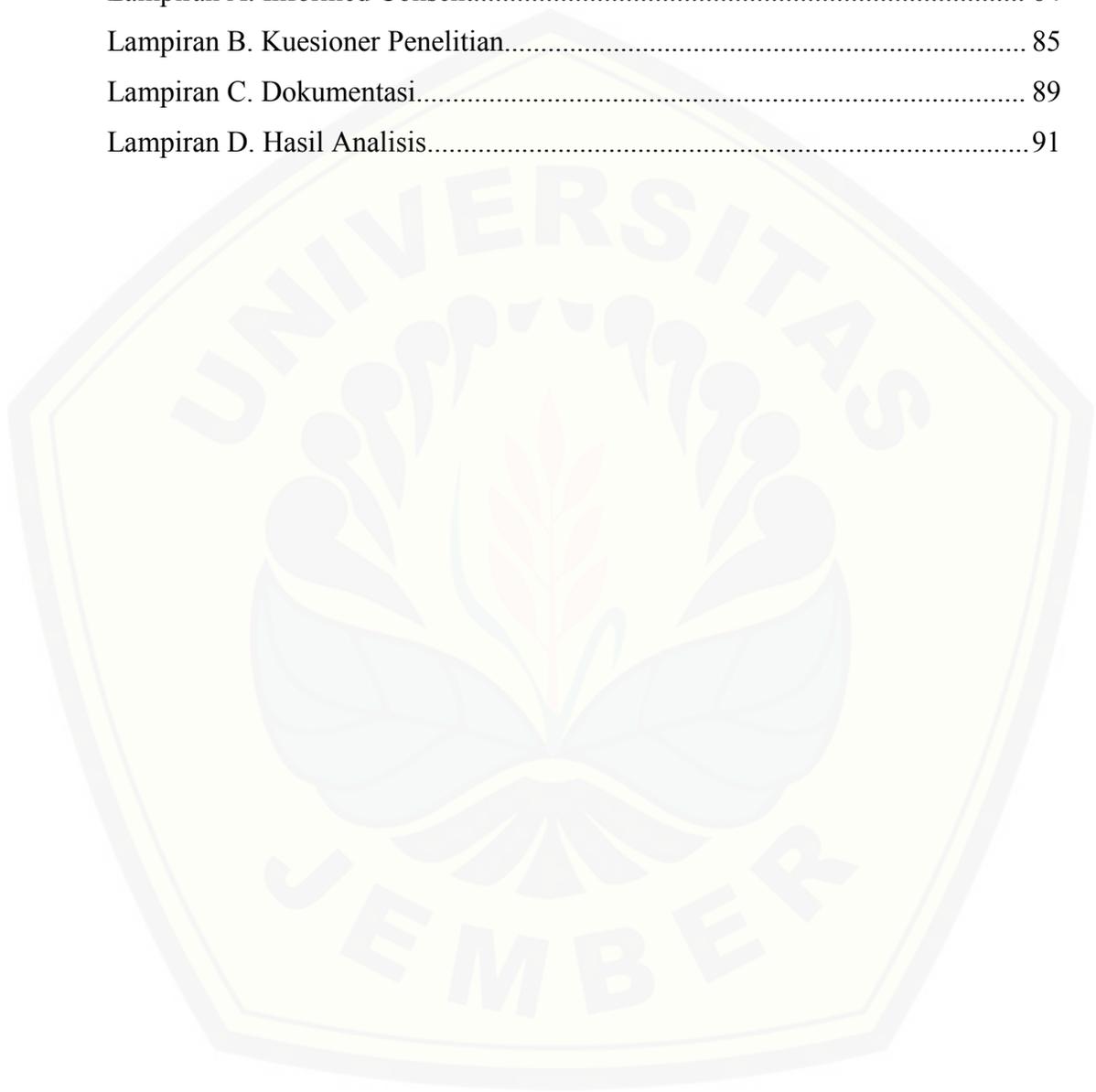


DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Kerangka Teori Bertrand.....	20
2.2 Kerangka Konsep hubungan otonomi perempuan dengan tindakan pencarian pelayanan kesehatan	26
2.2 Kerangka Teori	28
2.3 Kerangka Konsep	29
3.1 Alur Penelitian	45
4.1. Proporsi Tingkat Otonomi Perempuan di Kabupaten Jember.....	51
4.2. Distribusi Alat atau Metode Kontrasepsi yang Digunakan Oleh Perempuan di Kabupaten Jember.....	49
4.3 Distribusi Elemen Otonomi Perempuan dengan Penggunaan Kontrasepsi di Kabupaten Jember.....	61
4.4 Distribusi Otonomi Perempuan dengan Penggunaan Kontrasepsi di Kabupaten Jember.....	63

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran A. Informed Consent.....	84
Lampiran B. Kuesioner Penelitian.....	85
Lampiran C. Dokumentasi.....	89
Lampiran D. Hasil Analisis.....	91



DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI

Daftar Singkatan

AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AKI	: Angka Kematian Ibu
BKKBN	: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
DPPPAKB	: Dinas Pemberdayaan Perempuan, Perlindungan Anak dan Keluarga Berencana
ICPD	: <i>International Conference on Population Development</i>
IMS	: Infeksi Menular Seksual
IUD	: <i>Intrauterine Device</i>
KB	: Keluarga Berencana
MOP	: Metode Operatif Pria
MOW	: Metode Operatif Wanita
OR	: Odds Ratio
PUS	: Pasangan Usia Subur
RPJMN	: Rancangan Pembangunan Jangka Menengah Nasional
SDKI	: Survei Demografi Kesehatan Indonesia
UMK	: Upah Minimum Kabupaten/Kota
WHO	: <i>World Health Organization</i>

Daftar Notasi

<	: Kurang dari
>	: Lebih dari
≤	: Kurang dari atau sama dengan
≥	: Lebih dari atau sama dengan
%	: Persen

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Program Keluarga Berencana (KB) sebagai salah satu program untuk pengendalian penduduk melalui pengaturan kelahiran. KB juga menjadi salah satu cara yang efektif untuk mencegah mortalitas ibu dan anak karena dapat menolong pasangan suami istri menghindari kehamilan resiko tinggi, menurunkan resiko kematian ibu melalui pencegahan kehamilan, penundaan usia kehamilan serta menjarangkan kehamilan dengan sasaran utama adalah pasangan usia subur (PUS). Jumlah pengguna aktif pada tahun 2014 berjumlah 29,8 juta dan pada tahun 2016 jumlah pengguna KB aktif naik menjadi 36,3 juta (BKKBN, 2017:1).

Peningkatan penggunaan kontrasepsi merupakan komponen pengembangan strategi yang penting di negara berkembang. Berdasarkan data SDKI 2012, sebanyak 62% wanita kawin menggunakan kontrasepsi. Metode tradisional tidak umum digunakan di Indonesia; sebesar 58% wanita kawin umur 15-49 menggunakan metode modern dan 4% wanita kawin menggunakan metode tradisional. Metode kontrasepsi yang paling banyak digunakan adalah KB suntik, diikuti oleh pil (masing-masing sebesar 32% dan 14%). Program peningkatan partisipasi pria dalam ber-KB telah dilaksanakan selama beberapa tahun, namun penggunaan metode kontrasepsi masih rendah. Hanya sedikit wanita kawin umur 15-49 tahun yang melaporkan penggunaan kondom dan sanggama terputus (masing-masing 2%), dan 1% menggunakan pantang berkala. Metode operatif pria (MOP) atau sterilisasi pria sangat jarang dilakukan dengan persentase kurang dari 1% (BKKBN;BPS;Kemenkes, 2013:80).

Berdasarkan data Laporan Tahunan Dinas Pemberdayaan Perempuan, perlindungan Anak dan Keluarga Berencana Kabupaten Jember tahun 2017 persentase cakupan peserta KB aktif sampai dengan bulan Juli sebesar 72,62% yaitu sekitar 353.323 peserta KB aktif dari total Pasangan Usia Subur (PUS) sebanyak 486.514 pasangan. Persentase ini sudah memenuhi target SPM yang sebesar 70%.

Kecamatan yang memiliki persentase pengguna alat kontrasepsi modern terendah adalah kecamatan Sumbersari sebesar 67.81% PUS yang menjadi KB aktif. Sedangkan kecamatan dengan pengguna kontrasepsi terbanyak berada di Kecamatan Ledokombo dengan persentase sebesar 79.09%. Penggunaan kontrasepsi di Kabupaten Jember tahun 2016 didominasi oleh metode kontrasepsi perempuan dibandingkan dengan metode kontrasepsi pria. Metode kontrasepsi perempuan tertinggi terdapat pada metode KB suntik yaitu 37,56%, diikuti dengan metode KB pil 30,58%, IUD 18,39%, implant 9,85% dan metode operatif wanita sebesar 2,54%. Dari data yang diperoleh menyatakan bahwa penggunaan kontrasepsi pria di Kabupaten Jember tahun 2016 sangat sedikit, hal ini dibuktikan dengan persentase penggunaan metode kontrasepsi kondom yang hanya sebesar 0,89% dan metode operatif pria sebesar 0,19%.

Beberapa faktor yang berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi antara lain usia, usia saat menikah, status pendidikan istri dan suami, status sosio-ekonomi, agama, pekerjaan dan jumlah anak yang dilahirkan (Rajpurohit *et al.* 2014:139). Pengetahuan memiliki hubungan yang signifikan dengan penggunaan alat kontrasepsi, semakin baik pengetahuan seseorang tentang kontrasepsi semakin rasional dalam menggunakan alat kontrasepsi. Selain itu tingginya tingkat pendidikan seseorang juga akan mendukung mempercepat penerimaan informasi KB pada pasangan usia subur. Informasi yang baik dari petugas membantu klien dalam memilih dan menentukan jenis kontrasepsi yang dipakai (Handayani, 2012:297).

Menurut hasil Konferensi Internasional Kairo tentang Kependudukan dan Pembangunan (ICPD) tahun 1994, kunci utama untuk menurunkan AKI dan AKB adalah dengan menjamin pemenuhan hak-hak reproduksi bagi perempuan. Pemerintah Indonesia juga telah berupaya merubah konsep dan strategi pelayanan kesehatan reproduksi dan KB yang ada selama ini. Beberapa kebijakan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi telah disusun dan diimplementasikan, meskipun masih banyak aspek atau isu yang belum mendapat perhatian secara penuh. Isu kesehatan reproduksi di Indonesia sangat kompleks, tidak hanya

menyangkut aspek kesehatan, tetapi juga berkaitan erat dengan persoalan lainnya, termasuk budaya, politik, dan agama (Fatoni *et al.* 2015:68).

Budaya patriarki yang dianut oleh sebagian besar masyarakat dunia khususnya Indonesia sejak dulu telah membatasi gerak kaum perempuan khususnya di ruang publik. Budaya ini merupakan akar masalah yang menimbulkan diskriminasi terhadap perempuan, dan kemudian muncul ketidaksetaraan dan ketidakadilan gender (Susanto, 2016:122). Hal ini ditunjukkan dengan rendahnya angka keikutsertaan laki-laki dalam penggunaan kontrasepsi, dan anggapan bahwa penggunaan kontrasepsi adalah kewajiban reproduksi yang harus dilakukan perempuan.

Salah satu bukti bahwa hak reproduksi pada perempuan terpenuhi ditunjukkan dengan adanya peningkatan penggunaan pelayanan kesehatan yang merupakan suatu wujud nyata dari peningkatan tindakan perempuan dalam mencari pelayanan kesehatan reproduksi. Tindakan pencarian pelayanan kesehatan reproduksi adalah tindakan yang dilakukan oleh perempuan untuk mencari dan menentukan tempat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi, salah satunya adalah pelayanan terkait penggunaan kontrasepsi modern dan pelayanan antenatal saat hamil (Wado, 2013:1). Penggunaan kontrasepsi di negara berkembang berhubungan dengan berbagai indikator status sosioekonomi, faktor budaya, dan faktor yang paling utama adalah otonomi perempuan (Alemayehu *et al.* 2014:298).

Di Indonesia, isu pengarusutamaan *gender* juga tertuang dalam visi pembangunan nasional melalui penghapusan diskriminasi *gender*. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019 mencantumkan sasaran pembangunan perspektif *gender* yaitu peningkatan kualitas hidup perempuan, peningkatan peran perempuan di berbagai bidang kehidupan, pengintegrasian perspektif *gender* di semua tahapan pembangunan, dan penguatan kelembagaan pengarusutamaan *gender*, baik di level pusat maupun daerah (KPPA, 2016:1). Dinas Pemberdayaan Perempuan, perlindungan Anak dan Keluarga Berencana Kabupaten Jember memberikan pelayanan dalam bidang yang dikhususkan pada pemberdayaan ibu melalui kelembagaan perempuan,

perlindungan terhadap kekerasan perempuan dan anak-anak. Hal ini dilakukan untuk mewujudkan keadilan dan kesetaraan gender, kesejahteraan dan perlindungan anak dalam kehidupan keluarga, bermasyarakat, berbangsa dan bernegara. Pelayanan Bidang Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak dalam masyarakat diwujudkan dengan pemberian dana bantuan sosial (Bansos) kepada kelompok kewirausahaan perempuan di Kabupaten Jember. Kelompok kewirausahaan tersebut bertujuan memberikan keterampilan kepada perempuan untuk meningkatkan kualitas hidup perempuan serta mewujudkan kesetaraan gender.

Otonomi perempuan diartikan sebagai kemampuan perempuan untuk membuat keputusan sendiri, mengontrol dirinya sendiri, dan memiliki pengaruh terhadap penggunaan sumber daya tanpa harus berkonsultasi atau mendapat ijin terlebih dahulu dari orang lain (Nigatu *et al.* 2014:1). Berdasarkan penelitian Dasgupta *et al.* (2016) di India, didapatkan bahwa otonomi perempuan merupakan faktor penyebab penggunaan kontrasepsi yang didukung dengan fakta bahwa tingkat otonomi meningkat diimbangi dengan peningkatan angka penggunaan kontrasepsi secara signifikan. Menurut WHO otonomi dikenal sebagai kunci dari faktor yang menentukan kemampuan perempuan untuk mencari pelayanan kesehatan reproduksi. Otonomi diukur dengan menggunakan empat elemen yaitu otonomi dalam pengambilan keputusan keuangan, otonomi dalam pengambilan keputusan rumah tangga, kebebasan bergerak secara fisik dan sikap terhadap kekerasan pada istri dan penolakan istri untuk berhubungan seks dengan suami (Haque *et al.* 2011:20 dan Wado, 2013:3).

Angka pengguna kontrasepsi wanita di Kabupaten Jember tinggi jika dibandingkan dengan angka pengguna kontrasepsi laki-laki, hal ini menjelaskan bahwa perempuan memiliki peran yang lebih dalam penggunaan kontrasepsi dibandingkan dengan laki-laki. Dari penelitian sebelumnya diperoleh hasil bahwa perempuan yang menggunakan kontrasepsi akan memiliki tingkat otonomi yang tinggi, namun penelitian tersebut tidak meneliti tingkat otonomi perempuan dengan penggunaan kontrasepsi yang melibatkan laki-laki yaitu metode kontrasepsi laki-laki maupun pasangan. Dari hal ini peneliti ingin mengetahui

perbedaan otonomi perempuan yang melibatkan dan tidak melibatkan suami dalam penggunaan kontrasepsi serta faktor-faktor yang mempengaruhi ada atau tidak adanya perbedaan otonomi perempuan tersebut. Penulis merasa perlu untuk meneliti hubungan antara otonomi perempuan yang terdiri dari empat elemen utama yaitu pengambilan keputusan rumah tangga, mobilitas fisik, otonomi keuangan, serta sikap perempuan terhadap tindak kekerasan suami dan penolakan hubungan seksual terhadap suami dengan penggunaan metode kontrasepsi pada perempuan, laki-laki dan pasangan di Kabupaten Jember. Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan rujukan bagi para pembuat kebijakan untuk melakukan upaya untuk meningkatkan otonomi perempuan yang diharapkan berdampak pada peningkatan penggunaan kontrasepsi.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah di atas, maka dapat dirumuskan permasalahan dalam penelitian ini adalah :”Apakah ada hubungan antara otonomi perempuan dengan penggunaan metode kontrasepsi di Kabupaten Jember?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan antara otonomi perempuan dengan penggunaan metode kontrasepsi di Kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden yang terdiri dari usia, status pendidikan, bentuk keluarga, status pekerjaan, jumlah anak yang hidup, dan pendapatan keluarga
- b. Mengidentifikasi otonomi perempuan yang meliputi empat elemen yaitu otonomi keuangan, kebebasan mobilitas fisik, pengambilan keputusan

dalam rumah tangga, dan sikap terhadap kekerasan istri dan penolakan hubungan seksual dengan suami

- c. Mengidentifikasi penggunaan metode kontrasepsi perempuan di Kabupaten Jember
- d. Menganalisis hubungan karakteristik responden dan otonomi perempuan di Kabupaten Jember
- e. Menganalisis hubungan karakteristik responden dan penggunaan metode kontrasepsi perempuan di Kabupaten Jember
- f. Menganalisis hubungan otonomi perempuan dan penggunaan metode kontrasepsi perempuan di Kabupaten Jember

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis, hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dalam pengembangan ilmu pengetahuan khususnya di bidang biostatistika dan kependudukan yang terkait dengan penggunaan kontrasepsi.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Meningkatkan pengetahuan peneliti tentang hubungan antara otonomi perempuan dengan pemilihan penggunaan metode kontrasepsi di Kabupaten Jember
2. Sebagai bahan informasi, pertimbangan serta masukan untuk Dinas Pemberdayaan Perempuan, Perlindungan Anak, dan Keluarga Berencana Kabupaten Jember terkait dengan peningkatan penggunaan kontrasepsi.
3. Sebagai referensi untuk peneliti lain terkait dengan pengambilan keputusan wanita dalam pemilihan penggunaan metode kontrasepsi.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Otonomi Perempuan

2.1.1 Pengertian Otonomi Perempuan

Rothschild dalam Hameed *et al.* (2014:2) menjelaskan Otonomi Perempuan sebagai status perempuan yang berkaitan dengan posisi perempuan di dalam kehidupan bermasyarakat dan kekuasaan yang merujuk pada kemampuan perempuan untuk mempengaruhi dan mengontrol sesuatu. Menurut Krishna (2003) dalam Hameed *et al.* (2014:2) otonomi perempuan merupakan suatu proses peningkatan kemampuan perempuan untuk mengambil keputusan dan mewujudkan keputusan yang telah diambil menjadi sebuah tindakan. Kabeer (1999) dalam Hawkins *et al.* (2016:2) menyatakan sebagai suatu kemampuan wanita untuk membuat keputusan dimana kemampuan ini sebelumnya tidak diperbolehkan untuk mereka. Otonomi perempuan sering dikaitkan dengan status perempuan, termasuk pendidikan, aset ekonomi, dan kemampuan perempuan dalam memanfaatkan sumberdaya yang dimiliki untuk mencapai suatu tujuan. Sumber daya yang dimaksud bukan hanya sumberdaya materi tetapi merupakan sumberdaya manusia dan sosial yang dapat meningkatkan kemampuan perempuan dalam mengambil keputusan. Otonomi perempuan adalah kemampuan seorang perempuan untuk bertindak, melakukan kegiatan, mengambil keputusan untuk bertindak berdasarkan kemauan sendiri, bukan karena disuruh atau dipaksa oleh orang lain (Ihromi, 1995:440).

2.1.2 Elemen Otonomi Perempuan

Otonomi perempuan mempunyai empat elemen yaitu otonomi pengambilan keputusan keuangan, kebebasan mobilitas fisik, pengambilan keputusan dalam rumah tangga, dan pengambilan keputusan reproduksi seksual perempuan (Dasgupta *et al.* 2016:230 dan Nigatu *et al.* 2014). Dalam hal ini otonomi perempuan diukur menggunakan indeks komposit dari keempat elemen tersebut yaitu:

a. Otonomi Keuangan

Otonomi keuangan merupakan kemampuan seorang perempuan untuk mengatur atau mengontrol keuangan rumah tangga (Hameed *et al.* 2014:3). Otonomi yang tinggi dalam keputusan keuangan akan meningkatkan status perempuan di keluarga, meningkatkan kesempatan untuk berperan lebih banyak dalam mengontrol sumber daya rumah tangga, membantu perempuan untuk memenuhi kebutuhan dasarnya serta mampu meningkatkan kemandirian perempuan sehingga dapat mengurangi subordinasi ekonomi perempuan (Haque *et al.* 2011:24). Pada penelitian yang dilakukan Dasgupta *et al.* (2016:230) di India menunjukkan bahwa sebanyak satu dari empat perempuan bekerja, 74.8% menyatakan memiliki akses terhadap uang dan hanya 27% yang tidak dapat menggunakan uang tersebut sesuai keinginannya tanpa intervensi dari pihak lain. Hal ini menunjukkan bahwa otonomi keuangan yang tinggi akan memperbesar kesempatan perempuan dalam menggunakannya untuk mengakses pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan.

Pengukuran otonomi keuangan perempuan dapat diketahui dengan 4 pertanyaan yaitu siapa yang menentukan pengeluaran keluarga, penentuan keputusan pembelian barang bernilai tinggi, keputusan pembelian kebutuhan sehari-hari dan kepemilikan tabungan. Pertanyaan keempat tersebut menggunakan dua kategori jawaban ya dan tidak. Jika perempuan menjawab “ya” maka skor yang didapatkan adalah 1, dan jawaban tidak akan diberi skor 0. Sedangkan pertanyaan kesatu, kedua dan ketiga menggunakan pilihan respon yaitu (a) responden sendiri, (b) responden dengan suami, (c) responden dengan orang lain, (d) pasangan sendiri, (e) orang lain, (f) lainnya. Pemberian skor 2 diberikan jika responden menjawab dengan jawaban (a), skor 1 jika jawaban responden (b), atau (c), dan skor 0 untuk jawaban responden (d), (e), atau (f). Jumlah skor maksimal yang didapatkan oleh perempuan adalah 7.

b. Kebebasan mobilitas fisik

Kebebasan mobilitas fisik merupakan kemampuan dan kemudahan perempuan dalam bergerak bebas secara fisik untuk melakukan aktivitas diluar

rumah atau menuju tempat-tempat yang diinginkan dan dibutuhkan tanpa ditemani dan menunggu ijin dari orang lain (Hawkins *et al.* 2016:3). Pada umumnya perempuan terbiasa berpergian dengan suami atau orang lain. hanya satu dari lima perempuan yang menyatakan bahwa mereka diperbolehkan untuk berpergian seorang diri ke tempat tempat umum (Dasgupta *et al.* 2016:230). Perempuan yang memiliki kebebasan bergerak yang tinggi maka akan lebih mudah untuk mengakses pelayanan kesehatan seperti pelayanan *antenatal care* dan kontrasepsi (Wado, 2013:24).

Kebebasan mobilitas perempuan secara fisik diukur dengan menilai kebebasan perempuan untuk mengunjungi rumah keluarga/kerabat/teman sendirian tanpa ditemani suami, kebebasan dalam berpergian untuk belanja kebutuhan, kebebasan untuk dapat mengunjungi tempat-tempat rekreasi, kebebasan untuk dapat pergi ke tempat pelayanan publik. Jawaban dari keempat pertanyaan tersebut dinilai berdasarkan 2 kategori. Pemberian skor 1 untuk jawaban "ya" dan skor 0 untuk jawaban "tidak". Skor total pada penilaian ini adalah 4 (Dasgupta *et al.* 2016:230).

c. Pengambilan keputusan dalam rumah tangga

Pengambilan keputusan dalam rumah tangga merupakan kemampuan untuk berpartisipasi dalam perumusan dan pelaksanaan keputusan dalam urusan rumah tangga. Hal ini meliputi kesejahteraan anak, pelayanan kesehatan dan pendidikan anak (Hameed *et al.* 2014:3). Keterlibatan perempuan dalam pengambilan keputusan rumah tangga merupakan prediktor penting dalam penggunaan kontrasepsi modern. Hasil penelitian yang dilakukan Dasgupta (2016:231) di Indian menyatakan kategori pengambilan keputusan dalam rumah tangga termasuk dalam pengambilan keputusan perempuan secara mandiri maupun bersama dengan pasangan atau bersama dengan orang lain. hanya sekitar 17,2% perempuan memiliki wewenang penuh dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan mereka, sekitar 13,8% perempuan memiliki wewenang penuh terkait pengambilan keputusan kesehatan anak. Penelitian tersebut juga menyatakan bahwa hanya satu perempuan yang mengambil keputusan terkait pengaturan keuangan rumah tangga secara mandiri dan hanya sebesar 41% responden yang

menyatakan terlibat dalam pengambilan keputusan dalam rumah tangga. Keterlibatan perempuan dalam pengambilan keputusan rumah tangga membuka komunikasi yang lebih baik dan terbuka antara perempuan dan pasangannya. Ketika perempuan berada pada sebuah keluarga dengan dominasi pihak laki-laki dalam berbagai keputusan rumah tangga maka akan kecil kemungkinannya bagi perempuan tersebut untuk menggunakan kontrasepsi modern, bahkan kadangkala perempuan terpaksa melepas kontrasepsinya karena tidak diijinkan oleh suami (Hindin, 2000 dalam Wado, 2013:4).

Pengambilan keputusan perempuan diukur berdasarkan respon yang diberikan responden terhadap pertanyaan individu terkait siapa yang membuat keputusan akhir di rumah tangga. Hal ini terkait dengan pencarian pelayanan kesehatan, pengambilan keputusan terkait keluarga berencana, akses pelayanan kesehatan saat istri sakit, pengambilan keputusan terhadap pendidikan anak, pengambilan keputusan terkait pelayanan kesehatan saat anak sakit. Pilihan respon yang diberikan oleh responden adalah (a) responden sendiri, (b) responden dengan suami, (c) responden dengan orang lain, (d) pasangan sendiri, (e) orang lain, (f) lainnya. Pemberian skor 2 diberikan jika responden menjawab dengan jawaban (a), skor 1 jika jawaban responden (b), atau (c), dan skor 0 untuk jawaban responden (d), (e), atau (f). Skor maksimal pada elemen pengambilan keputusan rumah tangga adalah 8 (Rahman *et al.* 2014:3).

d. Sikap terhadap Kekerasan terhadap Istri dan Penolakan Hubungan Seksual dengan Suami

Perempuan memiliki hak untuk terhindar dari segala jenis kekerasan yang dilakukan oleh pasangannya. Perempuan yang berani untuk tidak setuju terhadap segala jenis alasan laki-laki melakukan kekerasan pada perempuan akan meningkatkan status perempuan dalam keluarga sehingga akan berpengaruh terhadap tingkat otonominya. Sikap perempuan yang setuju terhadap penolakan istri untuk melakukan hubungan seks dengan suami pada kondisi khusus juga akan meningkatkan otonomi perempuan. Menurut Wado (2013:13-14) pemanfaatan pelayanan kesehatan reproduksi secara signifikan berhubungan dengan sikap perempuan terhadap kekerasan suami kepada istri dan sikap

perempuan terhadap penolakan hubungan seks dengan suami (Wado, 2013:13-14).

Elemen yang keempat ini diukur dengan menilai sikap perempuan terhadap pemukulan yang dilakukan oleh suami kepada istri karena pergi tanpa meminta izin dahulu kepada suami, pemukulan yang dilakukan oleh suami kepada istri karena suami merasa terganggu atau marah ketika istrinya mengabaikan anak-anaknya, pemukulan yang dilakukan oleh suami kepada istri karena suami merasa terganggu atau marah ketika istrinya berbeda pendapat dengannya, pemukulan yang dilakukan oleh suami kepada istri karena suami marah ketika istrinya menolak untuk berhubungan seks dengannya, serta, pemukulan yang dilakukan oleh suami kepada istri karena suami marah ketika istrinya melakukan hal sepele yang tidak disukainya (Ewerling *et al.* 2017:1) . Selain itu, elemen otonomi perempuan keempat juga dinilai dengan mengukur sikap perempuan terhadap hak-hak perempuan untuk menolak berhubungan seks dengan suami ketika istri tahu sang suami memiliki penyakit menular seksual, menolak berhubungan seks dengan suami ketika istri tahu sang suami telah berhubungan seks dengan perempuan lain, menolak berhubungan seks dengan suami ketika sang istri baru saja melahirkan, serta menolak berhubungan seks dengan suami ketika sang istri dalam keadaan lelah atau sedang dalam suasana hati yang buruk.

Jawaban untuk nomor pertanyaan 1-5 diberi skor 1 untuk “tidak”, dan 0 untuk jawaban “ya”. Sedangkan untuk jawaban pada nomor pertanyaan 6-9 dikodekan sebagai 1 untuk “ya”, dan 0 untuk jawaban “tidak”. Perempuan lalu dikelompokkan ke dalam dua kategori: perempuan yang tidak menyetujui satupun alasan suami memukul istri dan memiliki sikap positif bahwa perempuan boleh menolak hubungan seks dengan suami mendapatkan total skor 9 menunjukkan bahwa ia memiliki otonomi yang tinggi.

Setelah dilakukan pengukuran masing-masing elemen, maka selanjutnya dilakukan penjumlahan skor setiap elemen. Pemberian skor elemen pemberdayaan perempuan memiliki *score range* dari 0 sampai 28 dan dengan meningkatnya jumlah skor mengindikasikan peningkatan tingkat otonomi yang dimiliki oleh perempuan (Hameed *et al.* 2014:3). Perempuan akan dikategorikan sebagai

perempuan yang memiliki otonomi tinggi secara umum jika skor total yang didapatkannya lebih tinggi dari setengah total nilai skor yang ada yaitu ≥ 14 dan jika skor total yang didapatkan perempuan < 14 maka ia termasuk kategori perempuan yang memiliki otonomi rendah (Nigatu, *et al.* 2014:3).

2.1.3 Faktor yang berpengaruh terhadap otonomi perempuan

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi tingkat pemberdayaan perempuan dalam rumah tangga, antara lain:

a. Usia Perempuan

Menurut penelitian Hameed *et al.* (2014:4) usia perempuan dan usia laki-laki dinyatakan berhubungan dengan kemandirian dalam pengambilan keputusan. Perempuan cenderung memiliki tingkat kemampuan pengambilan keputusan yang lebih tinggi dengan bertambahnya usia. Otonomi wanita akan meningkat seiring dengan meningkatnya usia perempuan (Kumar dan Tiwari, 2008:6). Menurut penelitian Haque *et al.* (2011:27) usia perempuan berhubungan secara signifikan dengan tiga elemen otonomi perempuan yaitu otonomi keuangan, pengambilan keputusan rumah tangga dan kebebasan perempuan bergerak secara fisik.

b. Pendidikan Perempuan

Peningkatan pendidikan perempuan dapat mempengaruhi penggunaan kontrasepsi. Tingkat pengambilan keputusan perempuan dalam rumah tangga meningkat diikuti dengan semakin tingginya tingkat pendidikan seorang wanita (Hameed *et al.* 2014:4). Menurut Nigatu *et al.* (2014:5) perempuan yang berpendidikan tinggi memiliki tingkat otonom yang lebih daripada perempuan yang berpendidikan rendah. Namun, dalam penelitian lain yang dilakukan oleh Haque *et al.* (2011:28), menyatakan bahwa pendidikan perempuan tidak berpengaruh terhadap peningkatan otonomi perempuan. Hasil penelitian tersebut sama dengan yang diungkapkan oleh Mason & Smith (2005) bahwa pendidikan perempuan tidak berpengaruh terhadap tingkat otonomi perempuan.

c. Tingkat ekonomi

Tingkat kesejahteraan merupakan faktor yang berhubungan dengan pengambilan keputusan. Dengan semakin tingginya tingkat kesejahteraan keluarga mempengaruhi tingginya tingkat pengambilan keputusan perempuan dalam keluarga (Hameed *et al.* 2014:4). Status ekonomi secara tidak langsung memberi pengaruh terhadap peningkatan otonomi perempuan, yang akan mempengaruhi pengambilan keputusan perempuan (Tadesse *et al.* 2013:2). Acharya *et al.* (2010) menemukan bahwa perempuan yang memiliki pekerjaan akan meningkatkan perekonomian keluarga dan merupakan faktor yang berhubungan secara positif terhadap otonomi perempuan dalam pengambilan keputusan.

d. Tipe Pernikahan

Menurut hasil penelitian OlaOlorun *et al.* (2014:3) tipe pernikahan juga mempengaruhi pemberdayaan perempuan. Perempuan yang menikah secara monogami cenderung memiliki kemampuan pengambilan keputusan dalam rumah tangga yang lebih tinggi daripada perempuan yang berada pada pernikahan poligami.

e. Bentuk Keluarga

Kamal (2000:12) mengemukakan bahwa bentuk keluarga dapat mempengaruhi tingkat otonomi perempuan, dimana perempuan yang berada pada keluarga kecil memiliki otonomi yang lebih tinggi. Keberadaan orang lain pada keluarga non-inti seperti orang tua dan mertua yang tinggal dalam satu rumah akan menurunkan otonomi perempuan. Perempuan yang tinggal di rumah yang hanya terdiri dari keluarga kecil (suami, istri dan anak) memiliki tingkat otonom 41% lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan yang tinggal dengan keluarga besar (Nigatu *et al.* 2014:7).

f. Pekerjaan perempuan

Perempuan yang memiliki pekerjaan cenderung memiliki keterlibatan dalam penentuan keputusan rumah tangga. Perempuan yang memiliki pekerjaan akan meningkatkan status perempuan dalam keluarga karena perempuan

yang bekerja lebih memiliki peran dalam pengambilan keputusan di rumah tangganya. Perempuan yang bekerja juga memiliki ketergantungan yang rendah terhadap suami dalam masalah keuangan (Sulistiyorini 2013:177). Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan Dasgupta, *et al.* (2014:230) bahwa sebesar 74.8% perempuan yang bekerja sebanyak 73% perempuan tersebut memiliki kekuasaan dalam penentuan keputusan rumah tangga.

g. Wilayah tempat tinggal

Perempuan yang tinggal di wilayah perkotaan memiliki tingkat otonomi perempuan yang tinggi dibandingkan dengan perempuan yang tinggal di pedesaan. Hal ini berkaitan dengan status pekerjaan perempuan di daerah perkotaan yang cenderung memiliki pekerjaan dibandingkan pedesaan (Dasgupta *et al.* 2016:231). Pernyataan yang sama juga diungkapkan oleh Nigatu *et al.* (2014:5) perempuan yang tinggal di wilayah urban memiliki otonomi dua kali lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan yang tinggal di wilayah rural. Perbedaan ini erat kaitannya dengan kultur yang berlaku pada wilayah urban dan rural serta paparan perempuan terhadap kemudahan dalam akses informasi dan media.

h. Keterpaparan perempuan terhadap akses informasi/media

Keterpaparan perempuan terhadap akses informasi/media akan meningkatkan pengetahuan perempuan sehingga perempuan lebih memiliki peran dan otonomi dalam rumah tangga (Wado, 2013:11). Studi kualitatif yang dilakukan di Indonesia oleh Rina (2004) menemukan bahwa otonomi perempuan terhadap penggunaan kontrasepsi dipengaruhi oleh faktor terkait dengan akses informasi. Menurut penelitian tersebut dijelaskan bahwa meskipun suami merupakan kepala keluarga, namun perempuan di wilayah tersebut memiliki kemampuan pengambilan keputusan terkait permasalahan reproduksi.

2.2 Penggunaan Kontrasepsi

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2009 Tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, Keluarga Berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal dalam melahirkan, serta mengatur kehamilan melalui upaya promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas. Pengaturan kehamilan adalah upaya untuk membantu pasangan suami istri untuk melahirkan pada usia yang ideal, memiliki jumlah anak, dan mengatur jarak kelahiran anak yang ideal dengan menggunakan cara, alat, dan obat kontrasepsi.

Kontrasepsi merupakan suatu metode atau cara untuk mencegah terjadinya konsepsi. Kontrasepsi dapat bersifat reversible dan juga dapat permanen. Kontrasepsi dapat dikatakan ideal jika 100% efektif, sangat aman, tidak menimbulkan keluhan dan reversible. Metode kontrasepsi meliputi metode barrier, kontrasepsi hormonal, alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR), sterilisasi, dan metode perilaku. Metode ini digunakan sebelum atau selama berhubungan seks sedangkan kontrasepsi darurat efektif hingga beberapa hari setelah berhubungan seks. Efektifitas biasanya dinyatakan sebagai persentase wanita yang hamil setelah menggunakan metode yang diberikan selama tahun pertamanya dan kadang kadang sebagai tingkat kegagalan seumur hidup di antara metode dengan efektivitas tinggi, seperti pengikatan tuba/saluran falopii (Marmi, 2016:120).

Metode yang paling efektif adalah yang tahan lama dan tidak memerlukan kunjungan perawatan kesehatan secara terus-menerus. Kontrasepsi mantap, kontrasepsi implant, dan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) memiliki tingkat kegagalan pada tahun pertama kurang dari 1%. Pil kontrasepsi hormonal, koyo atau cincin, dan metode amenore laktasi (MAL), bila digunakan dengan ketat memiliki tingkat kegagalan pada tahun pertama kurang dari 1%. Dengan penggunaan yang tidak tepat, tingkat kegagalan pada tahun pertama cukup tinggi, yaitu pada kisaran 3-9%. Metode lain seperti pemahaman fertilitas (metode kalender), kondom, diafragma, dan spermisida memiliki tingkat kegagalan tahun

pertama yang lebih tinggi, bahkan dengan penggunaan yang tepat (Marmi, 2016:120).

Metode kontrasepsi dapat dikelompokkan menurut pemakainya yaitu laki-laki, perempuan atau pasangan.

1. Metode Kontrasepsi Wanita

a. Metode mekanis: kap serviks, diafragma, AKDR, spons, kondom wanita

1) Kap serviks

Kap serviks adalah alat kontrasepsi yang hanya menutupi serviks saja. Kap serviks harus dibiarkan in-situ selama minimal 6 jam setelah senggama selesai. Memasang kap serviks tidak dianjurkan untuk dibiarkan selama lebih dari 24 jam. Kontra indikasi yang sering terjadi saat penggunaan kap serviks antara lain terjadinya erosi atau laserasi serviks, kelainan bentuk serviks (sangat panjang atau sangat pendek), riwayat infeksi traktus urinarius yang berulang kali, biopsy serviks (Anggraeni dan Martini, 2012:124-128).

2) Diafragma

Diafragma adalah mangkok karet yang fleksibel dengan pinggir yang mudah dibengkokkan dan disisipkan dibagian atas vagina, mencegah sperma mencapai saluran reproduksi bagian atas (uterus tuba) untuk mencegah terjadinya konsepsi (Marmi, 2016:116).

3) AKDR

AKDR merupakan alat kontrasepsi yang dipasang dalam rahim dengan menjepit kedua saluran ovarium sehingga tidak terjadi pembuahan. AKDR terdiri dari bahan plastik polietilena, yang dililit oleh tembaga dibagian luarnya namun ada juga yang tidak. Cara kerja AKDR ini yaitu mencegah terjadinya fertilisasi dengan penggunaan tembaga pada AKDR yang dapat menyebabkan reaksi inflamasi steril, sehingga bersifat toksik bagi sperma dan tidak mampu untuk fertilisasi.

b. Metode hormonal/kimiawi: pil KB, suntikan KB, implant/susuk KB

Kontrasepsi hormonal terbagi menjadi dua yaitu hormonal progestin yang meliputi pil, injeksi dan implant dan hormonal kombinasi yaitu pil dan injeksi.

1) Pil KB

Pil KB atau *oral contraceptive pill* merupakan alat kontrasepsi hormonal yang berupa obat dalam bentuk pil yang dimasukkan melalui mulut, berisi hormone estrogen dan atau progesterone yang bertujuan untuk mengendalikan kelahiran atau mencegah kehamilan dengan menghambat pelepasan sel telur dari ovarium setiap bulannya. Pil KB secara umum akan efektif serta aman apabila digunakan secara benar dan konsisten (Marmi, 2016:190).

2) Suntikan KB

Alat kontrasepsi berupa cairan yang disuntikkan ke dalam tubuh wanita secara periodic dan mengandung hormonal, kemudian masuk ke dalam pembuluh darah diserap sedikit demi sedikit oleh tubuh yang berguna untuk mencegah timbulnya kehamilan (Marmi, 2016:216). Kontrasepsi hormonal jenis jenis KB suntikan di Indonesia semakin banyak dipakai karena kerjanya yang efektif, pemakaiannya yang praktis, harganya yang relative murah dan aman. Suntikan diberikan saat ibu dalam keadaan tidak hamil. Penggunaan KB hormonal selama maksimal 5 tahun (Anggraeni dan Martini, 2012:133).

3) Implan/susuk

Implan adalah alat kontrasepsi berupa kapsul kecil karet terbuat dari silicon, berisi levonorgestrel, terdiri dari 6 kapsul kecil dan panjang 3 cm sebesar batang korek api yang disusukkan di bawah kulit lengan atas bagian dalam oleh dokter atau bidan yang terlatih. Lengan yang dipasang implant biasanya lengan dari tangan yang tidak banyak digunakan beraktivitas (Marmi, 2016:235). Implan merupakan metode kontrasepsi yang hanya mengandung progestin dengan masa kerja panjang, dosis rendah, reversible untuk wanita. Metode kontrasepsi ini efektif berjangka waktu 2-5 tahun (Anggraeni dan Martini, 2012:193).

c. Metode operatif: metode operatif wanita (MOW)

MOW adalah tindakan penutupan terhadap kedua saluran telur kanan dan kiri, yang menyebabkan sel telur tidak dapat melewati sel telur, dengan demikian sel telur tidak dapat bertemu dengan sel sperma laki-laki sehingga tidak terjadi kehamilan. Tubektomi adalah tindakan mengikat atau memotong saluran telur.

Sterilisasi adalah metode kontrasepsi permanen yang hanya diperuntukkan bagi mereka yang memang tidak ingin atau tidak boleh memiliki anak (Marmi, 2016:305).

2. Metode Kontrasepsi Laki-laki

a. Metode operatif : metode operatif pria (MOP)

Kontrasepsi mantap pria atau vasektomi merupakan suatu metode kontrasepsi operatif minor pada pria yang sangat aman, sederhana, dan sangat efektif, memakan waktu operasi yang singkat dan tidak memerlukan anestesi umum. Vasektomi adalah tindakan memotong dan menutup saluran sperma (vasdeferens) yang menyalurkan sperma keluar dari testis. Vasektomi adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vas deferens, sehingga menghambat perjalanan spermatozoa dan tidak didapatkan spermatozoa di dalam semen (Marmi, 2016:334).

3. Metode Kontrasepsi Pasangan

Kontrasepsi pasangan merupakan jenis kontrasepsi yang melibatkan peran serta kedua pasangan. Kontrasepsi ini juga dapat meningkatkan pengetahuan dan kesadaran pada pasangan suami istri tentang masa subur atau ovulasi dan cara pencegahan kehamilan.

a. Metode mekanis : kondom KB

Kondom adalah salah satu alat kontrasepsi pria berbentuk sarung tipis yang diuungnya tertutup rapat untuk menampung sperma. Kondom ini terbuat dari bahan karet atau latek atau bahan lainnya seperti plastic. Kondom yang ada di Indonesia saat ini adalah yang terbuat dari karet atau latek yang mampu mencegah pertemuan sperma dengan sel telur saat melakukan hubungan seksual. Selain itu secara klinis bahan ini efektif mampu mencegah penularan penyakit akibat hubungan seksual (Anggraeni dan Martini, 2012:103). Metode kontrasepsi kondom merupakan metode kontrasepsi yang digunakan oleh pria, namun metode kontrasepsi ini dapat digolongkan menjadi metode kontrasepsi pasangan (Hameed *et al.* 2014:3).

b. Metode kalender / pantang berkala

Metode kalender atau pantang berkala merupakan metode keluarga berencana alamiah (KBA) yang paling tua. Metode kalender ini berdasarkan pada siklus haid/menstruasi wanita. Knaus berpendapat bahwa ovulasi terjadi tepat 14 hari sebelum menstruasi berikutnya. Sedangkan ogino berpendapat bahwa ovulasi tidak selalu terjadi tepat 14 hari sebelum menstruasi, tetapi dapat terjadi antara 12 atau 16 hari sebelum menstruasi berikutnya. Hasil penelitian kedua ahli tersebut menjadi dasar dari KBA system kalender. Pantang berkala adalah cara atau metode kontrasepsi sederhana yang dilakukan oleh pasangan suami istri dengan tidak melakukan senggama atau hubungan seksual pada masa subur atau ovulasi (Marmi, 2016:125).

c. Metode suhu basal tubuh

Suhu basal tubuh adalah suhu terendah yang dicapai oleh tubuh selama istirahat atau dalam keadaan istirahat (tidur). Pengukuran suhu basal tubuh dilakukan pada pagi hari segera setelah bangun tidur dan sebelum melakukan aktivitas lainnya. Tujuan pencatatan suhu basal untuk mengetahui kapan terjadinya masa ovulasi. Suhu basal diukur dengan alat yang berupa termometer basal. Suhu normal tubuh sekitar $35.5-36^{\circ}\text{C}$. Pada waktu ovulasi, suhu tubuh akan turun terlebih dahulu dan naik menjadi $37-38^{\circ}\text{C}$. Pada saat itulah terjadi masa subur/ovulasi (Marmi, 2016:129).

d. Metode pengamatan lender serviks

Metode mukosa serviks atau metode ovulasi merupakan metode keluarga berencana alamiah (KBA) dengan cara mengenali masa subur dari siklus menstruasi dengan mengamati lender serviks dan perubahan rasa pada vulva menjelang hari-hari ovulasi. Ovulasi adalah pelepasan sel telur yang matang dari ovarium. Pada saat menjelang ovulasi, lendir leher rahim akan mengalir dari vagina bila wanita sedang berdiri atau berjalan. Ovulasi hanya terjadi pada satu hari di setiap siklus dan sel telur akan hidup 12-24 jam, kecuali dibuahi sel sperma. Oleh karena itu, lender pada masa subur berperan menjaga kelangsungan hidup sperma selama 3-5 hari (Marmi, 2016:140).

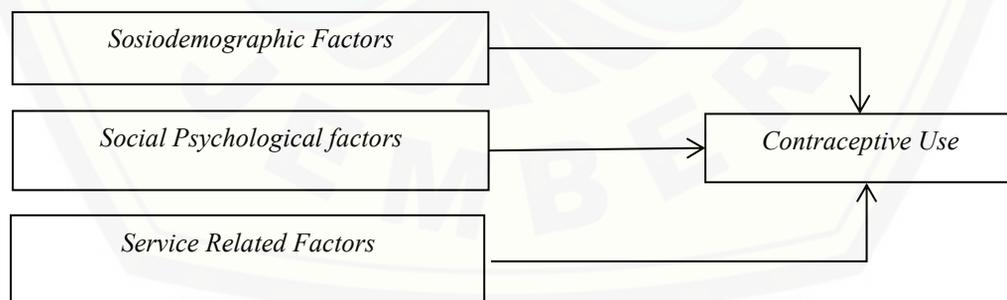
e. Senggama terputus

Senggama terputus atau ekspulsi pra ejakulasi atau pancaran ekstra vaginal atau *withdrawal methods* atau *pull-out methods*. Senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional/alamiah, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya dari vagina sebelum mencapai ejakulasi (Marmi, 2016:150).

2.2.1 Faktor yang berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi

Teori yang dikembangkan oleh Philips dan Morrison (1998) yaitu faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan yaitu faktor lingkungan yang melihat hubungan antara sistem layanan kesehatan dengan lingkungan luarnya, dan karakteristik populasi yang mencakup karakteristik pendukung (*predisposing factor*), faktor pemungkin (*enabling factor*) dan faktor kebutuhan (*needs*). Kedua faktor tersebut akan mempengaruhi pola perilaku kesehatan yang terdiri dari pilihan kesehatan perorangan dan penggunaan pelayanan kesehatan. Ketiga kelompok variabel yang saling berhubungan tersebut pada gilirannya akan memberikan dampak pada derajat kesehatan, yang digambarkan antara lain dengan tingkat morbiditas dan mortalitas (Kemenkes R.I., 2013).

Teori yang dikembangkan oleh Bertrand, 1980:7-8 menyatakan terdapat tiga faktor utama mempengaruhi penggunaan kontrasepsi, yaitu:



Gambar 2.1 Kerangka Teori Bertrand

Sumber: Bertrand,1980:7-8

Menurut Bertrand (1980:7-8) mengatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan kontrsepsi adalah faktor sosio-demografi, faktor

sosio-psikologi dan faktor yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan. Faktor sosio-demografi yang berpengaruh adalah pendidikan, pendapatan, pekerjaan, status gizi, umur, paritas, suku dan agama. Faktor sosio-psikologi diartikan sebagai suatu sikap dan kepercayaan dalam suatu masyarakat tentang keluarga berencana. Faktor tersebut meliputi ukuran anak ideal, pentingnya nilai anak laki, sikap terhadap keluarga berencana, komunikasi suami istri, dan persepsi terhadap kematian anak. Sedangkan faktor yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan adalah keterlibatan dalam yang berhubungan dengan keluarga berencana, pengetahuan tentang sumber kontrasepsi, jarak kepusat pelayanan, dan keterlibatan dengan media masa.

Penelitian yang dilakukan Aryanti di Lombok Timur (2014:54) ditemukan bahwa faktor pendorong yaitu dukungan suami berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi pada ibu sedangkan faktor predisposisi dan faktor pendukung tidak berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi pada ibu akan tetapi kedua faktor tersebut memiliki peluang untuk mempengaruhi ibu untuk menggunakan kontrasepsi.

Faktor terpenting dalam menentukan perilaku perempuan untuk mencari pelayanan kesehatan reproduksi menurut WHO (2006) adalah otonomi perempuan. Penelitian yang dilakukan Saleem dan Bobak tahun 2005 di Pakistan menyatakan bahwa otonomi pengambilan keputusan perempuan berhubungan secara signifikan dengan penggunaan kontrasepsi. Hal ini sejalan dengan penelitian Dasgupta *et al.* (2016:228) bahwa perempuan yang berpendidikan dan memiliki tingkat pemberdayaan yang tinggi akan semakin tinggi mempengaruhi penggunaan kontrasepsi. Penelitian lain menyebutkan bahwa otonomi merupakan determinan terpenting yang mempengaruhi perilaku perempuan dalam mencari pelayanan kesehatan khususnya pelayanan kesehatan reproduksi (Nigatu *et al.* 2014:2).

Dari hasil penelitian yang dilakukan secara kualitatif oleh Handayani *et al.* (2012:292) bahwa masih banyak perempuan yang menentukan metode penggunaan kontrasepsi yang dipilih hanya berdasarkan informasi dari pengguna lain berdasarkan pengalaman masing-masing. Informasi yang baik dari petugas

membantu perempuan dalam memilih dan menentukan metode kontrasepsi yang dipakai. Informasi yang baik akan memberikan kepuasan kepada pengguna kontrasepsi yang berdampak pada penggunaan kontrasepsi yang lebih lama sehingga membantu keberhasilan KB. Selain dari faktor tersebut, berikut ini merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan kontrasepsi:

a. Usia

Usia merupakan salah satu faktor yang menentukan perilaku seseorang dalam menentukan pemakaian kontrasepsi, semakin tua seseorang maka pemilihan kontrasepsi ke arah kontrasepsi yang mempunyai efektifitas lebih tinggi yaitu metode kontrasepsi jangka panjang. Pengguna kontrasepsi tertinggi menurut penelitian Rajpurohit *et al.* (2014:2) berada pada perempuan kelompok usia 41-50 tahun (34,4%) dibandingkan dengan perempuan usia 21-30 tahun (28.8%), <20 (17.6%) dan 31-40 (17.2%) tahun. Penelitian yang dilakukan oleh Tadasse di Ethiopia (2013:11) menyatakan bahwa usia perempuan tidak secara signifikan mempengaruhi penggunaan kontrasepsi.

b. Tingkat Kesejahteraan Keluarga

Peningkatan penggunaan kontrasepsi dipengaruhi oleh faktor kesejahteraan keluarga. Hasil penelitian yang dilakukan OlaOlorun & Hindin (2014:4) menyatakan bahwa semakin kaya keluarga dalam tingkat kesejahteraan yang tinggi maka semakin tinggi angka penggunaan kontrasepsi dibandingkan kelompok keluarga dengan tingkat kesejahteraan yang lebih rendah. Proporsi penggunaan kontrasepsi meningkat terjadi pada perempuan yang berasal dari keluarga sejahtera (Tadasse *et al.* 2013:7)

c. Jumlah anak hidup

Jumlah anak hidup yang dimiliki seorang wanita, akan memberikan pengalaman dan pengetahuan, sehingga wanita dapat mengambil keputusan yang tepat tentang cara atau alat kontrasepsi yang akan dipakai. Sebagian besar perempuan akan memutuskan untuk memakai kontrasepsi atau memutuskan untuk tidak memiliki anak lagi ketika jumlah anak hidup yang mereka miliki sudah lebih dari dua orang (Sulistyarini, 2013:171).

d. Agama

Agama merupakan suatu kepercayaan yang paling diyakini oleh masyarakat yang dapat mempengaruhi sikap seseorang dalam penggunaan kontrasepsi. Penelitian yang dilakukan OlaOlorun & Hindin (2014:3-4) menemukan bahwa perempuan yang beragama kristen di Amerika memiliki kemampuan lebih tinggi dalam penggunaan kontrasepsi dibandingkan dengan perempuan yang beragama islam dan katolik. Hal ini sama dengan penelitian Monjok (2010:4) bahwa perempuan yang beragama islam lebih cenderung tidak menggunakan kontrasepsi. Hasil yang berbeda ditemukan di penelitian Ozochukwu di Ibadan, Nigeria (2016:2739) sebagian besar beragama Islam dan hampir 81% menggunakan metode kontrasepsi, dan sebesar 69.7% menggunakan metode modern kontrasepsi.

e. Tingkat Pendidikan

Sitopu (2012) mengatakan bahwa pengetahuan berhubungan dengan penggunaan alat kontrasepsi. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin baik pengetahuan seseorang tentang alat kontrasepsi dan semakin rasional dalam menggunakan alat kontrasepsi. Tingginya tingkat pendidikan seseorang juga akan mendukung mempercepat penerimaan informasi KB pada seseorang. Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan memegang peranan penting dalam menentukan suatu keputusan atau sikap yang utuh. Pengetahuan membentuk kepercayaan yang selanjutnya akan memberikan prospektif pada perempuan dalam mempersiapkan kenyataan, memberikan dasar pengambilan keputusan dan menentukan sikap terhadap penggunaan kontrasepsi. Hasil yang diperoleh dari penelitian Ozuchukwu di Ibadan (2016:2740) bahwa tingkat pendidikan merupakan faktor yang penting terhadap penentuan perempuan dalam penggunaan kontrasepsi modern.

f. Efek Samping

Efek samping berhubungan dengan pemilihan kontrasepsi karena efek samping yang ditimbulkan oleh kontrasepsi tersebut membuat perempuan tidak mau menggunakannya lagi. Penelitian yang dilakukan Ozuchukwu di Ibadan (2016:2740) menyatakan bahwa ketakutan perempuan terhadap efek

samping yang ditimbulkan oleh kontrasepsi merupakan alasan utama yang menghalangi perempuan untuk menggunakan kontrasepsi modern.

g. Dukungan suami

Musdalifah *et.al.* (2013) menyatakan bahwa dukungan suami berpengaruh besar terhadap pemilihan kontrasepsi yang dipakai istri, bila suami tidak setuju dengan kontrasepsi yang dipakai istrinya maka sedikit istri yang akan memakai alat kontrasepsi tersebut. Perempuan yang diberikan dukungan oleh suami akan menggunakan kontrasepsi secara terus menerus sedangkan yang tidak mendapat dukungan suami akan sedikit menggunakan kontrasepsi (Arlina, 2013). Dukungan suami dalam penggunaan kontrasepsi dapat berupa dukungan emosional seperti komunikasi interpersonal yang berhubungan dengan perencanaan jumlah anak yang diinginkan, dukungan penghargaan seperti mengantarkan istrinya untuk melakukan pemasangan ulang kontrasepsi, dukungan instrumental seperti suami menyediakan dana atau biaya yang dikeluarkan untuk memasang alat kontrasepsi, dan dukungan informatif seperti saran yang diberikan suami untuk menggunakan salah satu alat kontrasepsi (Rafidah, 2012: 77 dan Muniroh, 2014).

h. Pengalaman istri

Pengalaman istri dalam penggunaan kontrasepsi yang dipilih merupakan suatu kejadian yang tidak terlupakan oleh seorang perempuan. Pengalaman perempuan yang menyenangkan dalam menggunakan kontrasepsi akan menjadi acuan untuk menggunakan kontrasepsi secara terus menerus baik dari pengalaman pribadi maupun pengalaman orang lain (Widyastiwi, 2016:6).

i. Pemberian informasi oleh petugas kesehatan

Pemberian informasi petugas KB berhubungan dengan pemilihan kontrasepsi, petugas kesehatan berperan dalam memberikan informasi, penyuluhan dan penjelasan tentang alat kontrasepsi. Calon akseptor yang masih ragu-ragu dalam memakai alat kontrasepsi akhirnya memutuskan untuk memakai alat kontrasepsi tersebut atas saran dari petugas kesehatan (Musdalifah *et.al.* 2013). Penelitian yang dilakukan oleh Monjok (2010:14) di Nigeria Selatan

bahwa di beberapa komunitas petugas kesehatan merupakan sumber informasi utama bagi perempuan karena dapat meningkatkan level pendidikan perempuan di Nigeria bagian Selatan. Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan Aryanti (2014:520) bahwa tidak adanya hubungan antara informasi oleh petugas lapangan dengan penggunaan kontrasepsi pada wanita kawin usia dini di Kecamatan Aikmel Kabupaten Lombok Timur.

j. Ketersediaan pelayanan

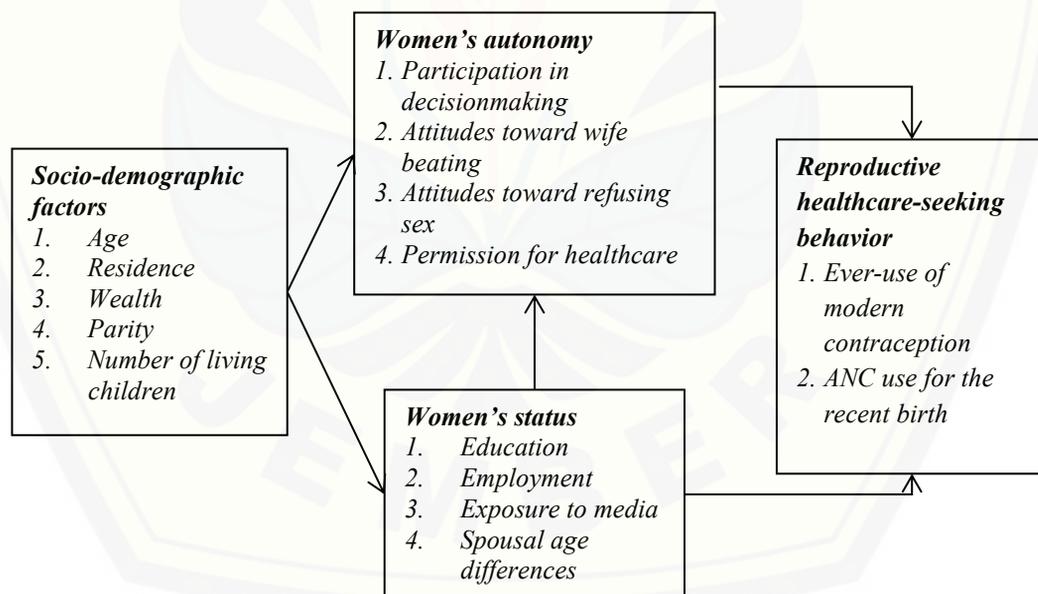
Ketersediaan pelayanan kesehatan berkaitan dengan ada tidaknya tempat pelayanan kesehatan serta peralatan yang digunakan untuk memberikan pelayanan. Pada pelayanan kontrasepsi ketersediaan alat kontrasepsi yang lengkap dari seluruh metode kontrasepsi modern akan mempengaruhi akses perempuan untuk mendapatkan pelayanan kontrasepsi sesuai yang diinginkannya. Kontrasepsi yang tersedia dengan lengkap dan mudah diperoleh juga dapat meningkatkan pemilihan kontrasepsi. (Aryanti, 2014:22-23).

2.3 Hubungan Otonomi Perempuan dengan Penggunaan Kontrasepsi

Penggunaan kontrasepsi di negara berkembang berhubungan dengan indikator status sosioekonomi, faktor budaya dan faktor yang paling penting yaitu otonomi perempuan. Kemampuan perempuan untuk pengambilan keputusan akan berdampak pada keadaan perempuan tersebut yang merupakan aspek dari otonomi perempuan (Alemayehu *et al.* 2014:298) Kemampuan pengambilan keputusan wanita dalam rumah tangga memungkinkan perempuan untuk dapat menentukan keputusan yang lebih pribadi terkait dengan kesehatan reproduksi, seperti penggunaan kontrasepsi. Hal ini menjelaskan bahwa perempuan yang selalu terlibat dalam pengambilan keputusan rumah tangga bersama pasangan akan meningkatkan status pemberdayaan mereka yang akan mempengaruhi sikap perempuan terhadap penggunaan kontrasepsi (OlaOlorun dan Hindin, 2014:7). Penelitian serupa juga dilakukan oleh Dasgupta (2014:232) bahwa pemberdayaan perempuan merupakan faktor pendorong penggunaan

kontrasepsi pada perempuan. Tingkat pemberdayaan perempuan meningkat akan diikuti dengan tingginya penggunaan kontrasepsi.

Kerangka Konsep Wado, 2013 menjelaskan hubungan antara otonomi perempuan dengan tindakan pencarian pelayanan kesehatan. Ada faktor sosio-demografi meliputi umur, domisili, kesejahteraan, paritas, jumlah anak hidup yang mempengaruhi otonomi perempuan dan status perempuan. Status perempuan meliputi pendidikan, pekerjaan, paparan media, perbedaan umur antara suami-istri yang juga berpengaruh terhadap otonomi perempuan. Otonomi perempuan dinyatakan wado menjadi 4 elemen, yaitu: Partisipasi perempuan dalam pengambilan keputusan, Sikap terhadap pemukulan suami, Sikap terhadap penolakan hubungan seksual dengan suami dan Keputusan terhadap akses pelayanan kesehatan. Faktor-faktor tersebut yang nantinya akan berpengaruh terhadap tindakan pencarian pelayanan kesehatan yaitu Penggunaan kontrasepsi dan Penggunaan pelayanan antenatal saat hamil



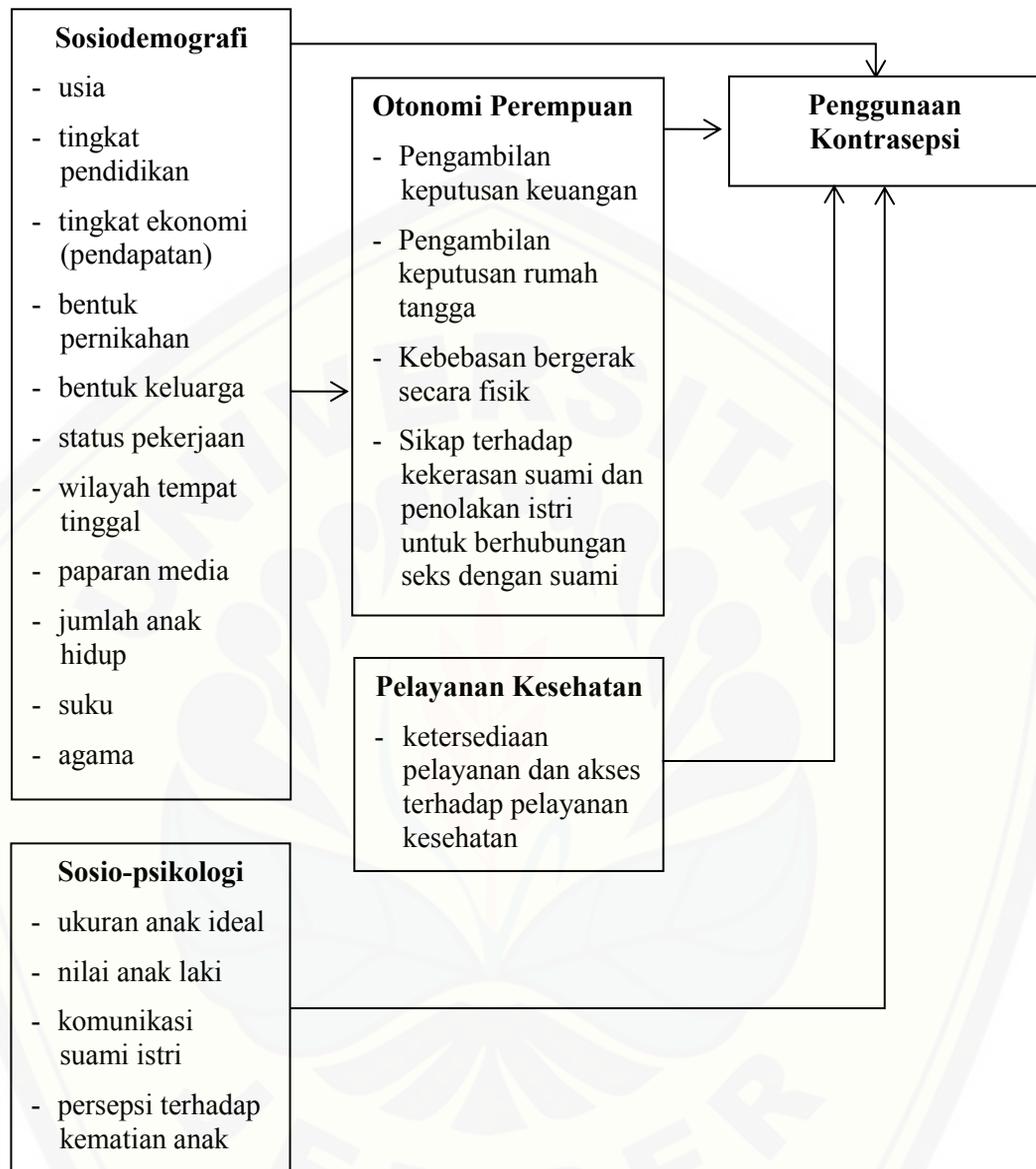
Gambar 2.2 Kerangka Konsep hubungan otonomi perempuan dengan tindakan pencarian pelayanan kesehatan (Wado, 2013:6)

Penelitian lain yang dilakukan di Pakistan oleh Saleem dan Bobak (2005:6) juga menunjukkan bahwa otonomi perempuan dalam pembuatan keputusan

rumah tangga berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi pada perempuan, namun otonomi perempuan dalam kebebasan mobilitas fisik tidak menunjukkan hubungan yang konsisten terhadap pemakaian kontrasepsi. Pendidikan perempuan berhubungan erat dengan pemakaian kontrasepsi namun otonomi bukanlah penghubung dalam tingkat pendidikan dan penggunaan kontrasepsi pada perempuan. Hasil penelitian yang dilakukan Rahman *et al.* (2014:5) menunjukkan bahwa ada hubungan antara perilaku penggunaan kontrasepsi dan otonomi perempuan dalam penentuan pengambilan keputusan pada perempuan usia subur di Bangladesh. Kemampuan pengambilan keputusan perempuan berhubungan secara signifikan dengan penggunaan kontrasepsi. Semakin meningkat penggunaan kontrasepsi menyatakan semakin tingginya tingkat keterlibatan perempuan dalam pengambilan keputusan di rumah tangga.

Penelitian di atas berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ozochukwu di Ibadan (2016:2740) bahwa tidak ada hubungan secara signifikan antara otonomi perempuan dengan penggunaan kontrasepsi modern antara perempuan yang telah menikah. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Alemayehu di Ethiopia (2014:303) bahwa pengambilan keputusan bukan merupakan prediktor dari penggunaan kontrasepsi. Selain itu, otonomi keuangan dan kebebasan bergerak secara fisik secara statistik tidak berhubungan secara signifikan dengan otonomi perempuan dan penggunaan kontrasepsi.

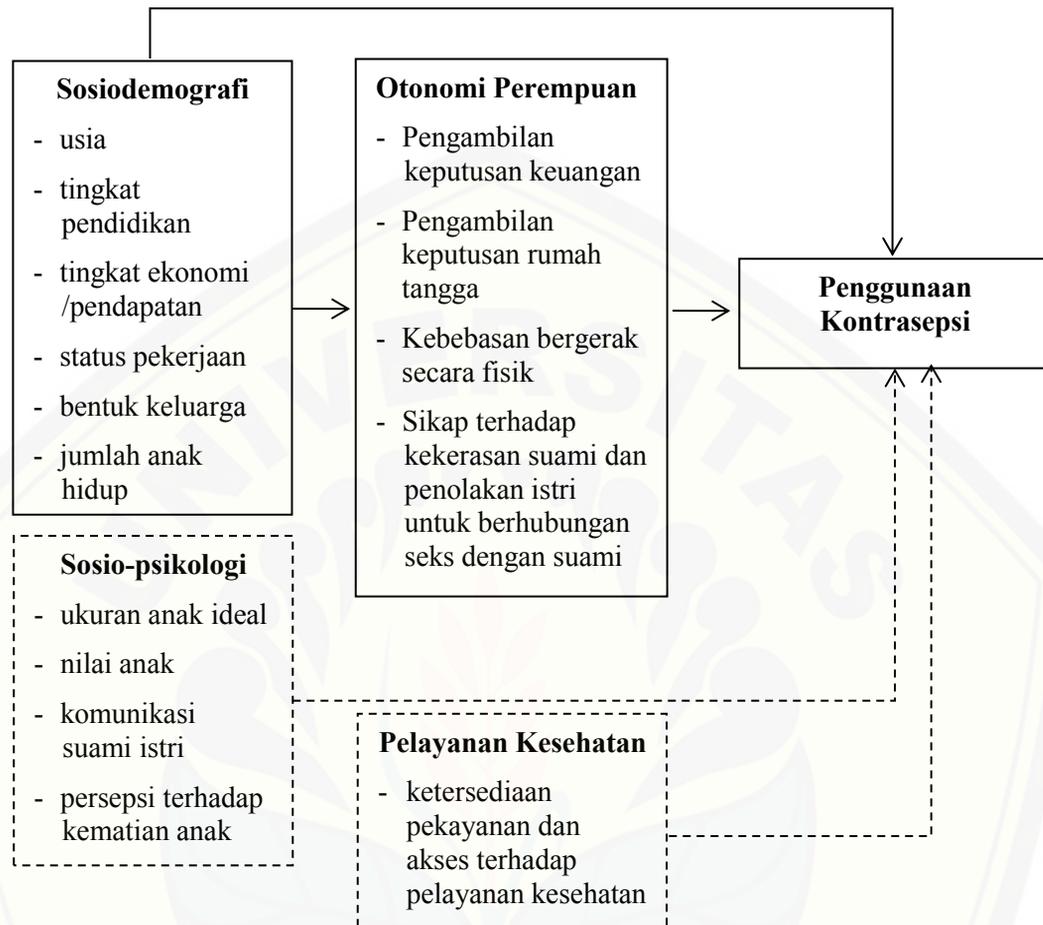
2.4 Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori

Sumber: Bertrand (1980:7-8); Hameed *et al.* (2014:4); Dasgupta *et al.* (2014:230), Wado (2013:6) dan Nigatu *et al.* (2014:9)

2.5 Kerangka Konsep



Keterangan:

————— : variabel diteliti

- - - - - : variabel tidak diteliti

Gambar 2.3 Kerangka Konsep

Kerangka konseptual dalam penelitian ini dibuat berdasarkan teori Bertrand (1980) dan teori Wado (2013). Bertrand (1980:7-8) mengatakan bahwa faktor yang mempengaruhi penggunaan kontrasepsi adalah faktor sosio-demografi, faktor sosio-psikologi dan faktor yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan. Dalam penelitian ini, hanya faktor sosio-demografi yang diteliti oleh peneliti yaitu faktor pendidikan, pendapatan, pekerjaan, umur, bentuk keluarga. Faktor sosio-psikologi diartikan sebagai suatu sikap dan kepercayaan dalam suatu

masyarakat tentang keluarga berencana. Faktor tersebut meliputi ukuran anak ideal, pentingnya nilai anak laki, sikap terhadap keluarga berencana, komunikasi suami istri, dan persepsi terhadap kematian anak. Sedangkan faktor yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan adalah keterlibatan dalam yang berhubungan dengan keluarga berencana, pengetahuan tentang sumber kontrasepsi, jarak ke pusat pelayanan, dan keterlibatan dengan media masa.

Kerangka Konsep Wado, 2013 menjelaskan hubungan antara otonomi perempuan dengan tindakan pencarian pelayanan kesehatan. Ada faktor sosio-demografi meliputi umur, kesejahteraan keluarga, jumlah anak hidup yang mempengaruhi otonomi perempuan dan status perempuan. Status perempuan meliputi pendidikan, pekerjaan, paparan media, perbedaan umur antara suami-istri yang juga berpengaruh terhadap otonomi perempuan. Otonomi perempuan dinyatakan wado menjadi 4 elemen, yaitu: Partisipasi perempuan dalam pengambilan keputusan, Sikap terhadap pemukulan suami, Sikap terhadap penolakan hubungan seksual dengan suami dan Keputusan terhadap akses pelayanan kesehatan. Faktor-faktor tersebut yang nantinya akan berpengaruh terhadap tindakan pencarian pelayanan kesehatan yaitu penggunaan kontrasepsi.

2.6 Hipotesis

Berdasarkan latar belakang, tinjauan pustaka, kerangka teori dan kerangka konsep maka hipotesis penelitian ini adalah: Proporsi penggunaan kontrasepsi di Kabupaten Jember lebih banyak pada perempuan yang memiliki tingkat otonomi tinggi, berusia lebih tua, pendidikan tinggi, memiliki jumlah anak hidup >2, berasal dari keluarga kecil dan memiliki status ekonomi tinggi.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian dengan pendekatan *cross sectional* yaitu suatu penelitian yang pengukuran variabelnya dilakukan hanya satu kali pada satu saat (Sastroasmoro dan Ismael, 2011:131). Sedangkan penelitian analitik merupakan penelitian yang berupaya mencari hubungan antara variabel yang satu dengan variabel yang lain (Sastroasmoro dan Ismael, 2014:108). Selain itu, penelitian ini disebut juga penelitian observasional atau survey karena peneliti hanya mengamati subjek penelitian dan mencari data yang berkaitan dengan penelitian tanpa memberi perlakuan terhadap subjek penelitian (Sugiyono, 2014:6)

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian ini dilaksanakan di Kabupaten Jember, Jawa Timur. Waktu penelitian dilaksanakan mulai bulan Desember 2017 - Januari 2018

3.3 Penentuan Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoadmodjo, 2010:115). Populasi diartikan sebagai wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2014:80). Populasi dalam penelitian ini adalah peserta KB aktif di Kabupaten Jember tahun 2017. KB aktif di Kabupaten Jember sampai bulan Juli 2017 sebesar 353.323 peserta. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini sebagai berikut:

- a. peserta KB aktif yang tidak menetap atau sudah bukan berdomisili (pindah) di tempat penelitian berlangsung

- b. perempuan dengan keterbatasan yang tidak dapat memahami pertanyaan dari peneliti

3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel merupakan bagian dari populasi yang menjadi subjek penelitian yang dipilih dengan cara tertentu sehingga dianggap mewakili populasi (Sastroasmoro dan Ismael, 2014:90). Besar sampel dalam penelitian ini berdasarkan rumus yang dikembangkan oleh Lemeshow (1997:54) yaitu:

$$n = \frac{NZ_{1-\alpha/2}^2 p(1-p)}{(N-1)d^2 + NZ_{1-\alpha/2}^2 p(1-p)}$$

$$n = \frac{353323 \times 3,841 \times 0,726 \times (1-0,726)}{(353323 - 1) \times 0,075^2 + 3,841 \times 0,726 \times (1-0,726)}$$

$$n = \frac{269962,4743}{1987,43625 + 0,764067}$$

$$n = \frac{269962,4743}{1988,200317}$$

$$n = 135,7 \cong 136$$

Keterangan:

N = besar populasi pengguna kontrasepsi di Kabupaten Jember

n = besar sampel

$Z_{1-\alpha/2}^2$ = nilai distribusi normal baku *tabel z) pada α tertentu ($1,96^2=3,8416$)

d = kesalahan absolut yang ditolelir (0,075)

p = proporsi penggunaan kontrasepsi pada perempuan di Kabupaten Jember tahun 2017 besar 0,726 (Laporan tahunan DP3AKB)

3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan metode *multistage random sampling*. Metode ini dibagi menjadi 3 tahap. Tahap pertama dilakukan dengan menentukan sampel kecamatan dan tahap kedua menentukan sampel desa/kelurahan menggunakan *cluster sampling*, yakni metode penetapan sampling yang digunakan bilamana populasi tidak terdiri dari individu-individu, melainkan terdiri dari kelompok-individu (Margono,

2004:127).

Pada tahap ketiga, peneliti menentukan responden penelitian dari setiap desa/kelurahan yang terpilih dengan menggunakan teknik *random sampling*.

Langkah pengambilan sampel dalam penelitian yakni:

1. Berdasarkan Peraturan Kepala Badan Pusat Statistik Nomor 37 Tahun 2010 tentang Klasifikasi Perkotaan dan Perdesaan Indonesia, di Kabupaten Jember terdapat 31 Kecamatan dan 248 desa/kelurahan.
2. Penelitian secara random memilih PSU (*Primary Sampel Unit*) kecamatan sebagai sampling tahap pertama dengan menggunakan *sampel fraction* 20%. Nazir (2009:276) menyatakan bahwa jumlah PSU dalam sampel dicari dengan rumus berikut:

$$f = \frac{m}{M}$$

$$m = f.M$$

Keterangan

f = *sampel fraction*

m = jumlah kecamatan

M = jumlah total kecamatan

$$m = f.M$$

$$m = 0,2 \times 31$$

$$m = 6,2 \cong 6$$

Maka jumlah PSU yang dipilih pada tahap pertama adalah 6 kecamatan. Adapun hasil sampling pada tahap pertama dapat dilihat pada Tabel 3.1.

Tabel 3.1 Hasil Sampling Tahap Pertama (Kecamatan Terpilih beserta Desa)

No	Kecamatan	Desa/Kelurahan
1	Pakusari	Kertosari Pakusari. Sumber Pinang Subo Jatian Patemon

No	Kecamatan	Desa/Kelurahan
2	Sumbersari	Wirolegi Karangrejo Kranjingan Kebonsari Tegalgede Sumbersari Antirogo
3	Jelbuk	Panduman. Sukowiryo Sukojember Sugerkidul Sucopangepok Jelbuk
4	Silo	Garahan. Karangharjo Harjomulyo Mulyorejo Pace. Sempolan. Sidomulyo Silo Sumberjati
5	Mayang	Sumber Kejayan Mrawan Tegal Waru Tegalrejo Mayang Seputih Sidomukti
6	Ambulu	Andongsari Sumberejo Pontang Karanganyar Sabrang Ambulu Tegalsari

3. Peneliti kemudian melakukan sampling dengan memilih secara random 43 Desa/Kelurahan dari 6 Kecamatan yang sudah dipilih pada sampling tahap pertama dengan menggunakan sampling *friction* 20%.

$$m = f \cdot m$$

$$m = 0,2 \times 43$$

$$m = 8,6 \cong 9$$

Maka jumlah PSU yang terpilih pada sampling tahap kedua adalah 9 Desa/Kelurahan.

4. Peneliti menarik sampel secara random dari 9 Desa/Kelurahan dengan alokasi proporsional menggunakan rumus berikut:

$$n_h = \frac{N_h}{N} n$$

Keterangan

n = ukuran (total) sampel

N = ukuran (total) populasi

N_h = ukuran setiap strata populasi

n_h = ukuran setiap strata sampel

Tabel 3.2 Besar Sampel

No	Kecamatan	Desa/Kelurahan	N_h	N	n	$n_h = \frac{N_h}{N} n$
1	Silo	Silo	1577	12580	136	17
2	Pakusari	Kertosari	1516	12580	136	16
3	Pakusari	Pakusari	2014	12580	136	22
4	Jelbuk	Sugerkidul	635	12580	136	7
5	Jelbuk	Sukojember	975	12580	136	11
6	Jelbuk	Sukowiryo	739	12580	136	8
7	Ambulu	Karanganyar	1844	12580	136	20
8	Mayang	Tegalrejo	1027	12580	136	11
9	Sumbersari	Karangrejo	2253	12580	136	24
Total			12580			136

3.4 Variabel dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Penelitian

Variabel mengandung pengertian ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok lain (Notoatmodjo, 2010:103). Adapun variabel dalam penelitian ini adalah:

a. Variabel Bebas (*Independent Variabel*)

Variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi atau sebab dari variabel terikat (Notoatmodjo, 2010:104). Variabel bebas pada penelitian ini adalah otonomi perempuan yang meliputi otonomi keuangan, otonomi dalam pengambilan keputusan rumah tangga/domestik, kebebasan bergerak secara fisik dan sikap kekerasan terhadap istri & penolakan hubungan seksual dengan suami dan variabel sosiodemografi yang meliputi usia,

tingkat pendidikan, tingkat ekonomi/pendapatan, bentuk keluarga, jumlah anak hidup.

b. Variabel Terikat (*Dependent Variabel*)

Variabel terikat adalah variabel yang dipengaruhi oleh variabel bebas (Notoatmodjo, 2010:104). Variabel terikat pada penelitian ini adalah penggunaan metode kontrasepsi.

3.4.2 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah suatu definisi yang diberikan kepada suatu variabel dengan cara memberikan arti atau menspesifikasikan kegiatan, ataupun memberikan suatu operasional yang diperlukan untuk mengukur variabel tersebut (Nazir, 2003:126). Definisi operasional juga bermanfaat untuk mengarahkan kepada pengukuran atau pengamatan terhadap variabel yang akan diteliti serta mengembangkan instrumen. Dengan definisi operasional yang tepat, ruang lingkup atau pengertian variabel yang diteliti menjadi terbatas dan penelitian akan lebih fokus (Notoatmodjo, 2010:111). Definisi operasional yang diberikan kepada variabel yang dibentuk disesuaikan dengan variabel yang diteliti.

Tabel 3.3 Variabel, Definisi Operasional, Identifikasi, dan Skala

No	Variabel	Definisi Operasional	Identifikasi/ Kategori	Skala
A. Variabel Terikat				
1.	Pemilihan Metode Penggunaan Kontrasepsi	<p>Pemakaian alat atau metode yang bertujuan untuk mencegah kehamilan dengan memakai berbagai metode. Pasangan usia subur tergolong pengguna metode kontrasepsi perempuan jika memilih menggunakan kap serviks, diafragma, Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)/Intra Uterine Device (IUD), metode hormonal (Pil KB, Implant/susuk KB, suntikkan KB), dan metode operatif perempuan /tubektomi.</p> <p>Pasangan usia subur tergolong pengguna metode kontrasepsi laki-laki jika memilih menggunakan Metode Operatif Pria (MOP) / Vasektomi.</p> <p>Pasangan usia subur tergolong pengguna metode kontrasepsi pasangan jika memilih menggunakan kondom dan Metode alami yaitu kalender, pengamatan lendir serviks, dan senggama terputus</p>	<p>1. Metode kontrasepsi perempuan</p> <p>2. Metode kontrasepsi laki-laki</p> <p>3. Metode kontrasepsi pasangan</p>	Nominal
B. Variabel Bebas				
1	Otonomi Perempuan	<p>Tingkat kebebasan perempuan usia subur untuk memutuskan sendiri atau memutuskan bersama orang lain terkait keputusan keuangan keluarga, keputusan rumah tangga, tingkat kebebasan bergerak dan sikap terhadap kekerasan suami serta penolakan hubungan seksual kepada suami akan diukur dengan mengajukan pertanyaan yang dapat mengukur tingkat otonomi perempuan pada setiap elemen. Diakhir pengukuran, untuk mendapatkan kategori otonomi perempuan secara umum maka skor dari masing-masing elemen selanjutnya dijumlahkan. Otonomi perempuan akan dikelompokkan menjadi dua kategori sesuai skor akhir yang didapat.</p>	<p>1. Otonomi tinggi jika skor ≥ 14</p> <p>2. Otonomi rendah jika skor < 14 (Nigatu <i>et al.</i> 2014:3)</p>	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Identifikasi/ Kategori	Skala
a	Otonomi keuangan	Kemampuan seorang perempuan untuk mengatur atau mengontrol keuangan rumah tangga yang terdiri dari 4 pertanyaan. Pada pertanyaan ke-4, skor 1 diberikan untuk jawaban “ya” dan 0 untuk jawaban “tidak”, sedangkan untuk pertanyaan 1,2,3 diberikan skor 2 jika pilihan jawaban istri sendiri, 1 jika pilihan jawaban istri dan suami, serta 0 untuk pilihan jawaban selain itu dengan skor maksimal sebesar 7	1. Tinggi, jika skor ≥ 4 2. Rendah, jika skor < 4	Ordinal
b	Kebebasan bergerak secara fisik	Kemampuan dan kemudahan perempuan dalam bergerak bebas secara fisik untuk melakukan aktivitas diluar rumah atau menuju tempat-tempat yang diinginkan dan dibutuhkan tanpa ditemani dan menunggu ijin dari orang lain yang terdiri dari 4 pertanyaan. Pemberian skor 1 untuk jawaban “ya” dan 0 untuk jawaban “tidak” dengan skor maksimal sebesar 4	1. Tinggi, jika skor > 2 2. Rendah, jika skor ≤ 2	Ordinal
c	Pengambilan keputusan domestik/ rumah tangga	Kemampuan untuk berpartisipasi dalam perumusan dan pelaksanaan keputusan dalam urusan rumah-tangga yang meliputi kesejahteraan anak, pelayanan kesehatan, dan pendidikan anak yang terdiri dari 4 pertanyaan. Pemberian skor 2 untuk pilihan jawaban istri sendiri, 1 jika pilihan jawaban istri dan suami, serta 0 untuk pilihan jawaban selain itu dengan skor maksimal sebesar 8	1. Tinggi, jika skor > 4 2. Rendah, jika skor ≤ 4	Ordinal
d	Sikap terhadap kekerasan dan penolakan hubungan seksual dengan suami	Kecenderungan seseorang untuk bisa berpikir, bertindak, berpersepsi, terhadap obyek atau nilai tertentu, dalam hal ini perempuan bertindak terhadap kekerasan dan penolakan hubungan seksual dengan suami yang terdiri dari 9 pertanyaan. Pada pertanyaan 1-5 diberi skor 1 jika pilihan jawaban “tidak”, dan 0 untuk jawaban “ya”, sedangkan pertanyaan 6-9 diberi skor 1 jika jawaban “ya” dan 0 untuk jawaban “tidak” dengan skor maksimal 9	1. Tinggi, jika skor ≥ 5 2. Rendah, jika skor < 5	Ordinal
C. Variabel Karakteristik Demografi				
2	Usia Istri	Masa hidup responden mulai dari lahir sampai waktu dilakukannya pengumpulan data penelitian	1. 15-19 tahun 2. 20-44 tahun 3. 45-49 tahun	Ordinal

3	Pendapatan Keluarga	Jumlah pendapatan yang diperoleh setiap bulannya baik yang hanya dihitung dari pendapatan suami (jika hanya suami yang bekerja), istri (jika hanya istri yang bekerja), ataupun suami dan istri (jika suami dan istri keduanya bekerja).	UMK Kabupaten Jember 2017 Peraturan Gubernur Jawa Timur No.121 tahun 2016 sebesar: Rp 1.763.392,50 1. di atas UMK 2. di bawah UMK	Ordinal
4	Status Pekerjaan Istri	Kegiatan ekonomi yang dilakukan istri di dalam atau diluar rumah selama paling sedikit satu jam berturut-turut dalam seminggu yang lalu dengan maksud untuk memperoleh atau membantu memperoleh pendapatan atau keuntungan (BPS, 2012)	1. Bekerja 2. Tidak bekerja	Nominal
5	Bentuk Keluarga	Tipe keluarga yang dikelompokkan berdasarkan keberadaan anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah .	1. Keluarga kecil (suami, istri, anak) 2. Keluarga besar (adanya anggota lain selain anggota keluarga kecil)	Nominal
6.	Tingkat pendidikan Istri	Status sosial perempuan yang diukur berdasarkan jenjang pendidikan terakhir yang pernah ditempuh. Tingkat pendidikan dikategorikan menjadi tiga kategori yaitu tingkat pendidikan dasar, menengah dan tinggi (UU Nomor 20 Tahun 2003 Tentang Sistem Pendidikan Nasional).	1. Dasar, (SD/MI, SMP/MTs) 2. Menengah, (SMA/SMK/MA) 3. Tinggi, (Diploma/Sarjana/Magister/Doktor/Spesialis)	Ordinal
7	Jumlah anak hidup	Banyaknya bayi lahir hidup yang pernah dilahirkan oleh perempuan yang masih hidup hingga pada saat wawancara dilakukan baik yang tinggal dengan orang tuanya maupun tinggal terpisah (BPS, 2012)	1. 0 2. 1-2 3. >2	Ordinal

3.5 Data dan Sumber Data

Data yang akan didapat dalam penelitian ini bersumber dari data primer dan data sekunder. Data primer adalah data yang didapat dari sumber utama baik kelompok maupun perorangan (Notoatmodjo, 2010:180). Data primer merupakan

data yang diperoleh di lapangan dengan cara wawancara langsung dengan responden dengan menggunakan kuesioner yang telah ditetapkan. Data primer meliputi variabel sosiodemografi (usia istri, pendapatan keluarga, status pekerjaan istri, bentuk keluarga, tingkat pendidikan istri, jumlah anak hidup), variabel penggunaan kontrasepsi dan variabel otonomi perempuan. Sedangkan data sekunder adalah data yang diperoleh dari instansi terkait untuk mendukung proses penelitian. Data sekunder yang dipakai dalam adalah data jumlah pengguna kontrasepsi dan pasangan usia subur (PUS) seluruh usia di Kabupaten Jember hingga bulan Juli tahun 2017, jumlah kecamatan dan desa/kelurahan di Kabupaten Jember tahun 2017.

3.6 Teknik dan Instrumen Penelitian

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data adalah cara-cara yang digunakan oleh peneliti untuk mengumpulkan data. Metode (teknik atau cara) merupakan suatu kata yang abstrak dan tidak bisa diwujudkan dalam bentuk benda, namun hanya bisa dilihat penggunaannya melalui metode angket, wawancara, observasi, tes/ujian, dokumentasi, dan lain-lain. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini diantaranya:

a. Wawancara

Menurut Nazir (2014:193-194) wawancara adalah proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab, sambil bertatap muka antara penanya dengan penjawab dengan menggunakan alat yang dinamakan *interview guide* (panduan wawancara). Teknik pengumpulan data ini mendasarkan diri pada laporan tentang diri sendiri atau self report, atau setidak-tidaknya pengetahuan dan atau keyakinan pribadi (Sugiyono, 2014:138). Wawancara yang dilakukan dalam penelitian ini merupakan wawancara langsung kepada responden untuk memperoleh data mengenai data sosiodemografi (usia istri, pendapatan keluarga, status pekerjaan istri, bentuk keluarga, tingkat

pendidikan istri, jumlah anak hidup), penggunaan kontrasepsi istri dan otonomi perempuan.

b. Dokumentasi

Menurut Arikunto (2006:149), metode dokumentasi adalah metode mencari data untuk mengetahui hal-hal atau variabel penelitian berdasarkan pada catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti, notulen rapat, lengger, agenda, dan sebagainya. Teknik dokumentasi dalam penelitian ini digunakan untuk memperoleh data pengguna kontrasepsi semua metode di Kabupaten Jember dan jumlah kecamatan dan desa di Kabupaten Jember.

c. Observasi

Observasi atau pengamatan adalah suatu prosedur terencana yang meliputi melihat, mendengar, dan mencatat sejumlah taraf aktivitas tertentu atau situasi yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti (Notoadmodjo, 2012:131). Penulis melakukan observasi untuk memperoleh informasi tentang metode kontrasepsi yang digunakan oleh responden.

3.6.2 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat pengumpulan data yang digunakan untuk memperoleh suatu data yang sesuai dengan tujuan suatu penelitian (Notoadmodjo, 2012:152). Pada penelitian ini kegiatan wawancara dengan responden dilakukan dengan menggunakan kuesioner sebagai panduan dalam memperoleh data yang dibutuhkan untuk penelitian. Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pertanyaan tertulis kepada responden untuk dijawabnya (Sugiyono, 2011:142).

a. Kuesioner data responden

Kuesioner data responden merupakan kuesioner yang menggambarkan karakteristik responden penelitian yang meliputi umur, jumlah anak, status pendidikan, pekerjaan, penghasilan, bentuk keluarga dan kontrasepsi yang digunakan. Kuesioner A, B, dan C disusun peneliti dengan memberikan alternatif jawaban sehingga responden dapat menjawab sesuai dengan pilihan yang disajikan.

b. Alat pengukuran otonomi keuangan

Kuesioner otonomi keuangan terdiri dari 4 pertanyaan, dimana Pertanyaan keempat tersebut menggunakan dua kategori jawaban ya dan tidak. Jika perempuan menjawab “ya” maka skor yang didapatkan adalah 1, dan jawaban tidak akan diberi skor 0. sedangkan pertanyaan kesatu, kedua dan ketiga menggunakan pilihan respon yaitu (a) responden sendiri, (b) responden dengan suami, (c) responden dengan orang lain, (d) pasangan sendiri, (e) orang lain, (f) lainnya. Pemberian skor 2 diberikan jika responden menjawab dengan jawaban (a), skor 1 jika jawaban responden (b), atau (c), dan skor 0 untuk jawaban responden (d), (e), atau (f). Jumlah skor maksimal yang didapatkan oleh perempuan adalah 7

c. Alat pengukuran kebebasan bergerak secara fisik

Kuesioner kebebasan bergerak secara fisik terdiri dari 4 pertanyaan. Jawaban dari keempat pertanyaan tersebut dinilai berdasarkan 2 kategori. Pemberian skor 1 untuk jawaban "ya" dan skor 0 untuk jawaban "tidak". Skor total pada penilaian ini adalah 4

d. Alat Pengukuran Otonomi pembuatan keputusan domestik/rumah tangga

Kuesioner otonomi pembuatan keputusan rumah tangga terdiri dari 4 pertanyaan. Pilihan respon yang diberikan oleh responden adalah (a) responden sendiri, (b) responden dengan suami, (c) responden dengan orang lain, (d) pasangan sendiri, (e) orang lain, (f) lainnya. Pemberian skor 2 diberikan jika responden menjawab dengan jawaban (a), skor 1 jika jawaban responden (b), atau (c), dan skor 0 untuk jawaban responden (d), (e), atau (f). Skor maksimal pada elemen pengambilan keputusan rumah tangga adalah 8.

e. Alat Pengukuran sikap perempuan terhadap kekerasan/pemukulan suami dan sikap penolakan hubungan seks dengan suami

Kuesioner sikap perempuan terhadap kekerasan/pemukulan suami dan sikap penolakan hubungan seks dengan suami terdiri dari 9 pertanyaan. Jawaban untuk nomor pertanyaan 1-5 diberi skor 1 untuk “tidak”, dan 0 untuk

jawaban “ya”. Sedangkan untuk jawaban pada nomor pertanyaan 6-9 dikodekan sebagai 1 untuk “ya”, dan 0 untuk jawaban “tidak”.

3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Penyajian Data

Cara penyajian data penelitian dilakukan melalui berbagai bentuk antara lain dengan menggunakan tabel, grafik, dan deskripsi tertulis dari analisis yang didapatkan dari hasil penelitian (Notoatmodjo, 2010:188-193). Dalam penelitian ini, hasil penelitian disajikan secara verbal dan matematis. Penyajian verbal merupakan penyajian hasil penelitian dengan menggunakan kata-kata berupa narasi. Penyajian secara matematis dalam penelitian ini dengan menggunakan tabulasi silang.

3.7.2 Analisis Data

Data yang telah berhasil dikumpulkan kemudian akan dianalisis oleh peneliti. Analisis data merupakan bagian yang sangat penting dalam metode ilmiah, karena analisis data dapat memberikan arti dan makna yang berguna dalam memecahkan masalah penelitian. Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis data secara analitik dengan menganalisis data secara univariabel, bivariabel dan multivariabel dengan menggunakan salah satu software pengolah data.

a. Analisis Univariabel

Analisis univariabel digunakan untuk mendeskripsikan setiap variabel seperti rerata, median, modus, dan proporsi (Sastroasmoro dan Ismael, 2011:334). Analisis ini akan menggambarkan distribusi dan frekuensi masing-masing variabel, yaitu variabel bebas dan terikat yang digambarkan dalam bentuk tabel dan grafik.

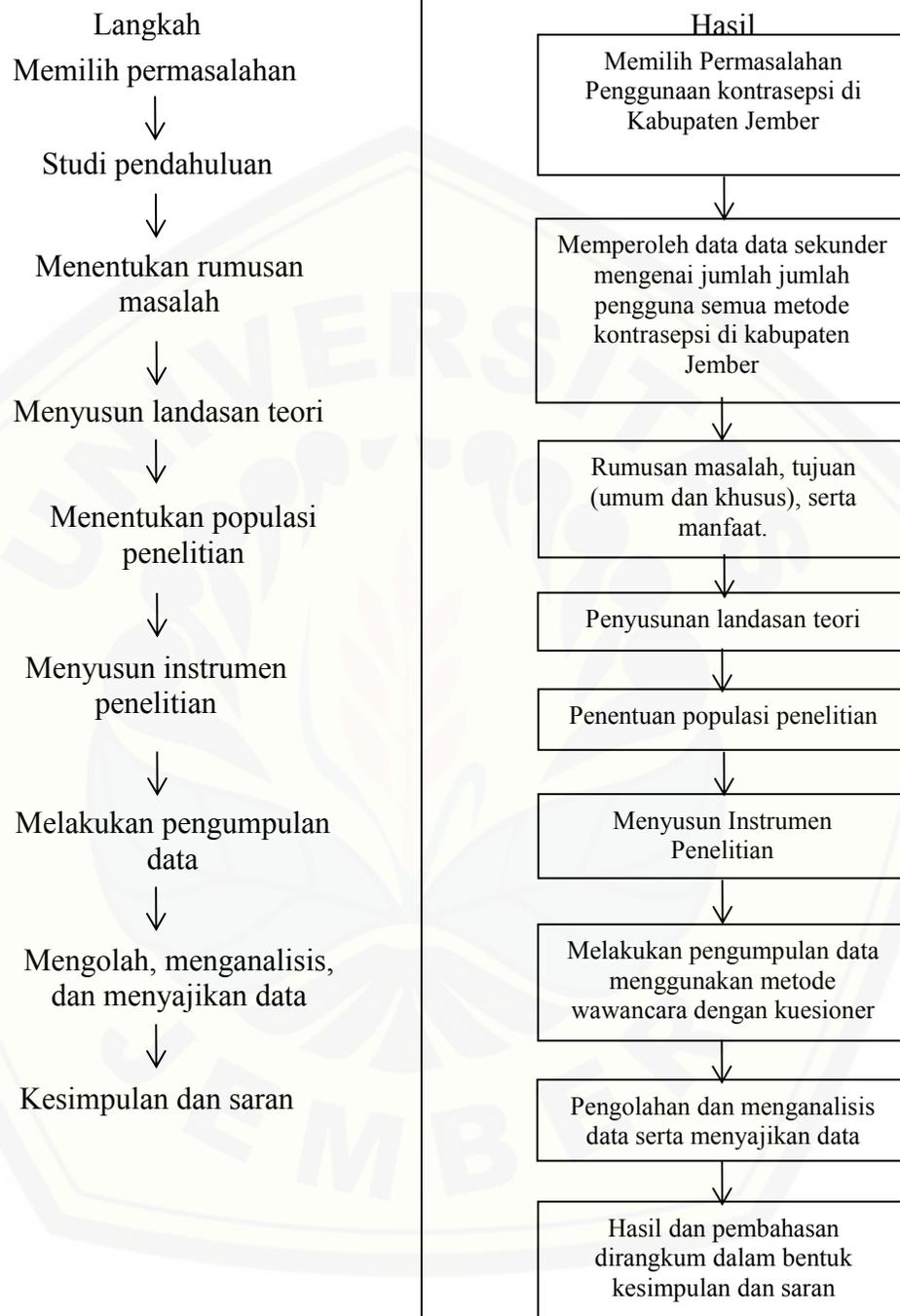
b. Analisis bivariabel

Analisis bivariabel dilakukan untuk mengetahui hubungan masing-masing variabel bebas terhadap variabel terikat dengan menggunakan uji chi square pada

derajat kepercayaan 95% ($\alpha=0,05$). Dasar pengambilan keputusan hipotesis adalah H_0 diterima jika $p\text{-value} \geq \alpha$ (0,05) dan H_0 ditolak jika $p\text{-value} \leq \alpha$ (0,05). Analisis selanjutnya menunjukkan kesimpulan adanya hubungan antara dua variabel secara bermakna atau tidak bermakna dilihat dari nilai *odd ratio* (OR). Besar kecilnya nilai OR menunjukkan besarnya keeratan hubungan antar dua variabel yang diuji (Notoadmodjo, 2012:184).



3.8 Kerangka Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil pembahasan mengenai hubungan otonomi perempuan dengan penggunaan kontrasepsi pada perempuan di Kabupaten Jember dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

- a. Berdasarkan karakteristik sosiodemografi dapat diketahui bahwa mayoritas perempuan berusia 20-44 tahun dan tidak bekerja; sebagian besar memiliki jumlah anak hidup 2 orang, memiliki status pendidikan dasar, dan memiliki jumlah pendapatan di bawah UMK, dan lebih dari separuh perempuan memiliki bentuk keluarga besar.
- b. Berdasarkan pengukuran otonomi didapatkan hasil bahwa lebih dari setengah perempuan memiliki otonomi tinggi. Jika dijabarkan berdasarkan pengukuran pada keempat elemen otonomi, lebih dari setengah perempuan memiliki otonomi tinggi dalam pembuatan keputusan keuangan dan pembuatan keputusan domestik/rumah tangga, lebih dari separuh perempuan memiliki otonomi rendah dalam kebebasan bergerak secara fisik, sebagian besar responden memiliki sikap tidak setuju terhadap kekerasan suami pada istri dan sikap setuju terhadap penolakan berhubungan seks dengan suami dengan kondisi tertentu.
- c. Mayoritas perempuan menggunakan metode kontrasepsi perempuan, sekitar 2,2% menggunakan kontrasepsi laki-laki yaitu metode MOP dan yang paling sedikit menggunakan kontrasepsi pasangan yaitu kondom.
- d. Proporsi otonomi tinggi lebih banyak pada perempuan yang memiliki tingkat pendidikan menengah dan tinggi, bekerja, berada pada keluarga dengan pendapatan di atas UMK, dan tinggal dengan keluarga kecil.
- e. Proporsi perempuan yang melibatkan suami dalam menggunakan kontrasepsi lebih banyak pada perempuan yang memiliki anak lebih dari dua dan bekerja.
- f. Otonomi keuangan, kebebasan bergerak secara fisik dan pengambilan

keputusan domestik/RT pada perempuan yang melibatkan suami dalam penggunaan metode kontrasepsi laki-laki dan pasangan lebih tinggi daripada perempuan yang tidak melibatkan suami dalam penggunaan kontrasepsi.

5.2 Saran

Saran yang dapat diberikan peneliti dari hasil penelitian ini antara lain:

a. Bagi Dinas Pemberdayaan Perempuan, Perlindungan Anak dan Keluarga Berencana

Peningkatan jangkauan dana bantuan sosial kepada kelompok kewirausahaan perempuan di Kabupaten Jember serta memberikan pelatihan keterampilan yang berkelanjutan bagi perempuan melalui kelompok UPPKS ataupun kelompok kewirausahaan sebagai langkah awal untuk perempuan agar siap bekerja atau berwirausaha. Perempuan yang bekerja diharapkan dapat berkontribusi meningkatkan perekonomian keluarga, yang nantinya akan berdampak pada peningkatan otonomi perempuan.

b. Bagi Perempuan

Berpartisipasi aktif dalam kegiatan kelompok kewirausahaan perempuan atau UPPKS untuk meningkatkan keterampilan diri sehingga perempuan dapat berwirausaha secara mandiri dan dapat membantu perekonomian keluarga.

c. Bagi Penelitian Selanjutnya

Diharapkan dapat meneliti terkait faktor kemudahan akses ke pelayanan kesehatan dan ketersediaan pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan penggunaan kontrasepsi. Penelitian yang serupa juga dapat dilakukan dengan melakukan analisis secara multivariat sehingga dapat diketahui keterkaitan hubungan antar variabel.

Daftar Pustaka

- Acharya, DR., Bell JS., Simkhada P., Regmi PR., Women's autonomy in Household Decision-Making: a Demographic Study in Nepal. *Reproduction Health Journal*;7:15
- Alemayehu, Mussie., Hailesellasie, Kiday., Biruh, Gebrezgabiher, Biruh., Tinsae, Fitwi., Kidanemariam, Abadi., Brhane, Yamane. 2014. Married Women's Autonomy and Associated on Modern Contraceptive Use in Adwa Town, Northern Ethiopia. *Science Journal of Public Health*;02:04
- Anggraeni, Yetti dan Martini. 2012. *Pelayanan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Rohima Press
- Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktis*. Jakarta: Rineka Cipta
- Arliana, W.O.D., Sarake, M., dan Seweng, A. 2012. Faktor yang berhubungan dengan Penggunaan Metode Kontrasepsi Hormonal pada Akseptor KB di Kelurahan Pasarwajo Kecamatan Pasarwajo Kabupaten Buton Sulawesi Tenggara. *Skripsi*. Universitas Hasanudin. Makasar
- Aryanti, Hery. 2014. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Penggunaan Kontrasepsi pada Perempuan Kawin Usia Dini di Kecamatan Aikmel Kabupaten Lombok Timur. *Tesis*. Denpasar: Universitas Udayana
- Asiimwe, JB., Ndugga, Patricia., Mushomi, John. 2013. Sociodemographic Factors Associated With Contraceptive Use Among Young women In Comparison With Older Women In Uganda. *Journal of Humanities and Social Science Invention International Journal of Humanities and Social Science Invention* ISSN: 2319-722
- Asya A. Al-Riyami dan Afifi, Mustafa. 2003. Women Empowerment and Marital Fertility in Oman Saudi. *Medical Journal*: Vol. 24:07
- Bertrand, Jane T. 1980. *Audience Research for Improving Family Planning Communication Programs*. University of Chicago: Media Monograph

- BKKBN, 2013. *Survey Demografi Kesehatan Indonesia 2012*. Jakarta: BKKBN.
- BKKBN, 2014. *Pemantauan Pasangan Usia Subur Melalui Mini Survey 2017*. Jakarta: Puslitbang, BKKBN.
- BPS. 2010. *Klasifikasi Perkotaan dan Perdesaan Indonesia, di Kabupaten Jember*: Badan Pusat Statistik Kabupaten Jember
- BPS, BKKBN, Kemenkes, ICF International. 2012. *Indonesia Demographic and Health Survey 2012*. Jakarta: BPS, BKKBN, Kemenkes dan ICF International
- Budiarto, E. 2003. *Metodologi Penelitian Kedokteran*. Jakarta: EGC
- Dasgupta, Aparajita., Bandyopadhyay, Kajari., Bandyopadhyay, Lina., Paul, Bobby., dan Banerjee, Sitikantha. 2016. Does Women Empowerment Predict Contraceptive Use? A Study in a Rural Area of Hooghly District, West Bengal. *Indian Journal of Community Health*; 28:03
- Ewerling, F., Lynch JW., Victoria V.G., Eederwijk, Van.A., Tyszler M. 2017. The SWPER index for Women's Empowerment in Africa: Development and Validation of an index based on Survey Data. *Lancet Glob Health*; [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30292-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30292-9)
- Fatoni, Zainal., Astuti, Yuli., Seftiani, Sari., Situmorang, Agustina., Widayatun., dan Purwaningsih, S. 2015. Implementasi Kebijakan Kesehatan Reproduksi Di Indonesia. *Jurnal Kependudukan Indonesia*; 10:1
- Hameed, Azmat., Ali, Syeikh., Abbas, Temmerman, Avan. 2014. Women's Empowerment and Contraceptive Use: The Role of Independent versus Couples' Decision-Making, from a Lower Middle Income Country Perspectiv. *PlosOne Journal*; 9:8
- Handayani, Lestari., Suharmiati., Hariastuti, Iswari., Latifah, Choirun. 2012. Peningkatan Informasi Tentang KB: Hak Kesehatan Reproduksi yang Perlu Diperhatikan Oleh Program Pelayanan Keluarga Berencana. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*; 15:3

- Haque, Mahfuza, Tareque, dan Mostofa. 2011. Women Empowerment or Autonomy: A Comparative View in Bangladesh Context. *Bangladesh e-Journal of Sociology*; 8:2
- Hawkins, Laurie James., Peters, Courtney., VanderEnde, Kristin., Bardin, Lauren. 2016. Women's Agency and Its Relationship to Current Contraceptive Use in Lower and Middle Income Countries: A systemic Review of The Literature. *Global Public Health*; 1744-1622
- Ihromi, T.O.1995. *Kajian Perempuan dalam Pembangunan*. Jakarta: Yayasan Obor Indonesia
- Kementerian Pemberdayaan Perempuan Dan Perlindungan Anak. 2016. *Pembangunan Berbasis Gender 2016*. Jakarta: Kementerian Pemberdayaan Perempuan Dan Perlindungan Anak
- Kementerian Pemberdayaan Perempuan Dan Perlindungan Anak. 2011. *Pengarusutamaan Gender*. Jakarta: Kementerian Pemberdayaan Perempuan Dan Perlindungan Anak
- Kumar, Kaushlendra dan Tiwari, Mukesh. 2008 . Women's Autonomy and Utilization of Maternal and Child Health Care Services in India. [serial on line] www.e-bookspdf.org
- Lemeshow, S. 1997. *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Gajah Mada University
- Margono. 2004. *Metodologi Penelitian Pendidikan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Marmi. 2016. *Buku Ajar: Pelayanan KB*. Yogyakarta: Pustaka Belajar
- Monjok, Emmanuel., Smesny, Andrea., Ekabua, E.John., Essien, E.James. 2010. Contraceptive Practice in Nigeria: Literature Review And Recommendation For Future Policy Decisions. *Dove Press Journal of Contraception*: 9-22
- Manuaba, I.B.G., 2010. *Kebidanan, Riwayat Kandungan & Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC.

- Muniroh, I.D., Luthviatin, N dan Istiaji. 2014. Dukungan Sosial Suami Terhadap Istri untuk Menggunakan Alat Kontrasepsi Medis Operasi Wanita (MOW) (Studi Kualitatif pada Pasangan Usia Subur Unmet Need di Kecamatan Puger Kabupaten Jember). *e-Jurnal Pustaka Kesehatan*, vol. 2 (no.1) Januari. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Jember
- Musdalifah, Sarake, M., dan Rahma. 2013. Factor yang Berhubungan dengan Pemilihan Kontrasepsi Hormonal Pasutri di Wilayah Kerja Puskesmas Lampa Kecamatan Duampanua Kabupaten Pinrang 2013. *Jurnal Ilmiah Universitas Hasanudin Makasar*
- Nazir. 2003. *Metode Penelitian*. Bogor: Ghalia Indonesia
- Nigatu, Gebremariam., Abera, Setegn dan Deribe. 2014. Factors Associated With Women's Autonomy Regarding Maternal and Child Health Care Utilization In Bale Zone: A Community Based Cross-Sectional Study. *BMC Women's Health Journal*; 14:79
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- OlaOlorun, Funmilola dan Hindin J. 2014. Having a Say Matters: Influence of Decision-MakingPower on Contraceptive Use among Nigerian WomenAges 35–49 Years. *PlosOne Journal*; 9:6
- Ozochukwu, Chimamaka E., Fawole, Olufunmilayo., Adebowale, Ayo.S. 2016. Women Empowerment and Modern Contraceptive Use Among Married Women in Ibadan, Oyo State Nigeria. *African Population Studies Journals*; 30:2
- Rafidah, Ida dan Arif, Wibowo. 2012. Pengaruh Dukungan Suami terhadap Kepatuhan Akseptor Melakukan KB Suntik. *Jurnal Biometrika dan Kependudukan*;1:1
- Rahman, Mosfequr., mostofa, Golam., Hoque, Aminul. 2014. Women'shousehold decision-making autonomy and contraceptive behavior among Bangladeshi women. *Sexual & Reproductive Healthcare Journal*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2013.12.003>

- Rajpurohit, Candra., Kesarwani, Priyanka., dan Srivastava, Vinod. 2014. Contraceptive use by women of rural Uttar Pradesh - A socio-demographic study. *Indian Journal of Community Health*; 26:02
- Rina, H. 2004. Family Planning Decision Making: Case Studied in West java, Indonesia. *Australian Population Association, Canberra, Australia Journal*
- Saleem, Shabana and Bobak, Martin. 2005. Women's Autonomy, Education and Contraception Use in Pakistan: a National Study. *Reproductive Health Journal*; 2:8.
- Sastroasmoro, S.W. 2014. *Dasar-dasar Metode Penelitian Klinis*. Jakarta: Sagung Seto
- Sastroasmoro, S. dan Ismael, S. 2010. *Dasar-dasar Metode Penelitian Klinis*. Jakarta: Sagung Seto
- Sitopu, S.D. 2012. Hubungan Pengetahuan Akseptor Keluarga Berencana dengan Penggunaan Alat Kontrasepsi di Puskesmas Helvetia Medan. *Skripsi*. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Darma Agung Medan.
- Sugiyono, 2014. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan Kombinasi (Mixed Methods)*. Bandung: alfabeta
- Sulistyarini, Puspitasari, dan Indriani. 2013. Peningkatan Peran Perempuan di Masyarakat terhadap Hak Reproduksi pada Perempuan Usia Subur di Kota Surabaya. *Jurnal Biometrika dan Kependudukan*;2:2
- Susanto, Hasan. 2015. Tantangan Mewujudkan Kesetaraan Gender Dalam Budaya Patriarki. *Muwazah Jurnal Kependudukan*;7:2
- Tadesse, Mekonnen., Teklie, Habtamu., Yazew, Gofu., Gebreselassie, Tesfayi. 2013. Women's Empowerment as a Determinant of Contraceptive Use in Ethiopia: Further Analysis of the 2011 Ethiopia Demographic and Health Survey. *Ministry of women, Children and Youth Affairs and ICF International: DHS Further Analysis report No.82*
- UNFPA. 2005. *Human Rights*. [serial on line] <http://www.unfpa.org/rights/> [2 Oktober 2017]

Widyastiwi, D. 2016. Gambaran Tingkat Pengetahuan, Pengalaman, Dan Dukungan Suami dalam Penggunaan Kontrasepsi di Desa Bendosari Kabupaten Boyolali. *Naskah Publikasi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta*. Surakarta

Wado, Yohannes Dibaba. 2013. Women's Autonomy and Reproductive Healthcare-Seeking Behavior in Ethiopia. *USAID Pappers. USAID: DHS Working Pappers no.91*



Lampiran A. Informed Consent

LEMBAR PERSETUJUAN PARTISIPASI DALAM PENELITIAN
INFORMED CONSENT

Identitas Responden

Nama :

No. HP :

Alamat :

Saya yang bertandatangan di bawah ini menyatakan persetujuan menjadi responden dalam penelitian yang berjudul “Hubungan Otonomi Perempuan dengan Penggunaan Metode Kontrasepsi di Kabupaten Jember” yang dilakukan oleh Hadaina Wulan Rahayu Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan risiko apapun terhadap saya dan keluarga saya. Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal tersebut dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar. Peneliti bersedia menjamin kerahasiaan hasil wawancara dan hal-hal yang berhubungan privasi saya.

Demikian pertanyaan ini dibuat agar digunakan dengan semestinya.

Jember,.....2017

Responden

(.....)

Lampiran B. Kuesioner Penelitian

LEMBAR KUESIONER PENELITIAN
HUBUNGAN OTONOMI PEREMPUAN DENGAN PENGGUNAAN
KONTRASEPSI DI KABUPATEN JEMBER

Nomor Urut Responden : _____

Tanggal Pengisian : _____

A. Data Umum Responden

1. Nama : _____

2. Alamat : _____

3. No telepon/HP : _____

B. Karakteristik Responden

No	Pertanyaan	Jawaban	Keterangan
B1	Berapakah umur Anda?	a. ... tahun	
B2	Berapakah umur suami Anda?	a. ... tahun	
B3	Apakah Anda pernah hamil?	a. Ya b. Tidak (Lanjut ke B6)	
B4	Berapakah jumlah anak yang pernah Anda lahirkan?	Sebutkan...	
B5	Berapakah jumlah anak anda yang hidup saat ini?	a. 0 b. 1-2 c. >2	
B6	Apakah Anda pernah sekolah?	a. Ya b. Tidak (Lanjut ke B8)	
B7	Apa tingkat pendidikan terakhir yang Anda tempuh?	a. Tidak tamat SD b. Tamat SD c. Tamat SMP d. Tamat SMA e. Tamat Diploma/PT	
B8	Apakah suami Anda pernah sekolah?	a. Ya b. Tidak (Lanjut ke B10)	
B9	Apa tingkat pendidikan terakhir yang suami Anda tempuh?	a. Tidak tamat SD b. Tamat SD c. Tamat SMP d. Tamat SMA e. Tamat Diploma/PT	
B10	Apakah saat ini anda bekerja?	a. Ya b. Tidak (Lanjut ke B12)	
B11	Apakah jenis pekerjaan Anda?	a. PNS/BUMN/BUMD b. Karyawan swasta c. Wiraswasta d. Lainnya, sebutkan	
B12	Apakah saat ini suami anda bekerja?	a. Ya b. Tidak (lanjut ke B14)	

B13	Apakah jenis pekerjaan suami Anda?	a. PNS/BUMN/BUMD b. Karyawan swasta c. Wiraswasta d. Lainnya, sebutkan	
B14	Berapakah penghasilan keluarga Anda per bulan?	a. \geq Rp 1.763.392,50 b. $<$ Rp 1.763.392,50	
B15	Darimanakah sumber penghasilan tersebut?	a. Penghasilan suami b. Penghasilan istri c. Penghasilan suami dan istri d. Lainnya, sebutkan...	
B16	Siapa sajakah yang tinggal bersama dalam satu rumah tinggal saat ini?	a. Suami dan anak b. Suami, anak, dan anggota keluarga lainnya	

C. Penggunaan Kontrasepsi

C1	Apakah saat ini Anda menggunakan kontrasepsi?	a. Ya b. Tidak	
C2	Metode kontrasepsi apa yang Anda gunakan?	a. Kondom b. Kap serviks c. Diafragma d. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)/ Intra Uterine Device (IUD) e. Pil KB f. Implant/susuk KB g. Suntik KB h. Metode kimiawi: Suppositorial, jelly/ cream / pasta, tissue, tabelt berrbusa,aerosol j. Tubektomi k. Vasektomi l. Metode kalender m. Metode pengamatan lender serviks f. Senggama terputus	
C3	Sejak kapan anda menggunakan metode kontrasepsi tersebut?	Sebutkan.....	

D. Otonomi Perempuan

Otonomi Keuangan			
D1	Siapakah yang menentukan keputusan akhir dalam pengeluaran keuangan keluarga?	a. Saya sendiri, b. Saya dengan suami, c. Saya dengan oranglain, sebutkan... d. Suami sendiri e. Suami dan Orang lain f. Lainnya,	Skor:
D2	Siapakah yang menentukan keputusan akhir dalam pembelian barang bernilai tinggi (contoh: TV, kulkas, perhiasan)?	a. Saya sendiri, b. Saya dengan suami, c. Saya dengan oranglain,	Skor:

		sebutkan... d. Suami sendiri e. Suami dan Orang lain f. Lainnya,	
D3	Siapakah yang menentukan keputusan akhir dalam pengeluaran keuangan atau pembelian kebutuhan sehari-hari?	a. Saya sendiri, b. Saya dengan suami, c. Saya dengan oranglain, sebutkan... d. Suami sendiri e. Suami dan Orang lain f. Lainnya,	Skor:
D4	Apakah Anda memiliki uang dalam bentuk tabungan?	a. Ya b. Tidak	Skor:
Kebebasan Bergerak secara Fisik			
D5	Apakah Anda memiliki kebebasan untuk pergi mengunjungi keluarga/teman/kerabat?	a. Ya b. Tidak	Skor:
D6	Apakah anda memiliki kebebasan untuk pergi belanja sendirian atau dengan orang lain selain anggota keluarga yang serumah?	a. Ya b. Tidak	Skor:
D7	Apakah anda memiliki kebebasan pergi keluar desa/kota sendirian?	a. Ya b. Tidak	Skor:
D8	Apakah anda memiliki kebebasan untuk pergi ke pelayanan kesehatan sendirian tanpa harus menunggu ijin orang lain dan tanpa ditemani oleh anggota keluarga dewasa lainnya?	a. Ya b. Tidak	Skor:
Otonomi dalam pembuatan keputusan domestik/rumah tangga			
D9	Siapakah yang menentukan keputusan akhir terkait keluarga berencana?	a. Saya sendiri, b. Saya dengan suami, c. Saya dengan oranglain, sebutkan... d. Suami sendiri e. Suami dan Orang lain f. Lainnya,	Skor:
D10	Siapakah yang menentukan keputusan akhir terkait pendidikan anak?	a. Saya sendiri, b. Saya dengan suami, c. Saya dengan oranglain, sebutkan... d. Suami sendiri e. Suami dan Orang lain f. Lainnya,	Skor:
D11	Siapakah yang menentukan keputusan akhir terkait pelayanan kesehatan ketika anda sedang sakit?	a. Saya sendiri, b. Saya dengan suami, c. Saya dengan oranglain, sebutkan... d. Suami sendiri e. Suami dan Orang lain f. Lainnya,	Skor:
D12	Siapakah yang menentukan keputusan akhir terkait pelayanan kesehatan untuk anak anda?	a. Saya sendiri, b. Saya dengan suami, c. Saya dengan oranglain, sebutkan...	Skor:

		d. Suami sendiri e. Suami dan Orang lain f. Lainnya,	
Sikap terhadap kekerasan/pemukulan terhadap istri dan sikap terhadap penolakan hubungan seks dengan suami.			
D13	Apakah anda setuju jika seorang suami memukul istrinya/melakukan kekerasan saat ia merasa terganggu atau marah ketika sang istri pergi tanpa meminta ijin dahulu kepadanya?	a. Ya b. Tidak	Skor:
D14	Apakah anda setuju jika seorang suami memukul Istrinya / melakukan kekerasan saat ia merasa terganggu atau marah ketika istri mengabaikan anak-anaknya?	a. Ya b. Tidak	Skor:
D15	Apakah anda setuju jika seorang suami memukul istrinya/melakukan kekerasan saat ia merasa terganggu atau marah ketika sang istri berbeda pendapat dengan dia?	a. Ya b. Tidak	Skor:
D16	Apakah anda setuju jika seorang suami memukul istrinya/melakukan kekerasan saat ia marah ketika sang istri menolak untuk berhubungan seks dengannya?	a. Ya b. Tidak	Skor:
D17	Apakah anda setuju jika seorang suami memukul istrinya/melakukan kekerasan saat ia merasa terganggu atau marah ketika sang istri melakukan hal sepele yang mungkin tidak disukainya seperti saat sang istri membakar makanan sehingga menimbulkan bau yang mengganggu?	a. Ya b. Tidak	Skor:
D18	Apakah anda setuju jika seorang istri berhak menolak berhubungan seks dengan suami ketika istri tahu suami memiliki penyakit menular seksual (misal penyakit HIV/AIDS) ?	a. Ya b. Tidak	Skor:
D19	Apakah anda setuju jika seorang istri berhak menolak berhubungan seks dengan suami ketika istri tahu sang suami pernah berhubungan seks dengan perempuan lain?	a. Ya b. Tidak	Skor:
D20	Apakah anda setuju jika seorang istri berhak menolak berhubungan seks dengan suami ketika sang istri baru saja melahirkan?	a. Ya b. Tidak	Skor:
D21	Apakah anda setuju jika seorang istri berhak menolak berhubungan seks dengan suami ketika seorang istri dalam keadaan lelah atau sedang dalam suasana hati yang buruk?	a. Ya b. Tidak	Skor:

Lampiran C. Dokumentasi



Gambar 1. Wawancara dengan Responden



Gambar 2. Bukti Konsumsi Pil KB



Gambar 3. Bukti KB suntik

Lampiran D. Hasil Analisis

A. Hasil Analisis Bivariabel

Variabel sosiodemografi*Otonomi Perempuan

1. Usia Istri*Otonomi Perempuan

Crosstab

Count		otonomi perempuan		Total
		rendah	tinggi	
umur istri	15-19	5	1	6
	20-44	51	70	121
	45-49	2	7	9
Total		58	78	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,608 ^a	2	,061
Likelihood Ratio	5,897	2	,052
Linear-by-Linear Association	4,977	1	,026
N of Valid Cases	136		

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,56.

Penggabungan Kategori

umur2 * otonomi perempuan Crosstabulation

Count		otonomi perempuan		Total
		rendah	tinggi	
umur2	<20 dan >45	7	8	15
	20-44	51	70	121
Total		58	78	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,111 ^a	1	,739		

Continuity Correction ^b	,003	1	,955		
Likelihood Ratio	,111	1	,739		
Fisher's Exact Test				,786	,473
Linear-by-Linear Association	,111	1	,740		
N of Valid Cases	136				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,40.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for umur2 (<20 dan >45 / 20-44)	1,201	,409	3,525
For cohort otonomi perempuan = rendah	1,107	,620	1,977
For cohort otonomi perempuan = tinggi	,922	,561	1,516
N of Valid Cases	136		

2. Jumlah anak*otonomi perempuan

jumlah anak hidup * otonomi perempuan Crosstabulation

Count

		otonomi perempuan		Total
		rendah	tinggi	
jumlah anak hidup	1-2	51	61	112
	>2	7	17	24
Total		58	78	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,165 ^a	1	,141		
Continuity Correction ^b	1,548	1	,213		
Likelihood Ratio	2,239	1	,135		
Fisher's Exact Test				,175	,106
Linear-by-Linear Association	2,149	1	,143		
N of Valid Cases	136				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,24.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for jumlah anak hidup (1-2 / >2)	2,030	,781	5,279
For cohort otonomi perempuan = rendah	1,561	,811	3,007
For cohort otonomi perempuan = tinggi	,769	,565	1,046
N of Valid Cases	136		

3. pendidikan istri * otonomi perempuan

Crosstab

Count

		otonomi perempuan		Total
		rendah	tinggi	
pendidikan istri	Pendidikan Dasar	51	41	92
	Pendidikan Menengah	7	34	41
	Pendidikan Tinggi	0	3	3
Total		58	78	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19,345 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	21,657	2	,000
Linear-by-Linear Association	18,786	1	,000
N of Valid Cases	136		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,28.

Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for pendidikan istri (Pendidikan Dasar / Pendidikan Menengah)	^a

a. Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2*2 table without empty cells.

Penggabungan Kategori

pendidikan istri * otonomi perempuan Crosstabulation

Count

		otonomi perempuan		Total
		rendah	tinggi	
pendidikan istri	Pendidikan Dasar	51	40	91

Pendidikan Menengah dan Tinggi	7	38	45
Total	58	78	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	20,180 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	18,559	1	,000		
Likelihood Ratio	21,864	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	20,032	1	,000		
N of Valid Cases	136				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 19,19.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pendidikan istri (Pendidikan Dasar / Pendidikan Menengah dan Tinggi)	6,921	2,797	17,130
For cohort otonomi perempuan = rendah	3,603	1,781	7,289
For cohort otonomi perempuan = tinggi	,521	,400	,678
N of Valid Cases	136		

4. pekerjaan istri * otonomi perempuan

Crosstab

Count

		otonomi perempuan		Total
		rendah	tinggi	
pekerjaan istri	Tidak bekerja	57	50	107
	Bekerja	1	28	29
Total		58	78	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	23,155 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	21,163	1	,000		

Likelihood Ratio	29,009	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	22,985	1	,000		
N of Valid Cases	136				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,37.

b. Computed only for a 2x2 table

5. jumlah pendapatan keluarga * otonomi perempuan

Crosstab

Count		otonomi perempuan		Total
		rendah	tinggi	
jumlah pendapatan keluarga	di bawah UMK	55	38	93
	di atas UMK	3	40	43
Total		58	78	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	32,711 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	30,613	1	,000		
Likelihood Ratio	38,023	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	32,470	1	,000		
N of Valid Cases	136				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 18,34.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for jumlah pendapatan keluarga (di bawah UMK / di atas UMK)	19,298	5,562	66,952
For cohort otonomi perempuan = rendah	8,477	2,809	25,578
For cohort otonomi perempuan = tinggi	,439	,339	,568
N of Valid Cases	136		

6. bentuk keluarga * otonomi perempuan

Crosstab

Count

		otonomi perempuan		Total
		rendah	tinggi	
bentuk keluarga	keluarga besar	37	36	73
	keluarga kecil	21	42	63
Total		58	78	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,163 ^a	1	,041		
Continuity Correction ^b	3,483	1	,062		
Likelihood Ratio	4,198	1	,040		
Fisher's Exact Test				,056	,031
Linear-by-Linear Association	4,132	1	,042		
N of Valid Cases	136				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 26,87.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for bentuk keluarga (keluarga besar / keluarga kecil)	2,056	1,024	4,124
For cohort otonomi perempuan = rendah	1,521	1,003	2,305
For cohort otonomi perempuan = tinggi	,740	,553	,989
N of Valid Cases	136		

Sosiodemografi*Otonomi Keuangan

1. umur2 * otonomi keuangan

Crosstab

Count

		otonomi keuangan		Total
		rendah	tinggi	
umur2	<20 dan >45	10	5	15

20-44	54	67	121
Total	64	72	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,602 ^a	1	,107		
Continuity Correction ^b	1,792	1	,181		
Likelihood Ratio	2,628	1	,105		
Fisher's Exact Test				,169	,090
Linear-by-Linear Association	2,583	1	,108		
N of Valid Cases	136				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,06.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for umur2 (<20 dan >45 / 20-44)	2,481	,800	7,695
For cohort otonomi keuangan = rendah	1,494	,992	2,249
For cohort otonomi keuangan = tinggi	,602	,289	1,253
N of Valid Cases	136		

2. jumlah anak hidup * otonomi keuangan

Crosstab

Count

		otonomi keuangan		Total
		rendah	tinggi	
jumlah anak hidup	1-2	56	56	112
	>2	8	16	24
Total		64	72	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,204 ^a	1	,138		
Continuity Correction ^b	1,585	1	,208		
Likelihood Ratio	2,248	1	,134		

Fisher's Exact Test				,178	,103
Linear-by-Linear Association	2,188	1	,139		
N of Valid Cases	136				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,29.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for jumlah anak hidup (1-2 / >2)	2,000	,792	5,049
For cohort otonomi keuangan = rendah	1,500	,827	2,720
For cohort otonomi keuangan = tinggi	,750	,535	1,052
N of Valid Cases	136		

3. pendidikan istri * otonomi keuangan

Crosstab

Count

		otonomi keuangan		Total
		rendah	tinggi	
pendidikan istri	Pendidikan Dasar	51	40	91
	Pendidikan Menengah dan Tinggi	13	32	45
Total		64	72	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8,912 ^a	1	,003		
Continuity Correction ^b	7,855	1	,005		
Likelihood Ratio	9,141	1	,002		
Fisher's Exact Test				,003	,002
Linear-by-Linear Association	8,847	1	,003		
N of Valid Cases	136				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 21,18.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pendidikan istri (Pendidikan Dasar / Pendidikan Menengah dan Tinggi)	3,138	1,459	6,752
For cohort otonomi keuangan = rendah	1,940	1,185	3,177
For cohort otonomi keuangan = tinggi	,618	,459	,832
N of Valid Cases	136		

4. pekerjaan istri * otonomi keuangan

Crosstab

Count		otonomi keuangan		Total
		rendah	tinggi	
pekerjaan istri	Tidak bekerja	61	46	107
	Bekerja	3	26	29
Total		64	72	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	19,943 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	18,114	1	,000		
Likelihood Ratio	22,551	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	19,796	1	,000		
N of Valid Cases	136				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,65.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pekerjaan istri (Tidak bekerja / Bekerja)	11,493	3,277	40,310
For cohort otonomi keuangan = rendah	5,511	1,864	16,293
For cohort otonomi keuangan = tinggi	,480	,373	,616
N of Valid Cases	136		

5. jumlah pendapatan keluarga * otonomi keuangan

Crosstab

Count		otonomi keuangan		Total
		rendah	tinggi	
jumlah pendapatan keluarga	di bawah UMK	57	36	93
	di atas UMK	7	36	43
Total		64	72	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	23,912 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	22,140	1	,000		
Likelihood Ratio	25,716	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	23,736	1	,000		
N of Valid Cases	136				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 20,24.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for jumlah pendapatan keluarga (di bawah UMK / di atas UMK)	8,143	3,275	20,246
For cohort otonomi keuangan = rendah	3,765	1,876	7,558
For cohort otonomi keuangan = tinggi	,462	,347	,616
N of Valid Cases	136		

6. bentuk keluarga * otonomi keuangan

Crosstab

Count		otonomi keuangan		Total
		rendah	tinggi	
bentuk keluarga	keluarga besar	37	36	73
	keluarga kecil	27	36	63
Total		64	72	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,832 ^a	1	,362		
Continuity Correction ^b	,547	1	,459		
Likelihood Ratio	,833	1	,361		
Fisher's Exact Test				,393	,230
Linear-by-Linear Association	,826	1	,364		
N of Valid Cases	136				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 29,65.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for bentuk keluarga (keluarga besar / keluarga kecil)	1,370	,696	2,699
For cohort otonomi keuangan = rendah	1,183	,822	1,702
For cohort otonomi keuangan = tinggi	,863	,629	1,184
N of Valid Cases	136		

Sosiodemografi*Kebebasan Bergerak Secara Fisik

1. umur2 * kebebasan bergerak fisik

Crosstab

Count

	kebebasan bergerak fisik		Total
	rendah	tinggi	
umur2 <20 dan >45	7	8	15
20-44	72	49	121
Total	79	57	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,903 ^a	1	,342		
Continuity Correction ^b	,453	1	,501		

Likelihood Ratio	,891	1	,345		
Fisher's Exact Test				,410	,249
Linear-by-Linear Association	,897	1	,344		
N of Valid Cases	136				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,29.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for umur2 (<20 dan >45 / 20-44)	,595	,203	1,749
For cohort kebebasan bergerak fisik = rendah	,784	,448	1,374
For cohort kebebasan bergerak fisik = tinggi	1,317	,783	2,216
N of Valid Cases	136		

2. jumlah anak hidup * kebebasan bergerak fisik

Crosstab

Count

		kebebasan bergerak fisik		Total
		rendah	tinggi	
jumlah anak hidup	1-2	68	44	112
	>2	11	13	24
Total		79	57	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,798 ^a	1	,180		
Continuity Correction ^b	1,238	1	,266		
Likelihood Ratio	1,775	1	,183		
Fisher's Exact Test				,254	,133
Linear-by-Linear Association	1,785	1	,182		
N of Valid Cases	136				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,06.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for jumlah anak hidup (1-2 / >2)	1,826	,752	4,439
For cohort kebebasan bergerak fisik = rendah	1,325	,836	2,098
For cohort kebebasan bergerak fisik = tinggi	,725	,470	1,120
N of Valid Cases	136		

3. pendidikan istri * kebebasan bergerak fisik

Crosstab

Count		kebebasan bergerak fisik		Total
		rendah	tinggi	
pendidikan istri	Pendidikan Dasar	66	25	91
	Pendidikan Menengah dan Tinggi	13	32	45
Total		79	57	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	23,552 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	21,794	1	,000		
Likelihood Ratio	23,859	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	23,379	1	,000		
N of Valid Cases	136				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 18,86.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pendidikan istri (Pendidikan Dasar / Pendidikan Menengah dan Tinggi)	6,498	2,943	14,349
For cohort kebebasan bergerak fisik = rendah	2,511	1,560	4,039
For cohort kebebasan bergerak fisik = tinggi	,386	,264	,566

N of Valid Cases	136		
------------------	-----	--	--

4. pekerjaan istri * kebebasan bergerak fisik

Crosstab

Count		kebebasan bergerak fisik		Total
		rendah	tinggi	
pekerjaan istri	Tidak bekerja	78	29	107
	Bekerja	1	28	29
Total		79	57	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	45,201 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	42,394	1	,000		
Likelihood Ratio	51,226	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	44,869	1	,000		
N of Valid Cases	136				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,15.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pekerjaan istri (Tidak bekerja / Bekerja)	75,310	9,795	579,007
For cohort kebebasan bergerak fisik = rendah	21,140	3,070	145,549
For cohort kebebasan bergerak fisik = tinggi	,281	,204	,386
N of Valid Cases	136		

5. jumlah pendapatan keluarga * kebebasan bergerak fisik

Crosstab

Count		kebebasan bergerak fisik		Total
		rendah	tinggi	
jumlah pendapatan keluarga	di bawah UMK	70	23	93
	di atas UMK	9	34	43
Total		79	57	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	35,662 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	33,465	1	,000		
Likelihood Ratio	36,799	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	35,400	1	,000		
N of Valid Cases	136				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 18,02.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for jumlah pendapatan keluarga (di bawah UMK / di atas UMK)	11,498	4,804	27,520
For cohort kebebasan bergerak fisik = rendah	3,596	1,988	6,504
For cohort kebebasan bergerak fisik = tinggi	,313	,213	,460
N of Valid Cases	136		

6. bentuk keluarga * kebebasan bergerak fisik

Crosstab

Count

		kebebasan bergerak fisik		Total
		rendah	tinggi	
bentuk keluarga	keluarga besar	46	27	73
	keluarga kecil	33	30	63
Total		79	57	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,570 ^a	1	,210		
Continuity Correction ^b	1,164	1	,281		
Likelihood Ratio	1,571	1	,210		
Fisher's Exact Test				,227	,140

Linear-by-Linear Association	1,559	1	,212	
N of Valid Cases	136			

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 26,40.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for bentuk keluarga (keluarga besar / keluarga kecil)	1,549	,780	3,075
For cohort kebebasan bergerak fisik = rendah	1,203	,897	1,614
For cohort kebebasan bergerak fisik = tinggi	,777	,523	1,154
N of Valid Cases	136		

Sosiodemografi*Otonomi Domestik/RT

1. umur2 * otonomi keputusan RT

Crosstab

Count

		otonomi keputusan RT		Total
		rendah	tinggi	
umur2	<20 dan >45	7	8	15
	20-44	57	64	121
Total		64	72	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,001 ^a	1	,974		
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,001	1	,974		
Fisher's Exact Test				1,000	,597
Linear-by-Linear Association	,001	1	,974		
N of Valid Cases	136				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,06.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for umur2 (<20 dan >45 / 20-44)	,982	,335	2,880
For cohort otonomi keputusan RT = rendah	,991	,559	1,757
For cohort otonomi keputusan RT = tinggi	1,008	,610	1,666
N of Valid Cases	136		

2. jumlah anak hidup * otonomi keputusan RT

Crosstab

Count

		otonomi keputusan RT		Total
		rendah	tinggi	
jumlah anak hidup	1-2	56	56	112
	>2	8	16	24
Total		64	72	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,204 ^a	1	,138		
Continuity Correction ^b	1,585	1	,208		
Likelihood Ratio	2,248	1	,134		
Fisher's Exact Test				,178	,103
Linear-by-Linear Association	2,188	1	,139		
N of Valid Cases	136				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,29.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for jumlah anak hidup (1-2 / >2)	2,000	,792	5,049
For cohort otonomi keputusan RT = rendah	1,500	,827	2,720
For cohort otonomi keputusan RT = tinggi	,750	,535	1,052
N of Valid Cases	136		

3. pendidikan istri * otonomi keputusan RT

Crosstab

Count

		otonomi keputusan RT		Total
		rendah	tinggi	
pendidikan istri	Pendidikan Dasar	54	37	91
	Pendidikan Menengah dan Tinggi	10	35	45
Total		64	72	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	16,652 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	15,195	1	,000		
Likelihood Ratio	17,433	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	16,529	1	,000		
N of Valid Cases	136				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 21,18.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pendidikan istri (Pendidikan Dasar / Pendidikan Menengah dan Tinggi)	5,108	2,255	11,573
For cohort otonomi keputusan RT = rendah	2,670	1,506	4,733
For cohort otonomi keputusan RT = tinggi	,523	,390	,701
N of Valid Cases	136		

4. pekerjaan istri * otonomi keputusan RT

Crosstab

Count

		otonomi keputusan RT		Total
		rendah	tinggi	
pekerjaan istri	Tidak bekerja	62	45	107
	Bekerja	2	27	29
Total		64	72	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	23,865 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	21,860	1	,000		
Likelihood Ratio	27,889	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	23,689	1	,000		
N of Valid Cases	136				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,65.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pekerjaan istri (Tidak bekerja / Bekerja)	18,600	4,206	82,260
For cohort otonomi keputusan RT = rendah	8,402	2,185	32,311
For cohort otonomi keputusan RT = tinggi	,452	,354	,576
N of Valid Cases	136		

5. jumlah pendapatan keluarga * otonomi keputusan RT

Crosstab

Count

		otonomi keputusan RT		Total
		rendah	tinggi	
jumlah pendapatan keluarga	di bawah UMK	58	35	93
	di atas UMK	6	37	43
Total		64	72	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	27,662 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	25,753	1	,000		
Likelihood Ratio	30,133	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	27,459	1	,000		
N of Valid Cases	136				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 20,24.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for jumlah pendapatan keluarga (di bawah UMK / di atas UMK)	10,219	3,916	26,668
For cohort otonomi keputusan RT = rendah	4,470	2,093	9,546
For cohort otonomi keputusan RT = tinggi	,437	,328	,583
N of Valid Cases	136		

6. bentuk keluarga * otonomi keputusan RT

Crosstab

Count

		otonomi keputusan RT		Total
		rendah	tinggi	
bentuk keluarga	keluarga besar	40	33	73
	keluarga kecil	24	39	63
Total		64	72	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,785 ^a	1	,052		
Continuity Correction ^b	3,145	1	,076		
Likelihood Ratio	3,807	1	,051		
Fisher's Exact Test				,060	,038
Linear-by-Linear Association	3,757	1	,053		
N of Valid Cases	136				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 29,65.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for bentuk keluarga (keluarga besar / keluarga kecil)	1,970	,992	3,913
For cohort otonomi keputusan RT = rendah	1,438	,986	2,098
For cohort otonomi keputusan RT = tinggi	,730	,531	1,004
N of Valid Cases	136		

Sosiodemografi*Sikap

1. umur2 * sikap

Crosstab

Count

		sikap		Total
		rendah	tinggi	
umur2	<20 dan >45	5	10	15
	20-44	47	74	121
Total		52	84	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,172 ^a	1	,679		
Continuity Correction ^b	,018	1	,895		
Likelihood Ratio	,174	1	,676		
Fisher's Exact Test				,783	,454
Linear-by-Linear Association	,170	1	,680		
N of Valid Cases	136				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,74.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for umur2 (<20 dan >45 / 20-44)	,787	,253	2,447
For cohort sikap = rendah	,858	,405	1,816
For cohort sikap = tinggi	1,090	,742	1,602
N of Valid Cases	136		

2. jumlah anak hidup * sikap

Crosstab

Count

		sikap		Total
		rendah	tinggi	
jumlah anak hidup	1-2	46	66	112
	>2	6	18	24
Total		52	84	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,162 ^a	1	,141		
Continuity Correction ^b	1,535	1	,215		
Likelihood Ratio	2,269	1	,132		
Fisher's Exact Test				,169	,106
Linear-by-Linear Association	2,146	1	,143		
N of Valid Cases	136				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,18.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for jumlah anak hidup (1-2 / >2)	2,091	,771	5,671
For cohort sikap = rendah	1,643	,794	3,401
For cohort sikap = tinggi	,786	,595	1,037
N of Valid Cases	136		

3. pendidikan istri * sikap

Crosstab

Count		sikap		Total
		rendah	tinggi	
pendidikan istri	Pendidikan Dasar	48	43	91
	Pendidikan Menengah dan Tinggi	4	41	45
Total		52	84	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	24,525 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	22,703	1	,000		
Likelihood Ratio	28,061	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	24,345	1	,000		
N of Valid Cases	136				

- a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17,21.
- b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pendidikan istri (Pendidikan Dasar / Pendidikan Menengah dan Tinggi)	11,442	3,786	34,583
For cohort sikap = rendah	5,934	2,283	15,427
For cohort sikap = tinggi	,519	,410	,656
N of Valid Cases	136		

4. pekerjaan istri * sikap

Crosstab

Count		sikap		Total
		rendah	tinggi	
pekerjaan istri	Tidak bekerja	52	55	107
	Bekerja	0	29	29
Total		52	84	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	22,818 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	20,807	1	,000		
Likelihood Ratio	32,686	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	22,650	1	,000		
N of Valid Cases	136				

- a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,09.
- b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort sikap = tinggi	,514	,428	,618
N of Valid Cases	136		

5. jumlah pendapatan keluarga * sikap

Crosstab

Count		sikap		Total
		rendah	tinggi	
jumlah pendapatan keluarga	di bawah UMK	49	44	93
	di atas UMK	3	40	43
Total		52	84	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	26,017 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	24,117	1	,000		
Likelihood Ratio	30,518	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	25,826	1	,000		
N of Valid Cases	136				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16,44.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for jumlah pendapatan keluarga (di bawah UMK / di atas UMK)	14,848	4,289	51,406
For cohort sikap = rendah	7,552	2,493	22,876
For cohort sikap = tinggi	,509	,404	,640
N of Valid Cases	136		

6. bentuk keluarga * sikap

Crosstab

Count		sikap		Total
		rendah	tinggi	
bentuk keluarga	keluarga besar	32	41	73
	keluarga kecil	20	43	63
Total		52	84	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,093 ^a	1	,148		
Continuity Correction ^b	1,612	1	,204		
Likelihood Ratio	2,106	1	,147		
Fisher's Exact Test				,161	,102
Linear-by-Linear Association	2,077	1	,149		
N of Valid Cases	136				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 24,09.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for bentuk keluarga (keluarga besar / keluarga kecil)	1,678	,830	3,392
For cohort sikap = rendah	1,381	,884	2,156
For cohort sikap = tinggi	,823	,632	1,071
N of Valid Cases	136		

Variabel Sociodemografi* Penggunaan Kontrasepsi

1. umur2 * penggunaan metode kontrasepsi

umur2 * metode kontrasepsi Crosstabulation

Count

		Penggunaan metode kontrasepsi			Total
		metode kontrasepsi perempuan	metode kontrasepsi laki-laki	metode kontrasepsi pasangan	
umur2	<20 dan >45	15	0	0	15
	20-44	117	3	1	121
Total		132	3	1	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,511 ^a	2	,775
Likelihood Ratio	,950	2	,622
Linear-by-Linear Association	,451	1	,502
N of Valid Cases	136		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,11.

Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for umur2 (<20 dan >45 / 20-44)	a

a. Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2*2 table without empty cells.

Penggabungan Kategori

1. umur2 * penggunaan metode kontrasepsi

Crosstab

Count

		Penggunaan Metode Kontrasepsi		Total
		Metode Kontrasepsi Perempuan	Metode Kontrasepsi Laki-laki dan Pasangan	
umur2	<20 dan >45	15	0	15
	20-44	117	4	121
Total		132	4	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,511 ^a	1	,475		
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,950	1	,330		
Fisher's Exact Test				1,000	,623
Linear-by-Linear Association	,507	1	,476		
N of Valid Cases	136				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,44.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort penggunaan metode kontrasepsi = Penggunaan Metode Kontrasepsi Perempuan	1,034	1,001	1,069
N of Valid Cases	136		

2. jumlah anak hidup * penggunaan metode kontrasepsi

Crosstab

Count		metode kontrasepsi		Total
		Metode Kontrasepsi Perempuan	Metode Kontrasepsi Laki-laki dan Pasangan	
jumlah anak hidup	1-2	111	1	112
	>2	21	3	24
Total		132	4	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9,328 ^a	1	,002		
Continuity Correction ^b	5,705	1	,017		
Likelihood Ratio	6,579	1	,010		
Fisher's Exact Test				,017	,017
Linear-by-Linear Association	9,259	1	,002		
N of Valid Cases	136				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,71.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for jumlah anak hidup (1-2 / >2)	15,857	1,573	159,868
For cohort metode kontrasepsi = Metode Kontrasepsi Perempuan	1,133	,973	1,319
For cohort metode kontrasepsi = Metode Kontrasepsi Laki-laki dan Pasangan	,071	,008	,658
N of Valid Cases	136		

3. pendidikan istri * penggunaan metode kontrasepsi

Crosstab

Count

		Penggunaan metode kontrasepsi		Total
		Metode Kontrasepsi Perempuan	Metode Kontrasepsi Laki-laki dan Pasangan	
pendidikan istri	Pendidikan Dasar	90	1	91
	Pendidikan Menengah dan Tinggi	42	3	45
Total		132	4	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,270 ^a	1	,071		
Continuity Correction ^b	1,610	1	,204		
Likelihood Ratio	3,038	1	,081		
Fisher's Exact Test				,106	,106
Linear-by-Linear Association	3,246	1	,072		
N of Valid Cases	136				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,32.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pendidikan istri (Pendidikan Dasar / Pendidikan Menengah dan Tinggi)	6,429	,649	63,648
For cohort metode kontrasepsi = Metode Kontrasepsi Perempuan	1,060	,977	1,149
For cohort metode kontrasepsi = Metode Kontrasepsi Laki-laki dan Pasangan	,165	,018	1,540
N of Valid Cases	136		

4. pekerjaan istri * penggunaan metode kontrasepsi

Crosstab

Count

	Penggunaan metode kontrasepsi		Total
	Metode Kontrasepsi Perempuan	Metode Kontrasepsi Laki-laki dan Pasangan	
pekerjaan istri Tidak bekerja	106	1	107
Bekerja	26	3	29
Total	132	4	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,078 ^a	1	,008		
Continuity Correction ^b	4,165	1	,041		
Likelihood Ratio	5,465	1	,019		
Fisher's Exact Test				,030	,030
Linear-by-Linear Association	7,026	1	,008		
N of Valid Cases	136				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,85.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pekerjaan istri (Tidak bekerja / Bekerja)	12,231	1,222	122,415
For cohort metode kontrasepsi = Metode Kontrasepsi Perempuan	1,105	,975	1,252
For cohort metode kontrasepsi = Metode Kontrasepsi Laki-laki dan Pasangan	,090	,010	,837
N of Valid Cases	136		

5. jumlah pendapatan keluarga * penggunaan metode kontrasepsi

Crosstab

Count		Penggunaan metode kontrasepsi		Total
		Metode Kontrasepsi Perempuan	Metode Kontrasepsi Laki-laki dan Pasangan	
jumlah pendapatan keluarga	di bawah UMK	92	1	93
	di atas UMK	40	3	43
Total		132	4	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,587 ^a	1	,058		
Continuity Correction ^b	1,818	1	,178		
Likelihood Ratio	3,276	1	,070		
Fisher's Exact Test				,093	,093
Linear-by-Linear Association	3,561	1	,059		
N of Valid Cases	136				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,26.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for jumlah pendapatan keluarga (di bawah UMK / di atas UMK)	6,900	,696	68,370
For cohort metode kontrasepsi = Metode Kontrasepsi Perempuan	1,063	,977	1,157
For cohort metode kontrasepsi = Metode Kontrasepsi Laki-laki dan Pasangan	,154	,017	1,439
N of Valid Cases	136		

6. bentuk keluarga * penggunaan metode kontrasepsi

Crosstab

Count

		Penggunaan metode kontrasepsi		Total
		Metode Kontrasepsi Perempuan	Metode Kontrasepsi Laki-laki dan Pasangan	
bentuk keluarga	keluarga besar	71	2	73
	keluarga kecil	61	2	63
Total		132	4	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,022 ^a	1	,881		
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,022	1	,881		
Fisher's Exact Test				1,000	,633
Linear-by-Linear Association	,022	1	,881		
N of Valid Cases	136				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,85.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for bentuk keluarga (keluarga besar / keluarga kecil)	1,164	,159	8,511
For cohort metode kontrasepsi = Metode Kontrasepsi Perempuan	1,004	,947	1,066
For cohort metode kontrasepsi = Metode Kontrasepsi Laki-laki dan Pasangan	,863	,125	5,950
N of Valid Cases	136		

Otonomi* Penggunaan Metode Kontrasepsi
Otonomi perempuan*Penggunaan Metode Kontrasepsi

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
otonomi perempuan * penggunaan metode kontrasepsi	136	100,0%	0	0,0%	136	100,0%
otonomi keuangan * penggunaan metode kontrasepsi	136	100,0%	0	0,0%	136	100,0%
kebebasan bergerak fisik * penggunaan metode kontrasepsi	136	100,0%	0	0,0%	136	100,0%
otonomi keputusan RT *penggunaan metode kontrasepsi	136	100,0%	0	0,0%	136	100,0%
sikap * penggunaan metode kontrasepsi	136	100,0%	0	0,0%	136	100,0%

Otonomi*Penggunaan metode kontrasepsi perempuan
otonomi perempuan *penggunaan metode kontrasepsi

otonomi perempuan * penggunaan metode kontrasepsi Crosstabulation

Count

	Penggunaan metode kontrasepsi			Total
	metode kontrasepsi perempuan	metode kontrasepsi laki-laki	metode kontrasepsi pasangan	
otonomi rendah	58	0	0	58
perempuan tinggi	74	3	1	78
Total	132	3	1	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,064 ^a	2	,216
Likelihood Ratio	4,537	2	,103
Linear-by-Linear Association	2,707	1	,100
N of Valid Cases	136		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,43.

Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for otonomi perempuan (rendah / tinggi)	^a

a. Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2*2 table without empty cells.

Penggabungan Kategori otonomi perempuan * penggunaan metode kontrasepsi

Crosstab

Count

		penggunaan metode kontrasepsi		Total
		Metode Kontrasepsi Perempuan	Metode Kontrasepsi Laki-laki dan Pasangan	
otonomi perempuan	rendah	58	0	58
	tinggi	74	4	78
Total		132	4	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,064 ^a	1	,080		
Continuity Correction ^b	1,531	1	,216		
Likelihood Ratio	4,537	1	,033		
Fisher's Exact Test				,136	,105
Linear-by-Linear Association	3,042	1	,081		
N of Valid Cases	136				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,71.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort penggunaan metode kontrasepsi = Metode Kontrasepsi Perempuan	1,054	1,001	1,110
N of Valid Cases	136		

1. otonomi keuangan * penggunaan metode kontrasepsi

Crosstab

Count

		penggunaan metode kontrasepsi		Total
		Metode Kontrasepsi Perempuan	Metode Kontrasepsi Laki-laki dan Pasangan	
otonomi keuangan rendah		64	0	64
otonomi keuangan tinggi		68	4	72
Total		132	4	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,663 ^a	1	,056		
Continuity Correction ^b	1,976	1	,160		
Likelihood Ratio	5,196	1	,023		
Fisher's Exact Test				,122	,075
Linear-by-Linear Association	3,636	1	,057		
N of Valid Cases	136				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,88.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort penggunaan metode kontrasepsi = Metode Kontrasepsi Perempuan	1,059	1,001	1,120
N of Valid Cases	136		

2. kebebasan bergerak fisik * penggunaan metode kontrasepsi

Crosstab

Count

		penggunaan metode kontrasepsi		Total
		Metode Kontrasepsi Perempuan	Metode Kontrasepsi Laki-laki dan Pasangan	
kebebasan bergerak fisik rendah		79	0	79
kebebasan bergerak fisik tinggi		53	4	57
Total		132	4	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,712 ^a	1	,017		
Continuity Correction ^b	3,518	1	,061		
Likelihood Ratio	7,126	1	,008		
Fisher's Exact Test				,029	,029
Linear-by-Linear Association	5,670	1	,017		
N of Valid Cases	136				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,68.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort penggunaan metode kontrasepsi = Metode Kontrasepsi Perempuan	1,075	1,001	1,155
N of Valid Cases	136		

3. **otonomi keputusan RT * penggunaan metode kontrasepsi**

Crosstab

Count	penggunaan metode kontrasepsi		Total
	Metode Kontrasepsi Perempuan	Metode Kontrasepsi Laki-laki dan Pasangan	
	otonomi keputusan rendah RT tinggi	64	0
	68	4	72
Total	132	4	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,663 ^a	1	,056		
Continuity Correction ^b	1,976	1	,160		
Likelihood Ratio	5,196	1	,023		
Fisher's Exact Test				,122	,075
Linear-by-Linear Association	3,636	1	,057		
N of Valid Cases	136				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,88.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort penggunaan metode kontrasepsi = Metode Kontrasepsi Perempuan	1,059	1,001	1,120
N of Valid Cases	136		

4. sikap * penggunaan metode kontrasepsi

Crosstab

Count

	penggunaan metode kontrasepsi		Total
	Metode Kontrasepsi Perempuan	Metode Kontrasepsi Laki-laki dan Pasangan	
sikap rendah	52	0	52
sikap tinggi	80	4	84
Total	132	4	136

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,551 ^a	1	,110		
Continuity Correction ^b	1,156	1	,282		
Likelihood Ratio	3,929	1	,047		
Fisher's Exact Test				,298	,142
Linear-by-Linear Association	2,532	1	,112		
N of Valid Cases	136				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,53.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort penggunaan metode kontrasepsi = Metode Kontrasepsi Perempuan	1,050	1,001	1,101
N of Valid Cases	136		