



**OTONOMI DAN TINDAKAN PENCARIAN PELAYANAN KESEHATAN
REPRODUKSI PADA PEREMPUAN YANG MENIKAH DIBAWAH
USIA 20 TAHUN DI KECAMATAN LICIN
KABUPATEN BANYUWANGI**

SKRIPSI

Oleh

**Faradyta Wijaya
NIM 112110101039**

**BAGIAN EPIDEMIOLOGI DAN BIostatISTIKA KEPENDUDUKAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2015**



**OTONOMI DAN TINDAKAN PENCARIAN PELAYANAN KESEHATAN
REPRODUKSI PADA PEREMPUAN YANG MENIKAH DIBAWAH
USIA 20 TAHUN DI KECAMATAN LICIN
KABUPATEN BANYUWANGI**

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

**Faradyta Wijaya
NIM 112110101039**

**BAGIAN EPIDEMIOLOGI DAN BIOSTATISTIKA KEPENDUDUKAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2015**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Allah SWT,
2. Kedua orang tua, nenek dan adik tercinta,
3. Para guru dan dosen yang telah mendidik saya dari TK hingga perguruan tinggi,
4. Almamater tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

MOTTO

“Allah tidak akan mengubah nasib suatu kaum, jika bukan mereka sendiri yang mengubahnya (Q.S. Ar-ra’d: 11)*

*) Departemen Agama Republik Indonesia. 2010. Al-Qur’an dan Terjemahan. Bandung: CV Penerbit Dipenogoro

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Faradyta Wijaya

NIM : 112110101039

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul : *Otonomi dan Tindakan Pencarian Pelayanan Kesehatan Reproduksi pada Perempuan yang Menikah Dibawah Usia 20 Tahun di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi* 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 prinsip 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, 30 Mei 2015

Yang menyatakan,

Faradyta Wijaya
NIM 112110101039

SKRIPSI

**OTONOMI DAN TINDAKAN PENCARIAN PELAYANAN KESEHATAN
REPRODUKSI PADA PEREMPUAN YANG MENIKAH DIBAWAH
USIA 20 TAHUN DI KECAMATAN LICIN
KABUPATEN BANYUWANGI**

Oleh

Faradyta Wijaya
NIM 112110101039

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH

Dosen Pembimbing Anggota : Iken Nafikadini, S.KM., M.Kes

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Otonomi dan Tindakan Pencarian Pelayanan Kesehatan Reproduksi pada Perempuan yang Menikah Dibawah Usia 20 Tahun di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

hari : Senin

tanggal : 15 Juni 2015

tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Tim Penguji

Ketua,

Sekretaris,

Novia Luthviatin, S.KM., M.Kes
NIP.198012172005012002

Andrei Ramani, S.KM., M.Kes
NIP.198008252006041005

Anggota,

Erwin Nur Rif'ah, Ph.D
NIDN. 0701127807

Mengesahkan,
Dekan,

Drs. Husni Abdul Gani, M.S.
NIP.195608101983031003

RINGKASAN

Otonomi dan Tindakan Pencarian Pelayanan Kesehatan Reproduksi pada Perempuan yang Menikah Dibawah Usia 20 Tahun di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi; Faradyta Wijaya; 112110101039; 2015: 206 halaman; Bagian Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Pelayanan antenatal dan kontrasepsi merupakan dua bentuk tindakan pencarian pelayanan kesehatan reproduksi yang harus terpenuhi pada perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun untuk menekan fertilitas dan menurunkan risiko kesakitan dan kematian akibat kehamilan dan persalinan berisiko. Perempuan yang menikah di usia muda memiliki masa reproduksi yang lebih panjang sehingga pemakaian alat kontrasepsi harus terpenuhi. Tingginya fertilitas pada perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun ditunjukkan oleh ASFR pada remaja usia 15-19 tahun di Indonesia yang meningkat dari 35/1.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 menjadi 45/1.000 kelahiran hidup pada tahun 2012. Perempuan yang menikah muda merupakan kelompok yang berisiko tinggi terhadap kesakitan dan kematian akibat kehamilan dan persalinan sehingga dapat mendorong peningkatan AKI/AKB di Indonesia. Otonomi merupakan salah satu kunci utama yang menentukan tindakan pencarian pelayanan kesehatan reproduksi pada perempuan, oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis otonomi perempuan dan tindakan pencarian pelayanan kesehatan reproduksi dan hubungan antar keduanya berdasarkan karakteristik sosiodemografi di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi.

Penelitian dilakukan di Kecamatan Licin yang merupakan kecamatan dengan angka pernikahan dibawah usia 20 tahun tertinggi di Kabupaten Banyuwangi pada tahun 2013 yaitu sebesar 86,75%. Jenis penelitian adalah analitik dengan desain studi *cross-sectional* yang dilakukan pada bulan Januari hingga April 2015. Subjek penelitian adalah perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun yang tercatat pada KUA periode 2010-2012 di seluruh wilayah Kecamatan Licin. Populasi penelitian sejumlah 252 orang dan terpilih sampel sebanyak 130 orang yang dipilih dengan

metode *simple random sampling*. Data primer dikumpulkan dengan menggunakan kuisioner dan diolah dengan salah satu aplikasi komputer pengolah data. Data dianalisis secara univariabel untuk mengetahui frekuensi dan proporsi setiap variabel, bivariabel dengan uji *chi-square*, dan multivariabel dengan uji *regresi logistik* metode *Enter* dengan $\alpha=5\%$.

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa mayoritas perempuan memiliki 1 anak hidup dan tidak bekerja; sebagian besar berpendidikan dasar, berada pada keluarga besar, berada pada keluarga dengan pendapatan dibawah UMK dan mendapat intensitas paparan media KB sedang; serta seluruh perempuan mendapat intensitas paparan media ANC rendah. Berdasarkan pengukuran otonomi dan keempat elemen otonomi didapatkan bahwa lebih dari setengah perempuan memiliki otonomi tinggi, mayoritas memiliki otonomi tinggi dalam pembuatan keputusan keuangan dan keputusan rumah tangga, sebagian besar memiliki kebebasan fisik yang rendah dan sikap yang rendah terhadap kekerasan suami pada istri dan sikap terhadap penolakan berhubungan seks dengan suami. Prosentase perempuan yang menggunakan kontrasepsi sebesar 91,5%, sedangkan 33,1% perempuan berstatus ANC tidak lengkap.

Proporsi tingkat otonomi tinggi lebih banyak pada perempuan dengan tingkat pendidikan menengah ($p=0,033$; OR 2,56; 95% CI 1,06-6,15), bekerja ($p=0,021$; OR 5,4; 95% CI 1,12-25,48) dan berada pada keluarga dengan pendapatan diatas UMK ($p=0,048$; OR 2,1; 95% CI 1,00-4,45). Proporsi perempuan yang menggunakan kontrasepsi tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan berdasarkan seluruh karakteristik sosiodemografi dan tingkat otonomi sedangkan proporsi perempuan dengan status ANC lengkap lebih banyak pada perempuan dengan pendapatan keluarga diatas UMK ($p=0,000$; OR 41,1; 95% CI 5,41-311,66), tingkat pendidikan menengah ($p=0,003$; OR 5,7; 95% CI 1,61-20,03), otonomi tinggi secara umum ($p=0,000$; OR 11,4; 95% CI 4,52-28,92), otonomi tinggi dalam pembuatan keputusan keuangan ($p=0,047$; OR 3,7; 95% CI 1,15-12,27), otonomi tinggi dalam pembuatan keputusan rumah tangga ($p=0,000$; OR 9,6; 95% CI 2,52-36,76), kebebasan fisik yang tinggi ($p=0,000$; OR 5,8; 95% CI 2,32-14,37), serta memiliki otonomi tinggi

dalam bersikap terhadap kekerasan suami pada istri dan sikap terhadap penolakan berhubungan seks dengan suami ($p=0,003$; OR 4; 95% CI 1,51-10,37).

Hasil analisis multivariabel menunjukkan bahwa tingkat kebebasan fisik perempuan (OR 10,9; 95% CI 1,29-91,78) terbukti berpengaruh terhadap penggunaan kontrasepsi dengan mempertimbangkan tingkat ekonomi perempuan (OR 0,3; 95% CI 0,07-0,95). Pada variabel kelengkapan ANC didapatkan hasil bahwa tingkat otonomi perempuan (OR 13; 95% CI 44,09-38,28) terbukti berpengaruh terhadap status kelengkapan ANC dengan mempertimbangkan tingkat pendidikan (OR 6; 95% CI 1,35-26,92) dan tingkat ekonomi perempuan (OR 56,5; 95% CI 6,8-469,87).

SUMMARY

Autonomy and Reproductive Health Seeking Behavior in Woman Who Married Under 20 Years Old in Licin Sub-district Banyuwangi District; Faradyta Wijaya; 112110101039; 2015: 206 pages; Department of Epidemiology and Biostatistics Population Public Health Faculty of Jember University.

Antenatal care and contraception are two forms of the reproductive health seeking behavior that must be fulfilled in early marriage women to suppress fertility and reduce the risk of morbidity and mortality due to pregnancy and delivery. Women who married at a young age have a longer reproductive period so that the use of contraceptives should be fulfilled. The high fertility in early marriage women is indicated by ASFR in adolescents aged 15-19 years in Indonesia increased from 35/1,000 live births in 2007 to 45/1,000 live births in 2012. In addition, an early marriage women are a group at high risk of morbidity and mortality due to pregnancy and delivery so as to encourage an increase in MMR/IMR in Indonesia. Autonomy is one of the key that determines the reproductive health seeking behavior, therefore, this study aimed to analyze the relations of autonomy and reproductive health seeking behavior based on sociodemographic characteristics in Licin Subdistrict Banyuwangi District.

The study was conducted in Licin Subdistrict which is the highest sub-district of early marriage in Banyuwangi in 2013 (86.75%). This study was an analytical study with cross-sectional design on January-April 2015. The subjects were women who were married under 20 years old were recorded at KUA 2010-2012 throughout the Licin Subdistrict. The population in this study was 252 people and was chosen sample of 130 people selected by simple random sampling method. Primary data was collected using questionnaires and processed with data processing applications. Univariable data were analyzed to determine the frequency and proportion of each variable, bivariable analysis with chi-square test and multivariable analysis with logistic regression test used Enter method with $\alpha = 5\%$.

In this study showed that the majority of women have one child alive and did not work; mostly has secondary education level, live in extended family, has family income below UMK and got a KB media exposure moderate intensity; and all the women received low intensity of ANC media exposure. Based on measurements of autonomy and the four elements of autonomy was found that more than half of women have a high autonomy level, the majority of women have a high autonomy in making financial decisions and in making household decisions, most have low physical freedom and has a low stance against violence from her husband and has a low attitude towards sex with her husband rejection. The percentage of women who use contraception by 91.5%, while 33.1% of women ANC incomplete status.

The proportion of high-level autonomy more in women with secondary education level ($p=0.033$; 95% OR 2.56; CI 1.06-6.15), work ($p=0.021$; OR 5.4; 95% CI 1.12-25.48) and family income above UMK ($p=0.048$; OR 2.1; 95% CI 1.00-4.45). The proportion of women who use contraceptives showed no significant differences based on all the sociodemographic characteristics and the degree of autonomy, while the proportion of women with complete ANC status was higher in women with family income above UMK ($p=0.000$; OR 41.1; 95% CI 5.41-311.66), secondary education level ($p=0.003$; OR 5.7; 95% CI 1.61-20.03), high autonomy in general ($p=0.000$; OR 11.4; 95% CI 4.52-28.92), high autonomy in financial decision making ($p=0.047$; OR 3.7; 95% CI 1.15-12.27), high autonomy in household decision making ($p=0.000$; OR 9.6; 95% CI 2.52-36.76), high physical freedom ($p=0.000$; OR 5.8; 95% CI 2.32-4.37), and high autonomy in acting against violent husbands to their wives and attitudes toward sex with her husband rejection ($p=0.003$; OR 4; 95% CI 1.51-10.37).

Results of multivariable analysis showed that the level of physical freedom of women (OR 10.9; 95% CI 1.29-91.78) proven effect on contraceptive use by considering the economic level of women (OR 0.3; 95% CI 0.07-0.95). The level of women's autonomy (OR 13; 95% CI 4.09-38.28) proved to affect the status of the completeness of the ANC taking into account the level of women's education (OR 6; 95% CI 1.35-26.92) and economic level (OR 56.5; 95% CI 6.8-469.87).

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT karena atas berkah dan rahmat-Nya penyusun dapat menyelesaikan skripsi dengan judul *Otonomi dan Tindakan Pencarian Pelayanan Kesehatan Reproduksi pada Perempuan yang Menikah Dibawah Usia 20 Tahun di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi* sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini tidak akan terselesaikan dengan baik tanpa bantuan, bimbingan, dan petunjuk dari berbagai pihak. Maka dalam kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan yang tak terhingga kepada Ibu Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH selaku Dosen Pembimbing Utama dan Ibu Iken Nafikadini, S.KM., M.Kes selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan perhatian serta memberikan motivasi sehingga skripsi ini dapat tersusun dengan baik.

Pada kesempatan ini penulis juga mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang tak terhingga kepada:

1. Drs. Husni Abdul Gani, M.S., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
2. Ibu Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes., selaku Ketua Bagian Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
3. Ibu Novia Luthviatin, S.KM., M.Kes., selaku Ketua Penguji pada sidang skripsi
4. Bapak Andrei Ramani, S.KM., M.Kes., selaku Sekretaris Penguji pada sidang skripsi
5. Ibu Erwin Nur Rif'ah, Ph.D selaku Anggota Penguji pada sidang skripsi
6. Kantor Perwakilan BKKBN Provinsi Jawa Timur atas dukungan yang telah diberikan
7. Ibu Tri Candra Wahyuningrum, Ayah Sohob Fadhillah, dan Adik Ardiasho Fadhillah yang telah menemani, memberikan nasehat, doa dan dukungan kepada saya

8. Almarhum Oma Sri Sulastri yang telah merawat saya hingga akhir hayatnya. Terimakasih atas segala pengorbanan, kesabaran dan kasih sayang yang telah diberikan selama ini
9. Mas Firman, Mama Lulus dan Ayah Rofik, terimakasih atas doa, bantuan, dan dukungan yang telah diberikan kepada saya
10. Keluarga kecilku B-Pop Manis Manja 2011 (Anisa, Aviv, Vita, Ichwan, Ima, Fike, Anggi, Dila, Yuni, Edwin, Syukron), terimakasih atas doa, dukungan, canda dan tawa yang telah diberikan, semoga Allah merahmati kita semua dan menghendaki kita semua dalam kesuksesan. Kebanggaan dan kebahagiaan yang luar biasa bisa menjadi bagian dari keluarga Bpop 2011
11. Keluarga kos Merak Timur, anggota PBL 6 Sixteam, teman-teman Sholeh-Sholeha dan seluruh teman seangkatan FKM 2011 terimakasih atas dukungan dan doa yang telah diberikan
12. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu

Semoga penyusunan skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak. Penyusun menyadari tentunya masih terdapat kekurangan dalam penyusunan skripsi ini, karena itulah penyusun mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi perbaikan di waktu mendatang.

Jember, 30 Mei 2015

Penyusun

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	ii
HALAMAN MOTTO	iii
HALAMAN PERNYATAAN	iv
HALAMAN PEMBIMBINGAN	v
HALAMAN PENGESAHAN	vi
RINGKASAN.....	vii
SUMMARY	x
PRAKATA	xii
DAFTAR ISI.....	xiv
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR GAMBAR.....	xx
DAFTAR NOTASI, SINGKATAN DAN ISTILAH.....	xxii
BAB 1. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan.....	7
1.3.1 Tujuan Umum	7
1.3.2 Tujuan Khusus	7
1.4 Manfaat Penelitian.....	8
1.4.1 Manfaat Teoritis	8
1.4.2 Manfaat Praktis	8
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Otonomi Perempuan.....	9
2.1.1 Definisi Otonomi Perempuan	9
2.1.2 Elemen dan Pengukuran Otonomi Perempuan	9
2.1.3 Faktor yang Berpengaruh terhadap Otonomi Perempuan	14
2.1.4 Pernikahan Dibawah Usia 20 Tahun	16

2.2	Tindakan Pencarian Pelayanan Kesehatan Reproduksi	22
2.2.1	Definisi Tindakan Pencarian Pelayanan Kesehatan Reproduksi.....	22
2.2.2	Penggunaan Kontrasepsi	23
2.2.3	Pemanfaatan Pelayanan Antenatal	25
2.2.4	Faktor yang Berhubungan dengan Tindakan Pencarian Pelayanan Kesehatan Reproduksi	27
2.3	Hubungan Otonomi Perempuan dengan Tindakan Pencarian Pelayanan Kesehatan Reproduksi	35
2.4	Kerangka Teori.....	38
2.5	Kerangka Konsep Penelitian.....	39
2.6	Hipotesis	39
BAB 3.	METODE PENELITIAN.....	41
3.1	Jenis Penelitian	41
3.2	Tempat dan waktu Penelitian.....	41
3.2.1	Tempat Penelitian.....	41
3.2.2	Waktu Penelitian	42
3.3	Populasi, Sampel, dan Teknik Pengambilan Sampel	42
4.1.3	Populasi	42
4.1.4	Sampel	42
4.1.5	Teknik Pengambilan Sampel	44
3.4	Variabel dan Definisi Operasional	44
3.4.1	Variabel	44
3.4.2	Definisi Operasional.....	45
3.5	Data dan Sumber Data	48
3.6	Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	48
3.7	Teknik Pengolahan, Penyajian dan Analisis Data.....	49
3.7.1	Teknik Pengolahan Data.....	49
3.7.2	Teknik Penyajian Data	50
3.7.3	Teknik Analisis Data	50
3.8	Kerangka Alur Penelitian.....	52

BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN	52
4.1 Hasil Penelitian.....	52
4.1.1 Gambaran karakteristik sosiodemografi, otonomi, dan tindakan pencarian pelayanan kesehatan reproduksi	55
4.1.2 Hubungan karakteristik sosiodemografi dengan otonomi.....	57
4.1.3 Hubungan karakteristik sosiodemografi dengan tindakan pencarian pelayanan kesehatan reproduksi	63
4.1.4 Hubungan otonomi dengan tindakan pencarian pelayanan kesehatan reproduksi	65
4.1.5 Hubungan otonomi dengan tindakan pencarian pelayanan kesehatan reproduksi berdasarkan karakteristik sosiodemografi.....	69
4.2 Pembahasan.....	76
4.2.1 Gambaran karakteristik sosiodemografi, otonomi, dan tindakan pencarian pelayanan kesehatan reproduksi	76
4.2.2 Hubungan karakteristik sosiodemografi dengan otonomi.....	83
4.2.3 Hubungan karakteristik sosiodemografi dengan tindakan pencarian pelayanan kesehatan reproduksi	87
4.2.4 Gambaran otonomi, dan tindakan pencarian pelayanan kesehatan reproduksi	91
4.2.5 Hubungan otonomi dan tinadakan pencarian pelayanan kesehatan reproduksi berdasarkan karakteristik sosiodemografi	94
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN	100
5.1 Kesimpulan.....	100

5.2	Saran.....	101
------------	-------------------	------------

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Halaman
3.1	Distribusi sampel berdasarkan lokasi penelitian di Kecamatan Licin 44
3.2	Variabel dan definisi operasional penelitian..... 45
4.1	Distribusi karakteristik sosiodemografi responden di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi 53
4.2	Distribusi elemen otonomi responden di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi..... 55
4.3	Distribusi otonomi responden di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi..... 55
4.4	Distribusi tindakan pencarian pelayanan kesehatan reproduksi responden di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi..... 56
4.5	Hubungan karakteristik sosiodemografi dengan otonomi responden di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi 57
4.6	Hubungan karakteristik sosiodemografi dengan otonomi dalam pembuatan keputusan keuangan responden di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi..... 59
4.7	Hubungan karakteristik sosiodemografi dengan otonomi dalam pembuatan keputusan rumah tangga responden di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi..... 60
4.8	Hubungan karakteristik sosiodemografi dengan kebebasan fisik responden di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi..... 61
4.9	Hubungan karakteristik sosiodemografi dengan sikap terhadap kekerasan suami pada istri dan sikap terhadap penolakan berhubungan seks dengan suami pada responden di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi 63
4.11	Hubungan karakteristik sosiodemografi dengan penggunaan kontrasepsi pada responden di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi 64

4.12	Hubungan karakteristik sosiodemografi dengan pemanfaatan pelayanan antenatal pada responden di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi	66
4.13	Hubungan elemen otonomi dengan penggunaan kontrasepsi antenatal pada responden di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi	66
4.14	Hubungan otonomi dengan penggunaan kontrasepsi pada responden di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi.....	67
4.15	Hubungan elemen otonomi dengan penggunaan kontrasepsi pada responden di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi.....	68
4.16	Hubungan otonomi dengan penggunaan kontrasepsi pada responden di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi.....	70
4.17	Hubungan otonomi dan penggunaan kontrasepsi berdasarkan karakteristik sosiodemografi pada responden di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi.....	71
4.18	Hubungan otonomi dan pemanfaatan pelayanan antenatal berdasarkan karakteristik sosiodemografi pada responden di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi	75

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Kerangka teori.....	38
2.2 Kerangka konsep.....	39
3.1 Kerangka alur penelitian.....	52
4.1 Distribusi alat atau metode kontrasepsi yang digunakan oleh responden di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi.....	56

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Dokumentasi Penelitian.....	109
B. Ijin Penelitian dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Banyuwangi	110
C. Ijin Uji Validitas dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Banyuwangi.....	111
D. Lembar permohonan menjadi responden	112
E. Lembar persetujuan sebagai responden penelitian.....	113
F. Lembar kuisisioner	114
G. Hasil analisis	120

DAFTAR NOTASI, SINGKATAN DAN ISTILAH

Daftar Notasi

Notasi	Arti
%	Persentase
>	Lebih besar dari
<	Lebih kecil dari
\geq	Lebih besar dari sama dengan
\leq	Lebih kecil dari sama dengan
α	<i>Alpha</i>
p	<i>p-value</i>
H ₀	Hipotesis null
H ₁	Hipotesis alternatif

Daftar Singkatan dan Istilah

AKB	Angka Kematian Bayi
AKDR	Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AKI	Angka Kematian Ibu
ANC	<i>Antenatal Care</i> (Perawatan Kehamilan)
ASEAN	<i>Association of South East Asian Nation</i> (Asosiasi Negara-negara se-Asia tenggara)
ASFR	<i>Age Specific Fertility Rate</i> (Tingkat Fertilitas Menurut Golongan Umur)
ASI	Air Susu Ibu
BKKBN	Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
BPPKB	Badan Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana
BPS	Badan Pusat Statistik
CI	<i>Confidence Interval</i> , adalah batas bawah dan batas atas selang kepercayaan nilai tengah parameter pengukuran
CPR	<i>Contraceptive Prevalence Rate</i> (Angka Prevalensi Pemakaian Kontrasepsi)

Depkes	Departemen Kesehatan
EDHS	<i>Ethiopian Demography and Health Survey</i> (Survei Demografi dan Kesehatan Etiopia)
HIV/AIDS	<i>Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrom</i> , merupakan virus dan sekumpulan gejala yang menyerang kekebalan tubuh manusia
ICPD	<i>International Conference on Population and Development</i> (Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan)
IMS	Infeksi Menular Seksual
IUD	<i>Intra Uterine Devices</i> (Alat kontrasepsi dalam rahim)
K1	Kunjungan 1, yaitu kunjungan yang dilakukan ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya ke pelayanan kesehatan selama trimester I
K2	Kunjungan 2, yaitu kunjungan yang dilakukan ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya ke pelayanan kesehatan selama trimester II
K3	Kunjungan 3, yaitu kunjungan yang dilakukan ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya ke pelayanan kesehatan selama trimester III
K4	Kunjungan 4, yaitu kunjungan yang dilakukan ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya ke pelayanan kesehatan selama trimester III
KB	Keluarga Berencana
Kejar Paket B	Merupakan singkatan dari Kelompok Belajar setara dengan SMP/MTs/ sederajat, yaitu jalur pendidikan nonformal yang difasilitasi oleh Pemerintah untuk siswa yang belajarnya tidak melalui jalur sekolah, atau bagi siswa yang belajar di sekolah berbasis kurikulum non pemerintah. Setiap peserta Kejar dapat mengikuti Ujian Kesetaraan yang diselenggarakan oleh Departemen Pendidikan Nasional. untuk dapat memperoleh ijazah setara

	SMP/MTs/ sederajat.
Kejar Paket C	Merupakan singkatan dari Kelompok Belajar setara SMA/MA/ sederajat, yaitu jalur pendidikan nonformal yang difasilitasi oleh Pemerintah untuk siswa yang belajarnya tidak melalui jalur sekolah, atau bagi siswa yang belajar di sekolah berbasis kurikulum non pemerintah. Setiap peserta Kejar dapat mengikuti Ujian Kesetaraan yang diselenggarakan oleh Departemen Pendidikan Nasional. Untuk dapat memperoleh ijazah setara SMA/MA/ sederajat.
Kemenkes RI	Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
KUA	Kantor Urusan Agama
MAL	Metode Amenorrhea Laktasi, merupakan salah satu metode kontrasepsi dengan pemberian ASI secara eksklusif kepada bayi
MDGs	<i>Millennium Development Goals</i> (Tujuan Pembangunan Millenium)
mdpl	Meter diatas permukaan air laut
MOP	Metode Operatif Pria
MOW	Metode Operatif Wanita
OR	<i>Odds Ratio</i> , adalah ukuran asosiasi paparan dengan kejadian
PBB	Perserikatan Bangsa-Bangsa
PT	Perguruan Tinggi
Renstra	Rencana Strategis
Riskesdas	Riset Kesehatan Dasar
RPJM	Rencana Pembangunan Jangka Menengah
SD	Sekolah Dasar
SDKI	Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SMA	Sekolah Menengah Atas
SMP	Sekolah Menengah Pertama
Susenas	Survei Kesehatan Nasional

TFR	<i>Total Fertility Rate (Angka Kelahiran Total)</i>
UNDESA	<i>United Nations Development Economic and Social Affairs,</i> badan yang berada dibawah otoritas PBB terkait Pembangunan Ekonomi dan Sosial
UNFPA	<i>United Nations Population Fund,</i> badan yang berada dibawah otoritas PBB untuk meningkatkan kewaspadaan dan mengelola dukungan dan sumber daya yang dibutuhkan untuk mencapai <i>Millennium Development Goals</i>
UPPKS	Usaha Peningkatan Pendapatan Keluarga Sejahtera
WHO	<i>World Health Organization (Organisasi Kesehatan Dunia)</i>

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Angka kematian ibu dan bayi (AKI/AKB) masih menjadi permasalahan kesehatan utama di dunia terutama di berbagai negara berkembang termasuk Indonesia. WHO memperkirakan bahwa dari 358.000 kematian ibu yang terjadi setiap tahun di dunia, 99% merupakan kasus yang berasal dari negara-negara berkembang (WHO 2010 dalam Wado, 2013:1). 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 yang juga memiliki peran yang sangat penting dalam mencapai Tujuan Pembangunan Milenium atau *Millenium Development Goal's* (MDGs) tahun 2015. 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).

Kontrasepsi adalah salah satu kunci utama dalam upaya menurunkan AKI sebab kontrasepsi dapat mencegah kehamilan yang tidak diinginkan dan kematian yang berhubungan dengan aborsi (Wado, 2013:1). Pemakaian kontrasepsi akan membantu perempuan untuk mengontrol fertilitas sehingga terhindar dari risiko kesakitan dan kematian akibat kehamilan yang terlalu sering dan terlalu dekat. Demikian halnya dengan pelayanan antenatal yang merupakan kunci dalam meningkatkan kesehatan ibu hamil dan bayinya. Pelayanan antenatal adalah pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil secara berkala untuk menjaga kesehatan ibu dan janinnya dengan tujuan dapat memelihara dan meningkatkan

kesehatan ibu selama kehamilannya serta mendeteksi dan menanggulangi kehamilan risiko tinggi secara dini (Depkes, 2003 dalam Armagustini, 2010:89).

Berdasarkan profil kesehatan Indonesia tahun 2013, cakupan pelayanan antenatal lengkap (K4) pada tahun 2013 di Indonesia mengalami penurunan dari tahun sebelumnya yaitu dari 90,18% pada tahun 2012 menjadi 86,85% pada tahun 2013 (Depkes, 2013:73). Capaian tersebut masih dibawah target rencana strategis Kementerian Kesehatan tahun 2013 sebesar 93% (Depkes, 2013:73). Sedangkan untuk angka pemakaian kontrasepsi nasional atau *Contraceptive Prevalence Rate* (CPR) juga masih tergolong rendah. Menurut data Riskesdas tahun 2013 CPR di Indonesia hanya mencapai 59,7% dengan cakupan pemakaian metode kontrasepsi modern sebesar 59,3% (Depkes, 2013:395). Riskesdas tahun 2013 juga menunjukkan bahwa proporsi penggunaan kontrasepsi pada kelompok perempuan yang menikah di usia 15-19 tahun di Indonesia hanya 46% dan angka ini lebih rendah bila dibandingkan dengan target RPJM 2014 yaitu 60,1% (Aryanti, 2014:2). Tren CPR di Jawa Timur mengalami penurunan sejak tahun 2003, yaitu dari 67% pada tahun 2003 turun menjadi 66,% pada tahun 2007 dan kembali turun pada tahun 2012 menjadi 65,3% (BPS, 2013). Menurut Riskesdas tahun 2013, CPR di Jawa timur masih rendah yaitu sebesar 62,2% sedangkan untuk cakupan K4 di Jawa Timur pada tahun 2013 hanya mencapai 87,36% (Depkes, 2013:290).

Rendahnya penggunaan kontrasepsi pada perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun merupakan suatu permasalahan sebab perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun memiliki masa reproduksi yang lebih panjang sehingga pemakaian alat kontrasepsi harus terpenuhi. Masih tingginya fertilitas pada perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun ditunjukkan oleh ASFR (*Age Specific Fertility Rate*) atau rata-rata kelahiran pada remaja usia 15-19 tahun di Indonesia yang meningkat dari 35 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 menjadi 45 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2012 (BKKBN, 2013). Padahal target yang seharusnya dicapai berdasarkan RPJM 2014 dan MDGs adalah 30 per 1000 perempuan usia 15-19 tahun (Kemenkes RI, 2013 dalam Aryanti, 2014:2). Jika terus berlanjut maka pada tahun-tahun selanjutnya angka kelahiran total atau *Total Fertility Rate (TFR)* di Indonesia akan cukup tinggi dan membuat populasi

penduduk Indonesia meningkat dengan cepat. Saat ini TFR yang stagnan dan ASFR yang meningkat, merupakan akibat dari melemahnya program KB terutama untuk menekan fertilitas pada kelompok perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun (Sukamdi, 2012 dalam Aryanti 2014:2). Peningkatan cakupan K4 bagi perempuan yang hamil dibawah usia 20 tahun juga sangat penting mengingat ibu hamil berusia dibawah usia 20 tahun merupakan kelompok berisiko tinggi mengalami komplikasi kehamilan. Meningkatkan cakupan K4 bagi ibu hamil pada kelompok yang berisiko tinggi merupakan salah satu kunci untuk menurunkan AKI di Indonesia yang masih sangat tinggi yaitu 359/100.000 kelahiran hidup (BPS, 2013).

Rendahnya pemakaian kontrasepsi pada kelompok perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun serta masih belum terpenuhinya target capaian K4 pada pelayanan antenatal ibu hamil semakin menjadi masalah di Indonesia sebab angka pernikahan dibawah usia 20 tahun di Indonesia tergolong tinggi. Menurut *United Nations Development Economic and Sosial Affairs* (UNDESA), Indonesia merupakan negara ke-37 dengan jumlah pernikahan dibawah usia 20 tahun terbanyak di dunia dan berada di urutan kedua terbanyak setelah Kamboja dari seluruh negara ASEAN. Provinsi Jawa Timur adalah salah satu provinsi yang termasuk dalam 10 besar provinsi dengan angka pernikahan dibawah usia 20 tahun tertinggi. Menurut data Susenas tahun 2012, di Jawa Timur terdapat 14,98% perempuan yang usia kawin pertamanya dibawah 15 tahun. Angka ini cukup tinggi jika dibandingkan dengan provinsi lainnya di Indonesia. Provinsi Jawa Timur menduduki peringkat kedua tertinggi setelah Provinsi Kalimantan Selatan serta berada diatas rata-rata angka usia kawin pertama perempuan dibawah usia 15 tahun di Indonesia yaitu sebesar 11,13% (BPS, 2013). Salah satu dari beberapa kabupaten di Jawa Timur yang memiliki angka pernikahan dibawah usia 20 tahun yang melebihi rata-rata provinsi adalah Kabupaten Banyuwangi. Data Kementerian Agama Kabupaten Banyuwangi menunjukkan bahwa sebanyak 5.471 pernikahan atau 34,39% dari seluruh jumlah pernikahan di Banyuwangi adalah pernikahan dibawah usia 20 tahun pada tahun 2013. Angka tersebut meningkat dibandingkan dengan tahun sebelumnya yaitu sebanyak 5.422

pernikahan atau sekitar 33,73% pernikahan dibawah usia 20 tahun terjadi pada tahun 2012. Kecamatan Licin merupakan kecamatan dengan angka pernikahan dibawah usia 20 tahun tertinggi dari 24 kecamatan yang ada di Kabupaten Banyuwangi yaitu sebesar 86,75% pada tahun 2013. Angka ini juga meningkat dari tahun sebelumnya yaitu sebesar 84,13% di tahun 2012.

Perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun, selain merupakan kelompok yang memiliki tingkat fertilitas tinggi dan berisiko tinggi saat kehamilan, juga merupakan kelompok yang memiliki tingkat otonomi rendah. Berdasarkan beberapa penelitian yang telah dilakukan sebelumnya, otonomi merupakan faktor penting untuk menentukan tindakan perempuan dalam menggunakan pelayanan kesehatan reproduksi. Salah satu faktor yang berpengaruh terhadap tingkat otonomi dan keberdayaan perempuan adalah usia saat menikah. Penelitian yang dilakukan oleh Santhya *et al* (2010:136) di India menunjukkan bahwa perempuan yang menikah di usia dewasa memiliki otonomi yang lebih tinggi dibanding perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun. Perempuan yang menikah di usia dewasa memiliki peran 1,4 kali lebih tinggi dalam perencanaan rumah tangga daripada perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun. Hasil penelitian tersebut juga menunjukkan bahwa perempuan yang menikah di usia dewasa memiliki kemungkinan untuk menolak kekerasan/pemukulan dari suami 1,2 kali lebih tinggi; menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan pertama 1.4 kali lebih tinggi; dan melahirkan di fasilitas kesehatan 1,4 kali lebih tinggi daripada perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun. Selain itu, perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun juga lebih rentan untuk mengalami keguguran dan kekerasan dalam rumah tangga.

Menurut WHO otonomi dikenal sebagai kunci dari faktor yang menentukan kemampuan perempuan untuk mencari pelayanan kesehatan reproduksi. 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). 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).

Dewasa ini telah ada sejumlah studi yang meneliti otonomi perempuan dan hubungannya dengan kesehatan secara umum maupun kesehatan reproduksi. Penelitian yang dilakukan oleh Bloom *et al* (2001:6) pada 300 perempuan di India, ditemukan bahwa perempuan dengan otonomi yang tinggi dalam kebebasan bergerak mendapatkan kemudahan dalam mengakses pelayanan antenatal lebih tinggi daripada perempuan yang memiliki otonomi rendah. Selain itu, perempuan yang memiliki otonomi bergerak tinggi memiliki akses yang lebih tinggi untuk melakukan persalinan aman di tenaga medis yang terampil. Bloom *et al* (2001:10) menyimpulkan bahwa pengaruh otonomi perempuan dalam penggunaan pelayanan kesehatan reproduksi sama pentingnya dengan pengaruh tingkat pendidikan perempuan. Hal ini juga disampaikan oleh Gupta (dalam Kumar dan Tiwari, 2008:2) bahwa rendahnya tingkat pendidikan dan otonomi perempuan merupakan hambatan untuk peningkatan kelangsungan hidup anak dan penurunan fertilitas.

Penelitian Kumar dan Tiwari (2008:6-9) pada 124.385 perempuan usia 15-49 tahun di India menunjukkan bahwa otonomi perempuan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap tindakan perempuan dalam mendapatkan pelayanan antenatal, persalinan yang aman dan imunisasi anak. Otonomi perempuan memiliki pengaruh yang lemah terhadap penggunaan pelayanan antenatal namun sangat berpengaruh pada pemenuhan persalinan aman dan imunisasi anak. Wilayah tempat tinggal (urban-rural), pendidikan perempuan, dan faktor wilayah menjadi prediktor yang paling penting dalam menentukan tingkat otonomi perempuan. 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 bergerak 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.

Sebuah penelitian serupa juga dilakukan oleh Wado (2013:23) dengan menganalisis data sekunder *Ethiopian Demography and Health Survey (EDHS)*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa otonomi perempuan memiliki pengaruh penting terhadap perilaku pencarian layanan kesehatan reproduksi di Ethiopia. Setelah mengendalikan faktor sosio-demografi, peneliti mengemukakan bahwa partisipasi perempuan dalam pengambilan keputusan rumah tangga berhubungan dengan pemakaian kontrasepsi. Temuan lain dari penelitian tersebut adalah otonomi perempuan dalam kebebasan bergerak berpengaruh terhadap penggunaan layanan antenatal. Status pendidikan perempuan, status pekerjaan, wilayah tempat tinggal, paparan media, dan tingkat ekonomi merupakan prediktor penting dalam perilaku pencarian pelayanan kesehatan reproduksi dalam penelitian ini.

Penelitian oleh Adhikari dan Sawangdee (2011:3) di Nepal juga menunjukkan bahwa angka kematian bayi terjadi sangat tinggi pada golongan ibu yang memiliki otonomi rendah dalam perawatan kesehatan bagi bayi mereka. Hasil tersebut menunjukkan bahwa terpenuhinya hak reproduksi perempuan merupakan salah satu faktor untuk menurunkan angka fertilitas dan angka kematian ibu dan bayi yang merupakan salah satu indikator kesehatan reproduksi, sehingga untuk meningkatkan kesehatan reproduksi khususnya pada perempuan, hak-hak reproduksi yang dimiliki perempuan harus terpenuhi yaitu dengan meningkatkan beberapa faktor yang berhubungan salah satunya adalah otonomi perempuan.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara otonomi perempuan dan tindakan pencarian pelayanan kesehatan reproduksi terkait penggunaan kontrasepsi dan pelayanan antenatal pada perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi. Hasil penelitian ini nantinya dapat dijadikan sebagai rujukan bagi para pembuat kebijakan untuk melakukan suatu upaya dalam meningkatkan tindakan perempuan dalam mencari pelayanan kesehatan reproduksi terutama pada perempuan yang

menikah dibawah usia 20 tahun sebagai salah satu upaya penurunan fertilitas dan meningkatkan kesehatan ibu dan anak melalui penggunaan kontrasepsi dan pelayanan antenatal. Selain itu, hasil penelitian ini juga dapat menjadi landasan dalam upaya peningkatan program pendewasaan usia pernikahan yang saat ini tengah dilakukan oleh pemerintah.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada penelitian ini adalah bagaimanakah hubungan antara otonomi perempuan dan tindakan pencarian pelayanan kesehatan reproduksi pada perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah menganalisis hubungan antara otonomi perempuan dengan tindakan pencarian pelayanan kesehatan reproduksi pada perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik sosiodemografi, otonomi, dan tindakan pencarian pelayanan kesehatan reproduksi pada perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi
- b. Menganalisis hubungan antara karakteristik sosiodemografi dengan otonomi pada perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi
- c. Menganalisis hubungan antara karakteristik sosiodemografi dengan tindakan pencarian pelayanan kesehatan reproduksi pada perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi

- d. Menganalisis hubungan antara otonomi dengan tindakan pencarian pelayanan kesehatan reproduksi pada perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi
- e. Menganalisis hubungan otonomi dengan tindakan pencarian pelayanan kesehatan reproduksi berdasarkan karakteristik sosiodemografi pada perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

- a. Manfaat teoritis dari penelitian ini adalah sebagai sumbangan ilmu dan menambah referensi kepustakaan tentang kependudukan khususnya pada kajian mengenai otonomi perempuan dan tindakan pencarian pelayanan kesehatan reproduksi di bidang Biostatistika dan Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- b. Menjadi landasan penelitian selanjutnya tentang kependudukan khususnya pada kajian terkait otonomi perempuan dan tindakan pencarian pelayanan kesehatan reproduksi pada perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi.

1.4.2 Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini dapat menjadi landasan kebijakan bagi pemerintah khususnya pemerintah daerah dan instansi terkait seperti BP2KB, Kementerian Agama, KUA, pemerintah daerah di tingkat kabupaten, kecamatan dan desa dalam pengambilan keputusan serta kebijakan terkait pendewasaan usia pernikahan dan peningkatan otonomi perempuan untuk meningkatkan tindakan pencarian pelayanan kesehatan reproduksi terkait penggunaan kontrasepsi dan pelayanan antenatal terutama pada perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun di Indonesia, khususnya di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Otonomi Perempuan

2.1.1 Definisi Otonomi Perempuan

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). Otonomi merupakan komponen utama dari hak untuk hidup, privasi, dan kebebasan. Hak tersebut antara lain termasuk hak-hak seorang perempuan untuk membuat keputusan tentang tubuh mereka dan kesemuanya haruslah bebas dari paksaan, diskriminasi dan kekerasan (UNFPA, 2005). Komponen kunci dari program aksi ICPD adalah pengakuan bahwa individu yang melakukan pemaksaan hukum negara berbasis populasi, kebijakan, atau praktik merupakan pelanggaran hak asasi manusia dan harus dihapuskan. ICPD juga sepakat untuk menghapuskan hukum, kebijakan, dan praktik yang mengganggu hak-hak individu untuk pengambilan keputusan secara otonom dan memastikan bahwa pihak ketiga tidak mengganggu hak otonomi seorang perempuan (UNFPA, 2005).

2.1.2 Elemen dan Pengukuran Otonomi Perempuan

Terdapat empat elemen yang menyusun otonomi perempuan yaitu otonomi dalam pembuatan keputusan keuangan, otonomi dalam pengambilan keputusan rumah tangga/domestik, kebebasan bergerak secara fisik, sikap terhadap kekerasan suami pada istri dan sikap terhadap penolakan istri untuk berhubungan seks dengan suami (Nigatu, *et al*, 2014:1-2; Haque *et al*, 2011:20; dan Wado, 2013:3). Otonomi perempuan secara umum diukur dengan menggunakan indeks komposit dari keempat elemen otonomi perempuan yaitu:

a Otonomi dalam pembuatan keputusan keuangan

Otonomi dalam pembuatan keputusan keuangan mengacu pada kemampuan perempuan untuk terlibat aktif dalam mengontrol setiap keputusan keuangan rumah tangganya (Haque *et al*, 2011:24). 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 Nigatu *et al* (2014:7) di Ethiopia, menemukan bahwa 65,2% perempuan memiliki akses yang baik terhadap sumber keuangan keluarga namun hanya 38,1% saja dari mereka yang memiliki otonomi untuk menggunakan uangnya untuk mengakses pelayanan kesehatan tanpa berkonsultasi dahulu dengan suami atau anggota keluarga dewasa lainnya. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa otonomi keuangan yang rendah akan membatasi dan menghambat tindakan perempuan dalam mencari pelayanan kesehatan.

Otonomi perempuan dalam pembuatan keputusan keuangan diukur dengan menilai siapakah yang menentukan keputusan akhir dalam penggunaan keuangan rumah tangga, keputusan akhir dalam pembelian barang bernilai tinggi, serta keputusan akhir dalam pengeluaran keuangan atau pembelian kebutuhan sehari-hari. Jawaban akan dinilai berdasarkan tiga kategori yaitu jika perempuan menjawab “saya (dirinya sendiri)” maka skor yang didapatkan adalah 2, jika perempuan menjawab “saya (dirinya sendiri) dan suami/orang lain” maka skor yang didapatkan adalah 1, dan jawaban selain itu (orang lain saja/suami saja, orang lain dan suami, atau keputusan tidak dibuat) akan diberi skor 0. Jumlah skor maksimal yang didapatkan oleh perempuan adalah 6. Perempuan dikatakan memiliki otonomi tinggi dalam pembuatan keputusan keuangan jika skor yang didapatkan dari ketiga pertanyaan tersebut ≥ 3 dan dikatakan memiliki otonomi rendah jika mendapatkan skor < 3 (Nigatu *et al*, 2014:3).

b Otonomi dalam pembuatan keputusan domestik/rumah tangga

Peran perempuan dalam pengambilan keputusan rumah tangga akan membuka kesempatan bagi perempuan dalam menentukan keputusan lain terkait kesehatan reproduksinya. Beberapa bentuk keputusan rumah tangga antara lain keputusan terkait makanan yang dikonsumsi sehari-hari, tempat pelayanan kesehatan saat sakit, dan lain-lain. Hogan *et al* (1999:6) mengemukakan bahwa keterlibatan perempuan dalam pengambilan keputusan rumah tangga merupakan prediktor penting dalam penggunaan kontrasepsi modern. 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). Pada penelitiannya, Wado (2013:23-24) menemukan bahwa proporsi perempuan yang menggunakan kontrasepsi modern dan pelayanan antenatal lebih tinggi pada perempuan yang memiliki otonomi tinggi dalam pengambilan keputusan rumah tangga.

Elemen otonomi perempuan dalam pembuatan keputusan domestik/rumah tangga diukur dengan menilai siapakah yang menentukan keputusan akhir terkait pelayanan kesehatan ketika perempuan tersebut sakit, menu makanan yang dikonsumsi sehari-hari, pelayanan kesehatan anak, serta keputusan-keputusan terkait keluarga berencana. Sama halnya dengan elemen pertama, jawaban akan dinilai berdasarkan tiga kategori yaitu jika perempuan menjawab “saya (dirinya sendiri)” maka skor yang didapatkan adalah 2, jika perempuan menjawab “saya (dirinya sendiri) dan suami/orang lain” maka skor yang didapatkan adalah 1, dan jawaban selain itu (orang lain saja/suami saja, orang lain dan suami, atau keputusan tidak dibuat) akan diberi skor 0. Jumlah skor maksimal yang didapatkan oleh perempuan adalah 8. Perempuan dikatakan memiliki otonomi tinggi dalam pembuatan keputusan rumah tangga jika skor yang didapatkan dari keempat

pertanyaan ≥ 4 dan dikatakan memiliki otonomi rendah jika mendapatkan skor < 4 (Nigatu *et al*, 2014:3).

c Kebebasan bergerak secara fisik

Elemen yang ketiga dari empat elemen otonomi perempuan adalah kebebasan perempuan dalam bergerak secara fisik. Kebebasan ini menggambarkan seberapa mudah perempuan untuk pergi melakukan aktifitas diluar rumah atau menuju ke tempat-tempat yang diinginkan dan dibutuhkan tanpa harus ditemani dan menunggu ijin terlebih dahulu dari orang dewasa lain. Kebebasan bergerak ini akan mempengaruhi kemudahan perempuan untuk mengakses berbagai hal diluar rumah seperti pekerjaan, informasi dan pelayanan kesehatan (Haque *et al*, 2011:24). 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 perempuan secara fisik diukur dengan menilai siapakah yang menentukan keputusan akhir untuk mengunjungi sanak saudara/kerabat, kebebasan perempuan untuk pergi ke pelayanan kesehatan sendirian, kebebasan perempuan untuk belanja sendirian atau dengan orang lain selain anggota keluarga yang serumah, serta kebebasan perempuan untuk pergi keluar desa/kota sendirian. Jawaban dari pertanyaan pertama akan dinilai berdasarkan tiga kategori yaitu jika perempuan menjawab “saya (dirinya sendiri) maka skor yang didapatkan adalah 2, dan jika perempuan menjawab “saya (dirinya sendiri) dan orang lain/suami” maka skor yang didapatkan adalah 1, dan jawaban selain itu (orang lain saja/suami saja, orang lain dan suami, dan keputusan tidak dibuat) akan diberi skor 0. Sedangkan untuk jawaban dari pertanyaan kedua hingga keempat akan dinilai berdasarkan 2 kategori. Skor 1 untuk jawaban “ya” dan skor 0 untuk jawaban “tidak”. Skor total pada elemen ini adaah 5. Perempuan dikatakan memiliki otonomi tinggi dalam pergerakan fisik jika skor yang didapatkan dari keempat pertanyaan $\geq 2,5$ dan dikatakan memiliki otonomi rendah jika mendapatkan skor $< 2,5$ (Nigatu *et al*, 2014:3).

- d Sikap terhadap kekerasan/pemukulan terhadap istri dan sikap terhadap penolakan hubungan seks 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. Secara spesifik, hasil penelitian Wado (2013:13-14) menunjukkan bahwa penggunaan layanan antenatal lebih tinggi pada perempuan yang tidak setuju terhadap segala jenis alasan pemukulan terhadap istri dan menyetujui semua alasan untuk menolak seks dengan suami.

Elemen yang keempat ini diukur dengan menilai sikap perempuan terhadap pemukulan yang dilakukan oleh suami kepada istri karena pergi tanpa meminta ijin 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. 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 kode 1 untuk “tidak”, dan 0 untuk jawaban “ya”. Sedangkan untuk jawaban pada nomor pertanyaan 5-9 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 (skor 9) menunjukkan bahwa ia memiliki otonomi yang tinggi; dan perempuan yang mendapat skor < 9 tergolong perempuan dengan otonomi yang rendah (Nigatu *et al*, 2014:3 dan Wado, 2013:8).

Setelah diukur berdasarkan empat elemen tersebut, maka skor dari masing-masing elemen dijumlahkan untuk mendapatkan kategori tingkat otonomi wanita secara umum. Perempuan akan dikategorikan sebagai perempuan yang memiliki otonomi tinggi secara umum jika skor total yang didapatkannya $\geq 18,5$, dan jika skor total yang didapatkan perempuan < 18,5 maka ia termasuk kategori perempuan yang memiliki otonomi rendah (Nigatu *et al*, 2014:3; ; Wado, 2013:8 dan Haque *et al*, 2011:21-24).

2.1.3 Faktor yang Berpengaruh terhadap Otonomi Perempuan

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi otonomi perempuan dalam rumah tangga antara lain:

a. Usia

Menurut penelitian Haque *et al* (2011:27) usia perempuan berhubungan secara signifikan dengan tiga elemen otonomi perempuan. Otonomi wanita akan meningkat seiring dengan meningkatnya usia perempuan (Kumar dan Tiwari, 2008:6). Hasil penelitian Hameed *et al* (2014:4) juga menunjukkan bahwa meningkatnya usia perempuan akan meningkatkan otonomi perempuan dalam pengambilan keputusan dalam rumah tangga.

b. Status pekerjaan perempuan

Status pekerjaan perempuan 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 dkk, 2013:177 dan Nigatu *et al*, 2014:5).

c. Penghasilan perempuan

Status pekerjaan juga erat kaitannya dengan besar penghasilan yang diperoleh. Nigatu *et al* (2014:5) mengemukakan bahwa perempuan yang memiliki penghasilan bulanan lebih tinggi memiliki tingkat otonomi yang lebih tinggi daripada perempuan yang memiliki penghasilan rendah atau tidak berpenghasilan samasekali.

d. Pendidikan perempuan

Menurut Nigatu *et al* (2014:5) perempuan yang berpendidikan tinggi lebih otonom daripada perempuan yang berpendidikan rendah. Namun, dalam penelitian lain yang dilakukan oleh Haque *et al* (2011:28), pendidikan perempuan tidak berpengaruh terhadap peningkatan otonomi perempuan.

e. Keterpaparan perempuan terhadap akses informasi/media

Keterpaparan perempuan terhadap akses informasi/media akan meningkatkan pengetahuan perempuan sehingga perempuan lebih memiliki peran dan otonomi di keluarganya (Wado, 2013:11 dan Haque *et al*, 2011:28).

f. Karakteristik pasangan

Faktor lain yang menentukan seberapa besar otonomi perempuan dalam keluarga adalah karakteristik pasangan yang meliputi usia, status pekerjaan, penghasilan suami, dan tingkat pendidikan suami. Pada penelitian Kumar dan Tiwari (2008:6) menunjukkan bahwa otonomi perempuan lebih tinggi pada perempuan yang memiliki suami dengan tingkat pendidikan menengah keatas.

g. Wilayah tempat tinggal

Perempuan yang tinggal di wilayah urban memiliki otonomi yang lebih tinggi daripada perempuan yang tinggal di wilayah rural. Perbedaan ini erat

kaitannya dengan kultur yang berlaku pada wilayah urban dan rural serta paparan perempuan terhadap informasi dan media (Nigatu *et al*, 2011:5).

h. Bentuk keluarga

Kamal (2000:12) mengemukakan bahwa bentuk keluarga juga 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 (Bloom *et al*, 2001:5 dan Nigatu *et al*, 2011:7).

i. Bentuk pernikahan

Menurut hasil penelitian Nigatu *et al* (2011:7) bentuk pernikahan juga mempengaruhi otonomi perempuan. Perempuan yang menikah secara monogami cenderung memiliki otonomi yang tinggi daripada perempuan yang berada pada pernikahan poligami (Nigatu *et al*, 2011:7).

j. Usia perempuan saat menikah

Usia perempuan saat menikah juga mempengaruhi tingkat otonominya. Penelitian yang dilakukan oleh Santhya *et al* (2013:135) di India menunjukkan bahwa perempuan yang menikah di usia dewasa memiliki otonomi yang lebih tinggi dibanding perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun. Perempuan yang menikah di usia dewasa memiliki peran 1,4 kali lebih tinggi dalam perencanaan rumah tangga daripada perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun. Hasil penelitian tersebut juga menunjukkan bahwa perempuan yang menikah di usia dewasa memiliki kemungkinan untuk menolak kekerasan/pemukulan dari suami 1,2 kali lebih tinggi; menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan pertama 1.4 kali lebih tinggi; dan melahirkan di fasilitas kesehatan 1,4 kali lebih tinggi daripada perempuan yang menikah di usia dini.

2.1.4 Pernikahan dibawah Usia 20 Tahun

Pernikahan menurut Undang-Undang RI Nomor 1 Tahun 1974 adalah ikatan lahir batin antara seorang pria dan seorang perempuan sebagai suami istri

dengan tujuan membentuk keluarga atau rumah tangga yang bahagia dan kekal berdasarkan Ketuhanan Yang Maha Esa. Pernikahan dini menurut Luthfyah (dalam Rosmawar, 2013:2) merupakan institusi agung untuk mengikat dua insan lawan jenis yang masih remaja dalam satu ikatan. Batasan usia yang diizinkan untuk menikah dalam Undang-Undang Perkawinan No. 1 Tahun 1974 adalah 16 tahun untuk perempuan dan 19 tahun untuk pria. Menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) batasan tersebut dianggap kurang sesuai karena menurut BKKBN remaja yang menikah pada usia 16 tahun untuk perempuan dan 19 tahun untuk pria tergolong sebagai pernikahan usia dini. Menurut BKKBN usia ideal atau batas kesiapan seorang perempuan untuk menikah adalah usia 20 tahun dan untuk laki-laki adalah 25 tahun. Pernikahan dini merupakan suatu pernikahan yang dilakukan oleh remaja yang seharusnya belum siap untuk melaksanakan pernikahan.

a. Faktor yang mendorong terjadinya pernikahan dibawah usia 20 tahun

Terdapat beberapa alasan seorang remaja perempuan menikah dibawah usia 20 tahun antara lain:

1) Ekonomi

Adanya anggapan bahwa anak perempuan adalah beban ekonomi keluarga membuat banyak orang tua pada akhirnya sangat permisif bahkan mendorong anak remajanya untuk menikah di usia yang sangat muda. Para orang tua tersebut berharap dengan adanya pernikahan akan memberikan dampak yang baik berupa keuntungan finansial dan sosial untuk keluarga. Untuk meringankan beban orang tuanya, anak perempuan akan dinikahkan dengan laki-laki yang dianggap mampu oleh orang tuanya (Darnita, 2013:34).

2) Nilai Sosial Budaya dan Agama

Faktor budaya merupakan salah satu faktor terbesar penyebab pernikahan dini karena diturunkan dan sudah mengakar layaknya kepercayaan. Pada beberapa budaya terdapat suatu kepercayaan jika seorang anak perempuan tidak segera menikah maka akan dianggap tidak laku dan membuat malu keluarga (Marlina, 2013:7).

3) Moralitas dan Kehormatan

Pada beberapa budaya seperti budaya timur yang juga dianut oleh masyarakat Indonesia, menjaga kehormatan keluarga melalui menjunjung tinggi nilai keperawanan seorang anak gadis masih sangat melekat kuat. Akibat derasnya arus teknologi komunikasi dan perkembangan zaman, perilaku seks remaja saat ini semakin tidak memegang teguh pada norma yang ada. Banyak remaja di usia masih sangat muda telah melakukan hubungan seks secara bebas bahkan hingga mengalami kehamilan. Kehamilan di luar nikah atau yang juga disebut sebagai kehamilan yang tidak diinginkan (KTD) tidak diterima di sebagian besar kelompok masyarakat termasuk di Indonesia. Masyarakat menganggap KTD merupakan suatu perbuatan yang dianggap melanggar norma dan memalukan sehingga satu-satunya jalan keluar untuk masalah tersebut adalah pernikahan (Rusiani, 2013:16).

4) Pendidikan

Menurut hasil penelitian Rosmawar (2013:5) tingkat pendidikan remaja berhubungan secara signifikan dengan keputusan untuk menikah dibawah usia 20 tahun. Pada masyarakat yang tergolong menengah kebawah yang tidak mampu menyekolahkan anaknya hingga kejenjang pendidikan yang lebih tinggi, menikahkan anak remajanya yang putus sekolah seakan-akan menjadi solusi yang harus mereka hadapi terutama bagi remaja perempuan (Darnita, 2013:47). Selain dari sisi remaja itu sendiri, rendahnya pendidikan orang tua juga berpengaruh dalam keputusan seorang remaja untuk menikah dibawah usia 20 tahun. Orang tua yang berpendidikan rendah tidak paham pentingnya pendidikan tinggi bagi anaknya dan memaksa anaknya untuk segera menikah (Darnita, 2013:35).

5) Pengetahuan

Pernikahan dibawah usia 20 tahun bisa terjadi dikarenakan rendahnya pengetahuan remaja dan orang tua akan arti pernikahan serta dampak yang akan ditimbulkan dari pernikahan dibawah usia 20 tahun (Rosmawar, 2013:5). Orang yang telah berumah tangga memiliki tanggung jawab yang besar baik dari segi mental maupun sosial ekonomi. Pengetahuan akan dampak dari

pernikahan dibawah usia 20 tahun seharusnya dimiliki oleh semua orang tua dan remaja sehingga orang tua dan remaja akan melakukan suatu pertimbangan yang matang sebelum memutuskan untuk menikah di usia muda. Oleh karena itu memberikan pendidikan kesehatan tentang pengertian pernikahan, usia ideal untuk pertama menikah, dan dampak dari pernikahan dibawah usia 20 tahun kepada remaja dan orang tua sebagai salah satu upaya pencegahan meningkatnya pernikahan dibawah usia 20 tahun sangat diperlukan (Rosmawar, 2013:5).

b. Dampak pernikahan dibawah usia 20 tahun

Ditinjau dari beberapa segi kehidupan, pernikahan dibawah usia 20 tahun memiliki dampak antara lain sebagai berikut:

1) Dampak dari segi kesehatan

Pernikahan dibawah usia 20 tahun akan berdampak terhadap kesehatan yang berhubungan dengan tingginya angka kelahiran anak. Perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun akan mengalami masa reproduksi yang lebih panjang. Perempuan yang telah menikah akan lebih aktif dalam melakukan aktifitas seksual sehingga kemungkinan untuk memiliki anak dalam jumlah banyak lebih besar daripada perempuan yang menikah di usia ideal (Aryanti, 2014:12).

Tingginya angka kelahiran anak juga akan berpengaruh terhadap jarak kelahiran yang terlalu dekat. Jarak ideal antara suatu proses kelahiran dengan kelahiran sebelumnya bagi seorang perempuan adalah dua tahun (Kusumawati, 2006:24). Seorang perempuan yang hamil dan melahirkan kembali dengan jarak yang pendek dari kehamilan sebelumnya akan memberikan dampak yang buruk terhadap kesehatannya ibu dan bayinya karena bentuk dan fungsi organ reproduksi belum kembali dengan sempurna sehingga fungsinya akan terganggu jika terjadi kehamilan dan persalinan kembali (Kusumawati, 2006:24)..

Gangguan kesehatan yang mungkin timbul di saat kehamilan dan persalinan pada perempuan yang berusia dibawah 20 tahun lebih tinggi jika dibandingkan dengan perempuan yang hamil dan melahirkan pada usia diatas

20 tahun (Armugustini, 2010:2). Bahkan salah satu penyebab kematian maternal yang sering ditemui adalah dari segi usia ibu. Masa reproduksi yang sehat adalah antara usia 20 hingga 30 tahun. Risiko kematian maternal pada saat hamil dan melahirkan pada perempuan dibawah usia 20 tahun adalah 2-5 kali lebih tinggi daripada kematian maternal yang terjadi pada perempuan usia 20-29 tahun (Roumali dan Vindari, 2011 dalam Marlina, 2013:3). Penyebab utama kematian tersebut adalah komplikasi saat hamil, persalinan dan komplikasi keguguran. Kehamilan yang terjadi pada remaja berarti bahwa kehamilan tersebut terjadi pada saat organ reproduksi perempuan baru saja berkembang dan belum mencapai kematangan yang optimal. Risiko yang terjadi pada kehamilan remaja antara lain adalah anemia, gangguan tumbuh kembang janin, keguguran, premature, BBLR, gangguan proses persalinan, pendarahan antepartum dan preeklamsi (Armugustini, 2010:33).

2) Dampak dari segi mental/jiwa

Menurut Darnita (2013:21) pasangan yang menikah di usia muda belum siap untuk bertanggung jawab secara moral pada setiap apa saja yang merupakan tanggung jawabnya. Seorang perempuan yang hamil pada usia muda sebagian besar akan mengalami kegoncangan mental dan keraguan atas kehamilannya. Sebagian besar keraguan itu muncul karena ketidaksiapan remaja perempuan secara psikis untuk menjalani tanggungjawab baru untuk mengurus rumah tangga sebagai ibu bagi calon anaknya sekaligus istri bagi suaminya. Remaja perempuan masih memiliki sikap dan mental yang labil dan belum matang emosinya sehingga tekanan-tekanan yang dialaminya tersebut jika tidak dapat dimanajemen dengan baik akan sangat berpengaruh terhadap kelangsungan hidup si bayi yang berada dalam kandungan. Bayi akan berisiko mengalami abortus spontan, lahir premature dan BBLR jika kondisi ibu saat hamil berada dalam tekanan emosi/*stress*.

Selain itu pernikahan dibawah usia 20 tahun juga berpengaruh terhadap keharmonisan dan kelangsungan keluarga karena perkawinan usia muda adalah perkawinan yang masih rawan dan belum stabil. Emosi pasangan muda masih labil/belum siap membina rumah tangga secara dewasa dan tingkat

kemandirian pasangan yang menikah dibawah usia 20 tahun masih rendah sehingga menyebabkan terjadinya perceraian. Peristiwa kawin cerai biasanya terjadi pada pasangan yang usianya pada waktu menikah relatif masih muda (Marlina, 2013:7).

3) Dampak dari segi sosial-ekonomi

a) Ekonomi

Pasangan yang menikah dibawah usia 20 tahun biasanya memiliki tingkat pendidikan, pengetahuan dan keterampilan yang rendah sehingga sebagian besar dari mereka belum mampu untuk mandiri secara ekonomi. Sebagian besar dari laki-laki pada pasangan pernikahan dibawah usia 20 tahun biasanya bekerja di sektor nonformal dengan pendapatan menengah kebawah. Sedangkan sebagian besar perempuannya tidak bekerja atau hanya menurus rumah tangga saja (Marlina, 2013:4).

b) Pendidikan

Usaha pendewasaan usia pernikahan berkaitan dengan usaha untuk memperjuangkan seorang remaja agar dapat mengakses/memperoleh tingkat pendidikan yang lebih tinggi. Pendidikan yang tinggi akan berpengaruh terhadap pengetahuan serta keterampilan yang akan remaja miliki sebagai bekal untuk menjadi seseorang yang produktif secara ekonomi dan menjadi sumber daya manusia yang mampu berdaya saing. Pada perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun kemungkinan besar ia akan putus sekolah, akibatnya pengetahuan yang ia miliki akan rendah (Rosmawar, 2013:6). Pengetahuan yang minim serta keterampilan seadanya akan sulit bagi para remaja untuk dapat bekerja secara layak seperti halnya orang lain yang dapat mengenyam pendidikan yang lebih tinggi.

c) Kependudukan

Pernikahan dibawah usia 20 tahun jika di tinjau dari segi kependudukan akan berdampak sangat besar jika tidak dapat dikendalikan. Seorang perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun akan memiliki masa reproduksi yang lebih panjang dibandingkan dengan

perempuan yang menikah di usia dewasa. Selain memiliki masa reproduksi yang panjang, perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun juga aktif secara seksual sehingga kemungkinan untuk memiliki anak lebih dari dua sangatlah besar (Aryanti, 2014:23). Tingkat fertilitas yang tinggi pada perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun tentunya tidak sejalan dengan upaya pengendalian jumlah penduduk.

2.2 Tindakan Pencarian Pelayanan Kesehatan Reproduksi

2.2.1 Definisi Tindakan Pencarian Pelayanan Kesehatan Reproduksi

Notoatmodjo (dalam Murniati, 2007:21) mendefinisikan perilaku kesehatan merupakan respon seseorang terhadap stimulus atau rangsangan yang berhubungan dengan sakit dan penyakit, system pelayanan kesehatan, makanan serta lingkungan. Definisi tersebut serupa dengan pandangan Skinner (dalam Aryanti (2014:25) yang menyebutkan bahwa perilaku merupakan reaksi atau respon seseorang terhadap stimulus atau ransangan dari luar. Sebuah perilaku terjadi melalui proses adanya rangsangan (stimulus) terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespon. Karena itulah teori Skinner ini disebut teori "S-O-R" atau *Stimulus Organisme Respons*.

Menurut Skinner perilaku kesehatan adalah suatu tindakan yang merupakan respons seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman, serta lingkungan. Skinner menggolongkan perilaku kesehatan dalam 3 kelompok yaitu perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*), perilaku kesehatan lingkungan dan perilaku pencarian pelayanan kesehatan (*health seeking behavior*). Perilaku atau tindakan pencarian pelayanan kesehatan reproduksi termasuk kedalam kelompok perilaku pencarian pelayanan kesehatan (*health seeking behavior*).

Perilaku atau tindakan pencarian pelayanan kesehatan reproduksi merupakan respon dan upaya yang muncul dari dalam diri seseorang untuk mencari pelayanan kesehatan reproduksi sesuai dengan kebutuhannya (Skinner, 1938 dalam Aryanti, 2014:52). Tindakan pencarian pelayanan kesehatan reproduksi meliputi penggunaan kontrasepsi, pemanfaatan pelayanan antenatal

secara lengkap saat hamil, imunisasi lengkap, dan persalinan aman di tenaga kesehatan (Wado, 2013:5 dan Bloom).

2.2.2 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*. Kontrasepsi seharusnya tidak mengganggu spontanitas, tidak mengotori, tidak berbau, atau berasa menyengat, mudah digunakan, murah, tidak bergantung pada ingatan penggunanya, dan tidak bergantung pada petugas kesehatan dan metode yang digunakan juga tidak bertentangan dengan budaya setempat sehingga dapat diterima oleh para penggunanya. Adapun jenis-jenis metode kontrasepsi antara lain (BKKBN dan Kemenkes RI, 2012):

a. Kontrasepsi Non Hormonal

1) Metode Amenorea Laktasi

Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan ataupun minuman apa pun lainnya pada bayi. Syarat untuk menggunakan metode MAL ini adalah dengan menyusui secara penuh (*full breast feeding*) dan lebih efektif bila pemberian lebih dari 8 kali sehari.

2) Kondom

Kondom merupakan selubung/sarung karet yang digunakan sebagai salah satu metode kontrasepsi atau alat untuk mencegah kehamilan dan atau penularan penyakit kelamin pada saat bersenggama. Kondom dapat menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan. Kondom juga dapat mencegah penularan mikroorganisme (termasuk penyebab IMS dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain.

3) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (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.

4) Kontrasepsi Mantap (Tubektomi dan Vasektomi)

Tubektomi atau yang juga disebut Metode Operasi Perempuan (MOW) adalah metode kontrasepsi mantap yang bersifat sukarela bagi seorang perempuan bila tidak ingin hamil lagi dengan cara mengoklusi tuba falopii yaitu dengan mengikat dan memotong atau memasang cincin pada saluran tuba falopii, sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum. Sama halnya dengan Vasektomi atau Metode Operasi Pria (MOP) yang merupakan prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan cara mengoklusi vasa deferensia sehingga jalur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi tidak terjadi. Keamanan kontrasepsi mantap ini sangat tinggi untuk mencegah kehamilan yaitu mencapai 99,6-99,8% (BKKBN dan Kemenkes R.I., 2012).

b. Kontrasepsi Hormonal

Kontrasepsi hormonal terbagi menjadi dua yaitu hormonal progestin yang meliputi pil, injeksi dan implant dan hormonal kombinasi yaitu pil dan injeksi. Selain terbagi atas hormonal dan non-hormonal, metode kontrasepsi juga terbagi atas kontrasepsi sederhana/alamiah/tradisional dan kontrasepsi modern.

- 1) Metode kontrasepsi sederhana/Alamiah/Tradisional meliputi:
 - a) Metode kalender/pantang berkala
 - b) Metode suhu basal
 - c) Metode lendir serviks
 - d) Metode sanggama terputus (*coitus interruptus*)
 - e) Tidak langsung berefek kontrasepsi: metode laktasi (menyusui)
- 2) Metode kontrasepsi modern meliputi:
 - a) Metode mekanis: kondom KB, kap serviks (*cervical cap*), diafragma, Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)/*Intra Uterine Device (IUD)*)
 - b) Metode hormonal: pil KB, implant/susuk KB, suntikkan KB)
 - c) Metode kimiawi: suppositorial, *jelly/cream/pasta, tissue*, tabelt berbusa, aerosol
 - d) Metode operatif: Medis Operatif Perempuan (MOP)/Tubektomi dan Medis Operatif Pria (MOP)/Vasektomi.

2.2.3 Pemanfaatan Pelayanan Antenatal

Pelayanan antenatal atau yang juga disebut sebagai *Antenatal Care (ANC)* adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga profesional untuk ibu hamil selama masa kehamilannya yang dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan. Pelayanan antenatal merupakan upaya untuk menjaga kesehatan ibu pada masa kehamilan sekaligus upaya menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu maupun kematian perinatal (Manuaba, 1998:129). Sehingga unsur penting dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi adalah memberikan pelayanan dan pemeliharaan kesehatan sewaktu hamil secara memadai serta sedini mungkin.

a Tujuan Pelayanan Antenatal

Adapaun tujuan pelayanan antenatal adalah sebagai berikut (Depkes RI, 2002 dalam Murniati, 2007:6):

- 1) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin.
- 2) Meningkatkan serta mempertahankan kesehatan fisik, mental, sosial ibu dan janin.
- 3) mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
- 4) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat ibu maupun bayi dengan trauma seminimal mungkin.
- 5) Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
- 6) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

b Standar Pelayanan Antenatal

Menurut Departemen Kesehatan (dalam Murniati, 2007:7), standar pelayanan antenatal adalah sebagai berikut :

- 1) Kunjungan Pertama. Pada kunjungan pertama ini dilakukan anamnese, riwayat kehamilan, penyakit yang diderita pada kehamilan sekarang, riwayat kesehatan anggota keluarga, pemeriksaan umum, pemeriksaan khusus kebidanan, pemeriksaan kadar haemoglobin (Hb), pemberian imunisasi TT, pemberian obat dan vitamin, perawatan payudara, penyuluhan tentang Gizi dan KB Postpartum, kebersihan perorangan, imunisasi TT dan kunjungan ulang.
- 2) Kunjungan ulang. Pada kunjungan ulang ini dilakukan anamnese, pemeriksaan umum, kebidanan dan laboratorium, pemberian imunisasi TT, pemberian vitamin dan obat, penyuluhan kesehatan sehubungan dengan kesehatan kehamilan.

c Kelengkapan Kunjungan Antenatal

Kunjungan ibu hamil adalah kontak antara ibu hamil dan petugas kesehatan yang memberikan pelayanan antenatal standar untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan. Kunjungan dapat diartikan sebagai ibu hamil yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan atau sebaliknya petugas kesehatan yang mengunjungi ibu hamil di rumahnya atau posyandu. Kunjungan ibu hamil dilakukan secara berkala yang dibagi menjadi beberapa tahap, seperti:

- 1) Kunjungan ibu hamil yang pertama atau disebut sebagai K1 adalah kontak ibu hamil yang pertama kali dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan dan pelayanan kesehatan. K1 dilakukan minimal 1 kali pada trimester I saat usia kehamilan mencapai 1–12 minggu.
- 2) Kunjungan ibu hamil kedua atau disebut sebagai K2 dilakukan minimal 1 kali pada trimester II pada saat usia kehamilan 13–24 minggu.
- 3) Kunjungan ibu hamil ketiga dan keempat atau disebut sebagai K3 dan K4 dilakukan minimal 2 kali pada trimester III atau saat usia kehamilan > 24 minggu.

2.2.4 Faktor yang Berhubungan dengan Tindakan Pencarian Pelayanan Kesehatan Reproduksi

Terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi perilaku perempuan dalam pencarian pelayanan kesehatan reproduksi. Teori *Health Seeking Behavior* oleh Anderson (dalam Murniati, 2007:23) menyebutkan bahwa terdapat tiga faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan perawatan kesehatan, yang dalam penelitian Murniati adalah pelayanan antenatal, yaitu:

- a. Faktor predisposisi, merupakan faktor yang menggambarkan kecenderungan individu yang berbeda-beda dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Faktor predisposisi meliputi faktor demografi (meliputi usia, status perkawinan, besar keluarga), faktor struktur sosial (meliputi tingkat pendidikan, status pekerjaan, etnis), dan faktor keyakinan atau kepercayaan (meliputi sikap/persepsi).

- b. Faktor *enabling* atau pemungkin meliputi faktor keluarga seperti tingkat ekonomi keluarga, kemampuan membayar pelayanan kesehatan; dan faktor sumber daya masyarakat yang meliputi kemudahan akses seperti waktu, biaya dan jarak, serta ketersediaan pelayanan.
- c. Faktor *need* atau kebutuhan merupakan faktor yang mendasari. Faktor *need* merupakan stimulus langsung bagi individu untuk menggunakan pelayanan kesehatan apabila kedua faktor sebelumnya telah ada. Faktor *need* ini termasuk faktor-faktor yang dirasakan, dinilai dan dipersepsikan oleh seseorang misalnya riwayat penyakit, keluhan, persepsi sehat, kondisi ibu, rencana pengobatan, atau kadar Hb ibu (Murniati, 2007:23-26).

Menurut teori Lawrence Green dalam penelitian yang dilakukan oleh Aryanti (2014:27), terdapat tiga faktor yang mempengaruhi perilaku perempuan dalam penggunaan kontrasepsi. Tiga faktor tersebut adalah faktor predisposisi (meliputi pengetahuan, sikap, usia, pendidikan, ekonomi, dan budaya), faktor *enabling* atau pemungkin (meliputi fasilitas dan pendidikan/informasi kesehatan) dan faktor *reinforcing* atau pendorong (meliputi perilaku tokoh masyarakat, perilaku petugas kesehatan, dan komitmen pemerintah).

Teori lain yang juga menjelaskan faktor-faktor yang berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi pada perempuan adalah teori modifikasi Bhushan (1997) dan Bertrand (1980) dalam Nurinda (2013:34). Teori oleh Bhushan dan Bertrand tersebut menyebutkan bahwa terdapat tiga faktor yang berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi yaitu faktor sosiodemografi (meliputi pendidikan, pendapatan, pekerjaan, usia, agama, wilayah tempat tinggal, dan region), faktor sosiopsikologis (meliputi sikap terhadap KB, otonomi perempuan, dan pengetahuan KB), serta faktor pemberi layanan (meliputi kegiatan yang berhubungan dengan KB, jarak, paparan media, diskusi dengan petugas kesehatan saat ANC). Ketiga faktor tersebut berpengaruh terhadap penentuan jumlah anak, preferensi fertilitas, permintaan membatasi kehamilan, yang akhirnya berpengaruh terhadap permintaan atau 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). Selain otonomi, faktor-faktor yang mempengaruhi perempuan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan reproduksi adalah karakteristik sosiodemografi perempuan (usia, wilayah tempat tinggal, tingkat ekonomi keluarga, etnis, agama, tingkat pendidikan, tingkat penghasilan, status pekerjaan, bentuk keluarga, jenis pernikahan, paritas, jumlah anak hidup, usia anak) dan karakteristik suami (pendidikan suami dan pekerjaan suami). Menurut Wado (2013:12), beberapa faktor sosiodemografi digolongkan sebagai faktor lain yaitu status perempuan yang meliputi pendidikan, pekerjaan, paparan media, dan jarak usia dengan pasangan.

Berdasarkan uraian diatas maka faktor yang berhubungan dalam perilaku pencarian pelayanan kesehatan dapat diuraikan sebagai berikut:

a. Usia

Usia mempengaruhi status dan keberdayaan perempuan dalam keluarga. Perempuan yang masih berusia muda cenderung kurang berdaya akibat adanya dominasi dari pihak lain yang berusia lebih tua seperti suami, ibu atau mertua yang pada akhirnya akan berpengaruh terhadap keputusan-keputusan yang terkait dengan penggunaan pelayanan kesehatan reproduksinya dan (Haque *et al*, 2011:28). Penelitian Nigatu *et al* (2014:5) menemukan bahwa perempuan yang berada pada kelompok usia 35-39 tahun memiliki keberdayaan yang lebih tinggi daripada perempuan yang berada pada kelompok usia dibawah 20 tahun yang pada akhirnya berpengaruh terhadap penggunaan kontrasepsi pada perempuan tersebut. Sementara itu, dalam penelitian Wado (2013:20), perempuan yang berusia antara 20-34 tahun memiliki persentase lebih tinggi dalam pemanfaatan pelayanan antenatal saat hamil jika dibandingkan dengan kelompok usia dibawah 20 tahun.

b. Etnis

Etnis merupakan identitas kesukuan yang dimiliki seorang perempuan. Pengaruh etnis sangat erat kaitannya dengan budaya yang telah dipercayai secara turun temurun oleh anggota masyarakat. Etnis akan mempengaruhi sikap perempuan terhadap pelayanan kesehatan reproduksi bahkan akan

mempengaruhi setiap keputusan yang akan diambil terkait penggunaan kontrasepsi dan pelayanan antenatal. Seperti dalam penelitian Haque *et al* (2011:26), budaya pada etnis tradisional Bangladesh, keberadaan ibu mertua sangat dihormati dan berpengaruh dalam berbagai keputusan rumah tangga termasuk dalam keputusan-keputusan anak/menantu perempuannya untuk mengatur kehidupan reproduksinya, salah satunya adalah penggunaan kontrasepsi.

c. Agama

Agama merupakan suatu kepercayaan tertinggi yang dijunjung tinggi oleh masyarakat. Sama seperti etnis, terdapat beberapa kepercayaan yang mempengaruhi sikap seseorang terhadap kontrasepsi dan pelayanan kesehatan modern lainnya. Haque *et al* (2011:27) menemukan bahwa perempuan non-muslim di Bangladesh memiliki keberdayaan yang lebih tinggi dalam rumah tangga dan pemakaian kontrasepsi yang lebih tinggi daripada perempuan muslim.

d. Jumlah anak hidup

Jumlah anak yang dimiliki menjadi salah satu faktor yang dapat mengontrol fertilitas pada perempuan untuk memakai kontrasepsi (Nigatu *et al*, 2014:4). 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 (Sulistiyorini, 2013:171).

e. Paritas

Paritas adalah banyaknya kelahiran yang dimiliki oleh seorang perempuan. Perempuan yang memiliki paritas tinggi cenderung untuk menggunakan kontrasepsi untuk mencegah terjadinya kehamilan berikutnya. Selain itu paritas yang tinggi pada perempuan akan meningkatkan risiko gangguan kesehatan saat kehamilan dan persalinan sehingga pemanfaatan pelayanan antenatal harus dilakukan. Namun ini tidak terbukti pada penelitian yang dilakukan oleh Murniati (2007:49) yang menunjukkan bahwa paritas tidak terbukti berhubungan dengan perilaku penggunaan pelayanan antenatal pada ibu hamil di Aceh.

f. Tingkat pendidikan

Pendidikan perempuan berpengaruh terhadap pengetahuan perempuan dan akses perempuan terhadap informasi. Perempuan yang memahami pentingnya pemeriksaan antenatal selama hamil akan mempengaruhi tindakan yang akan diambil untuk memanfaatkan pelayanan antenatal atau tidak (Aryanti, 2014:53). Perempuan yang berpendidikan tinggi memiliki kemungkinann yang lebih tinggi dalam pemakaian kontrasepsi untuk menunda kehamilan dan memutuskan untuk tidak memiliki anak lagi (Sulityorini, 2013:170). Pendidikan perempuan berpengaruh terhadap status perempuan dalam rumah tangga. Perempuan yang berpendidikan menengah keatas lebih memiliki keberdayaan dalam memutuskan untuk menggunakan kontrasepsi daripada perempuan yang berpendidikan rendah (Haque *et al*, 2011:27).

g. Tingkat pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil yang terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu melalui panca inderanya, yaitu penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang (Notoatmodjo, 2003 dalam Naibaho 2012:79). Perempuan yang berpengetahuan tinggi akan mengetahui pentingnya kontrasepsi dan pelayanan antenatal sehingga akan meningkatkan perilaku pencarian terhad sap pelayanan kesehatan reproduksi.

h. Status pekerjaan perempuan

Perempuan yang bekerja memiliki status yang tinggi dalam keluarga, sehingga keberadaannya dalam keluarga lebih diperhatikan dan memiliki peran dalam pengambilan keputusan daripada perempuan yang tidak bekerja. Perempuan yang bekerja memiliki akses lebih tinggi ke pelayanan kesehatan reproduksi seperti pemanfaatan pelayanan antenatal, penggunaan kontrasepsi, imunisasi anak, dan bersalin di tenaga kesehatan profesional daripada perempuan yang tidak bekerja (Sulityorini, 2013:171 dan Nigatu *et al*, 2014:7).

i. Penghasilan perempuan

Perempuan yang memiliki penghasilan sendiri akan memiliki ketergantungan yang rendah terhadap orang lain terutama suami, sehingga statusnya dalam keluarga yang dimilikinya menjadi lebih tinggi (Nigatu, *et al*, 2011:7). Penghasilan perempuan juga membuka akses perempuan ke pelayanan kesehatan tanpa bergantung dari uang pemberian suami.

j. Paparan media

Pengetahuan perempuan terkait pentingnya penggunaan kontrasepsi dan pemanfaatan pelayanan antenatal akan meningkat seiring terbukanya wawasan perempuan yang didapat melalui media massa (Haque *et al*, 2011:27 dan Wado, 2013:21). Ngome dan Odimegwu (2014:8) mengklasifikasikan paparan media dalam tiga kelompok yaitu paparan tinggi, sedang dan rendah yang ditentukan berdasarkan frekuensi perempuan dalam mendapatkan informasi dari berbagai sumber media massa seperti televisi, radio, dan koran/majalah. Menurut Fikree *et al* (2002:131) informasi terkait keluarga berencana yang didapat perempuan usia muda melalui media massa akan membuka kepedulian perempuan akan manfaat penggunaan kontrasepsi baginya. Penelitian yang dilakukan di Pakistan tersebut juga menemukan bahwa paparan media terkait keluarga berencana berhubungan secara signifikan dengan penggunaan kontrasepsi pada perempuan usia muda. Perempuan yang terpapar media yang berisi informasi tentang keluarga berencana memiliki peluang untuk menggunakan kontrasepsi 2 kali lebih tinggi daripada perempuan yang tidak mendapatkan informasi melalui media massa (Fikree *et al*, 2002:131-132).

k. Tingkat ekonomi keluarga

Kemisikinan adalah salah satu faktor diluar kesehatan yang berpengaruh buruk terhadap hak reproduksi. Kemiskinan berpengaruh terhadap kemungkinan tidak terpenuhinya hak reproduksi seseorang karena menjadi hambatan terhadap akses pelayanan kesehatan, yang pada akhirnya dapat berakibat kesakitan, kecacatan dan kematian. Wado (2013:22) menyebutkan bahwa

penggunaan kontrasepsi dan pemanfaatan pelayanan antenatal pada perempuan berhubungan secara signifikan dengan tingkat ekonomi keluarga.

l. Wilayah tempat tinggal (urban/rural)

Menurut hasil penelitian Nigatu *et al* (2014:5) perempuan yang tinggal di wilayah urban akan lebih mudah untuk mengakses pelayanan kesehatan baik dari segi kemudahan akses secara geografis maupun kemudahan dalam memperoleh informasi kesehatan melalui media. Ketersediaan sarana dan prasarana di wilayah urban cenderung lebih baik sehingga jarak dan waktu tempuh menuju pelayanan kesehatan bukan menjadi penghambat utama. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Wado (2013:22) yang menunjukkan bahwa proporsi penggunaan kontrasepsi dan pemanfaatan pelayanan antenatal lebih tinggi pada perempuan yang tinggal di wilayah urban daripada rural.

m. Otonomi perempuan

Faktor terpenting dalam menentukan perilaku perempuan untuk mencari pelayanan kesehatan reproduksi menurut WHO (2006) adalah otonomi perempuan. Perempuan yang otonom memiliki kedudukan dan peran yang tinggi dalam keluarga termasuk memutuskan semua hal terkait reproduksinya. Pada beberapa penelitian terbukti bahwa otonomi perempuan memiliki peran yang besar dalam pemenuhan hak reproduksi perempuan termasuk pemakaian kontrasepsi dan pelayanan antenatal dan nantinya akan berpengaruh terhadap status kesehatan ibu dan anak (Wado, 2013:1).

n. Tingkat pendidikan suami

Salah satu karakteristik suami yang turut mempengaruhi perilaku perempuan dalam mencari pelayanan kesehatan reproduksi adalah pendidikan suami. Suami yang memiliki pendidikan tinggi akan cenderung terbuka dan menghormati hak-hak istrinya dalam berbagai keputusan termasuk dalam kaitannya dengan reproduksi. Selain itu, semakin tinggi tingkat pendidikan suami akan berpengaruh terhadap pola pikir yang jauh ke depan (Sulityorini, 2013:171). Suami yang berpendidikan tinggi cenderung untuk memikirkan lebih jauh masa depan anak yang dimilikinya, mempertimbangkan biaya yang diperlukan untuk membesarkan anak hingga dewasa sehingga mendorong

suami untuk membatasi jumlah anak yang dimilikinya dan tidak berkeinginan untuk mempunyai anak yang banyak. Pendidikan suami juga berpengaruh terhadap pengetahuan suami terhadap pentingnya pemeriksaan antenatal bagi istrinya ketika hamil (Haque *et al*, 2011:27).

o. Status pekerjaan suami

Status suami yang bekerja akan berpengaruh terhadap penghasilan dan tingkat ekonomi keluarga. Memiliki suami yang bekerja akan membuka akses perempuan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi hal ini terkait dengan kemampuan dalam hal pembiayaan (Nigatu *et al*, 2014:5).

p. Besar penghasilan suami

Menurut Sulistyorini (2013:171) semakin rendah penghasilan suami maka semakin rendah pula keinginan suami untuk memiliki anak yang banyak. Sehingga memungkinkan bagi laki-laki untuk turut mendukung sang istri agar menggunakan kontrasepsi. Rendahnya penghasilan suami juga berpengaruh terhadap akses sang istri ke pelayanan kesehatan, seperti penelitian Nigatu *et al* (2014:5) yang menyebutkan bahwa perempuan yang memiliki suami yang berpenghasilan tinggi memiliki kemudahan yang lebih tinggi untuk mengakses pelayanan kesehatan daripada perempuan yang memiliki suami yang berpenghasilan rendah.

q. Kemudahan akses pelayanan kesehatan

Menurut Berthrand (dalam Aryanti, 2014:20), kemudahan akses menuju pelayanan kesehatan akan mempengaruhi perilaku seseorang dalam mencari pelayanan kesehatan. Akses tersebut antara lain meliputi akses jarak, waktu dan biaya yang diperlukan. Semakin mudah akses menuju ke pelayanan kesehatan maka akan semakin mendorong seorang perempuan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan reproduksi. Seringkali perempuan yang berada di wilayah geografis yang sulit mengalami hambatan dalam akses ini baik dari segi jarak yang jauh, waktu tempuh yang lama sehingga membutuhkan biaya yang relatif tinggi untuk mencapai ke tempat pelayanan kesehatan. Akibatnya sebagian besar perempuan yang berada pada kondisi tersebut memilih untuk tidak menggunakan pelayanan kesehatan.

r. 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 (Aryanti, 2014:22-23).

s. Faktor kebutuhan

Menurut Anderson (dalam Murniati, 2007:23) faktor *need* atau kebutuhan merupakan stimulus langsung yang akan menentukan secara langsung tindakan seseorang untuk mencari pelayanan kesehatan reproduksi. Faktor kebutuhan ini antara lain adalah riwayat kesehatan reproduksi ibu seperti komplikasi kehamilan. Kondisi ini akan mendorong ibu untuk melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin untuk menghindari keluhan yang lebih serius. Selain itu, persepsi sehat ibu juga turut mempengaruhi. Ibu yang mempersepsikan kesehatan sebagai sesuatu yang penting tentunya akan lebih terdorong untuk mengakses pelayanan kesehatan daripada ibu yang mempersepsikan sebaliknya (Murniati, 2007:26). Faktor kebutuhan lainnya misalnya adalah keputusan ibu untuk tidak hamil lagi atau menunda kehamilannya sehingga ia akan mencari pelayanan kontrasepsi.

2.3 Hubungan Otonomi Perempuan dan Tindakan Pencarian Pelayanan Kesehatan Reproduksi

Penggunaan kontrasepsi dan pelayanan antenatal merupakan salah satu dari delapan elemen hak reproduksi yang wajib terpenuhi pada setiap perempuan (UNFPA, 2005). Pemenuhan hak reproduksi bagi wanita sangat penting sebab hal itu merupakan kunci utama untuk meningkatkan status kesehatan ibu dan anak serta dapat menekan laju fertilitas. Namun dalam kenyataannya, seringkali perempuan mengalami hambatan yang besar dalam mendapatkan haknya untuk dapat mengakses pelayanan kesehatan reproduksi akibat rendahnya keberdayaan dan otonomi yang dimilikinya. AKI yang relatif masih tinggi terutama di

Indonesia, berhubungan erat dengan kondisi kesehatan reproduksi perempuan pada saat kehamilan dan persalinan. Tingginya AKI diakibatkan karena kurang terjaminnya kesehatan reproduksi ibu yang disebabkan oleh rendahnya otonomi perempuan untuk mengontrol fertilitas melalui pemakaian kontrasepsi serta rendahnya kesempatan wanita untuk mendapat pelayanan antenatal secara lengkap selama hamil (Wado, 2013:1).

Penelitian yang dilakukan oleh Hameed *et al* (2014:4-5) di tiga daerah yang memiliki tingkat ekonomi menengah kebawah di Punjab menunjukkan bahwa ketidakterpenuhinya pemakaian kontrasepsi pada banyak perempuan yang menikah disebabkan oleh otonomi perempuan yang rendah terhadap keputusan domestik/rumah tangga. Sebagian besar dari mereka memutuskan untuk tidak memakai kontrasepsi karena larangan dari suami dan hal tersebut merupakan alasan yang cukup kuat untuk tidak menggunakan kontrasepsi meskipun para istri itu sendiri sebenarnya ingin menggunakan kontrasepsi. Rendahnya pemakaian kontrasepsi ini selain berdampak pada kesehatan ibu dan anak jika terjadi kehamilan yang terlalu sering juga akan berdampak secara sosial ekonomi terhadap pembangunan kependudukan. Jumlah anak yang semakin banyak akan menimbulkan beban ekonomi bagi pasangan suami-istri.

Penelitian Kumar dan Tiwari (2008:6) pada 124.385 perempuan usia 15-49 tahun di India menunjukkan bahwa otonomi perempuan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap perilaku perempuan dalam mendapatkan pelayanan antenatal, persalinan yang aman dan imunisasi anak. Pada pelayanan antenatal, otonomi perempuan memiliki pengaruh yang lemah namun sangat berpengaruh pada pemenuhan persalinan aman dan imunisasi anak. Wilayah tempat tinggal (urban-rural), pendidikan perempuan, dan faktor wilayah menjadi prediktor yang paling penting dalam menentukan tingkat otonomi perempuan. 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 bergerak tidak menunjukkan hubungan yang konsisten terhadap pemakaian kontrasepsi. Pendidikan perempuan berhubungan erat dengan

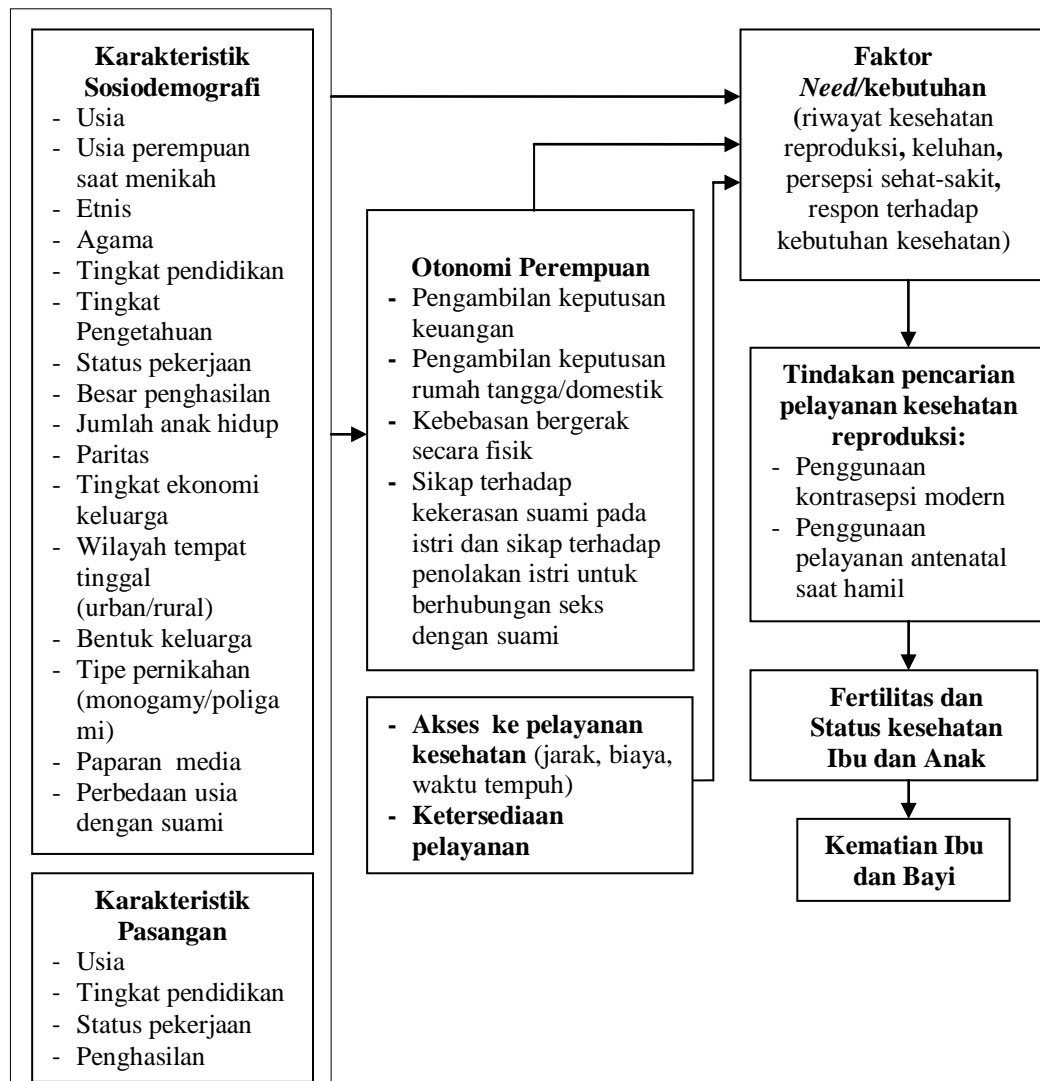
pemakaian kontrasepsi namun otonomi bukanlah penghubung dalam tingkat pendidikan dan penggunaan kontrasepsi pada perempuan.

Penelitian yang dilakukan oleh Bloom *et al* (2001:71) pada 300 perempuan di Varanasi (India) menemukan bahwa perempuan yang memiliki otonomi tinggi dalam kebebasan bergerak mendapatkan kesempatan untuk memperoleh pelayanan antenatal lebih tinggi daripada perempuan yang memiliki otonomi rendah. Selain itu, perempuan yang memiliki otonomi bergerak tinggi memiliki kesempatan lebih tinggi untuk melakukan persalinan aman di tenaga medis yang terampil. Bloom *et al* (2001:76) menyimpulkan bahwa pengaruh otonomi perempuan dalam penggunaan pelayanan kesehatan reproduksi sama pentingnya dengan pengaruh tingkat pendidikan perempuan. Hal ini juga disampaikan oleh Gupta (dalam Kumar dan Tiwari, 2008:2) bahwa rendahnya tingkat pendidikan dan otonomi perempuan merupakan hambatan untuk peningkatan kelangsungan hidup anak dan penurunan fertilitas.

Penelitian serupa juga dilakukan oleh Wado (2013:24) dengan menganalisis data sekunder *Ethiopian Demography and Health Survey (EDHS)*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa otonomi perempuan memiliki pengaruh penting terhadap perilaku pencarian layanan kesehatan reproduksi di Ethiopia. Setelah mengendalikan faktor sosio-demografis, peneliti mengemukakan bahwa partisipasi perempuan dalam pengambilan keputusan rumah tangga berhubungan dengan pemakaian kontrasepsi. Temuan lain dari penelitian tersebut adalah otonomi perempuan dalam kebebasan bergerak berpengaruh terhadap penggunaan pelayanan antenatal.

2.4 Kerangka Teori

Kerangka teori merupakan model konseptual dari suatu teori atau dari sesuatu yang logis dari hubungan faktor yang diidentifikasi penting pada penelitian. Kerangka teori pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

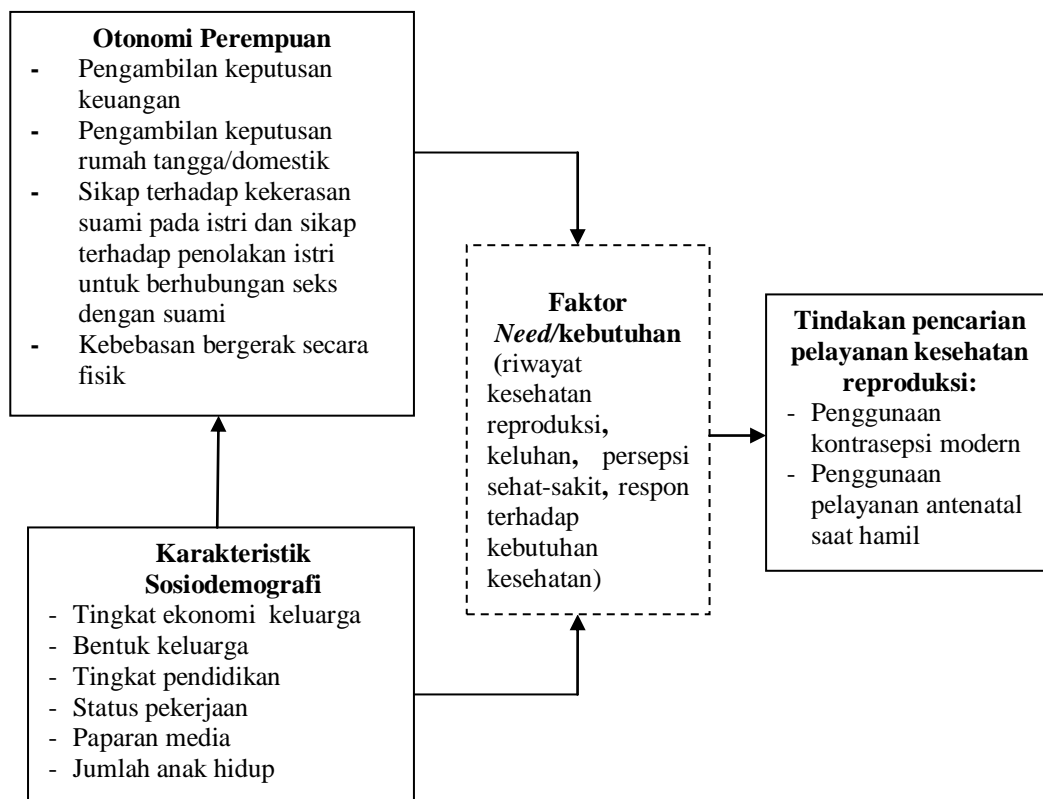


Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber: modifikasi teori *Health Seeking Behavior* oleh Anderson (dalam Murniati, 2014:24), Nigatu, *et al* (2014:9); Santhya, *et al* (2013:135); Wado (2013:6), dan Haque *et al* (2011:21).

2.5 Kerangka Konsep

Berdasarkan konsep teori yang ada peneliti ingin meneliti hubungan antara otonomi dan perilaku pencarian pelayanan kesehatan reproduksi pada perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi.



Keterangan:

- : variabel diteliti
 - - - - - : variabel tidak diteliti

Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

2.6 Hipotesis

Berdasarkan latar belakang, tinjauan pustaka, kerangka teori dan kerangka konsep maka hipotesis penelitian ini adalah:

- Proporsi penggunaan kontrasepsi pada perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi lebih banyak

pada perempuan yang memiliki otonomi tinggi, memiliki tingkat ekonomi tinggi, berasal dari keluarga kecil, berpendidikan menengah keatas, bekerja, telah memiliki anak, dan paparan terhadap media tergolong tinggi.

- b. Proporsi penggunaan pelayanan antenatal pada perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi lebih banyak pada perempuan yang memiliki otonomi tinggi, memiliki tingkat ekonomi tinggi, berasal dari keluarga kecil, berpendidikan menengah keatas, bekerja, dan paparan terhadap media tergolong tinggi.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian yang bersifat analitik yaitu suatu penelitian yang berupaya mencari hubungan antara variabel yang satu dengan variabel yang lain (Sastroasmoro dan Ismael, 2011:108). Apabila ditinjau dari keterlibatan peneliti, penelitian ini tergolong penelitian observasional, yaitu peneliti hanya mengamati subjek penelitian dan mencari data yang berkaitan dengan penelitian, bukan memberikan perlakuan atau memberikan intervensi terhadap subjek penelitian. Data yang telah diperoleh selanjutnya dikumpulkan, diolah, disajikan, dan diinterpretasikan sesuai dengan tujuan penelitian (Budiarto, 2002:52).

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif yaitu penelitian yang di dalam usulan penelitian, proses, hipotesis, turun ke lapangan, analisis data dan kesimpulan data sampai dengan penulisannya mempergunakan aspek pengukuran, perhitungan, rumus dan kepastian data numerik. Penelitian ini merupakan penelitian dengan pendekatan *cross sectional* yaitu suatu penelitian yang pengukuran variabel-variabelnya dilakukan hanya satu kali pada satu saat (Sastroasmoro dan Ismael, 2011:131).

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat penelitian

Penelitian dilakukan di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi karena menurut data Kementrian Agama Kabupaten Banyuwangi menunjukkan bahwa Kecamatan Licin merupakan Kecamatan dengan angka pernikahan dini tertinggi di Kabupaten Banyuwangi. Kecamatan Licin adalah salah satu dari 24 kecamatan di Kabupaten Banyuwangi. Kecamatan Licin berada pada kaki Gunung Ijen dengan ketinggian 100-3000 mdpl dengan luas wilayah 11265,17 km².

3.2.2 Waktu penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Januari hingga bulan April 2015.

3.3 Penentuan Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Populasi penelitian merupakan kumpulan individu yang diukur berdasarkan ciri-ciri tertentu yang sesuai dengan tujuan penelitian (Budiarto, 2004:37). Populasi dalam penelitian ini adalah semua perempuan yang memenuhi kriteria inklusi yaitu tercatat di KUA Licin sebagai perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun sesuai dengan batasan yang ditentukan oleh BKKBN selama kurun waktu bulan Januari 2010 hingga bulan Desember 2012. Perempuan yang menikah dini yang termasuk dalam kategori populasi penelitian adalah perempuan yang tinggal di Kecamatan Licin, masih berstatus menikah dan telah hamil minimal satu kali. Berdasarkan data sekunder dari KUA Kecamatan Licin, diketahui bahwa jumlah perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun mulai bulan Januari 2010 hingga bulan Desember 2012 di Kecamatan Licin sebanyak 252 orang.

3.3.2 Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi yang menjadi subjek penelitian yang dipilih dengan cara tertentu sehingga dianggap mewakili populasi (Sastroasmoro dan Ismael, 2011:90). Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian dari populasi perempuan yang menikah di usia < 20 tahun yang tinggal di Kecamatan Licin yang sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan.

Sampel yang diambil dari penelitian ini adalah populasi finit, maka berdasarkan teori *Lemeshow et al* (1990) dalam Notoatmodjo (2010:127), besar sampel minimum dapat dihitung menggunakan rumus sebagai berikut:

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

Keterangan:

- N : besar populasi
n : besar sampel
 $z_{1-\alpha/2}^2$: nilai distribsui normal baku (tabel Z) pada α tertentu
(1,96²=3,8416)
d : kesalahan absolut yang dapat ditolerir (0,05)
p : proporsi perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun di
: Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi tahun 2010-2012
(0,22)

Dengan rumus besar sampel tersebut, maka:

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

$$n = \frac{252 \times 3,8416 \times 0,22 (0,78)}{(252-1)0,05^2 + 3,8416 \times 0,22 (0,78)}$$

$$n = \frac{166,12307712}{0,6275 + 0,65921856}$$

$$n = \frac{166,12307712}{1,28671856} = 129,106 \text{ (dibulatkan 130)}$$

Berdasarkan perhitungan tersebut maka besar sampel pada penelitian ini adalah 130 orang. Menurut Sastroasmoro dan Ismael (2012:376) untuk menghindari kemungkinan *drop out* responden, peneliti dapat menambah jumlah daftar responden yang nantinya akan berperan sebagai responden cadangan sebesar 10% dari jumlah sampel minimum (130 orang) yaitu sebanyak 13 orang, sehingga jumlah daftar responden dalam penelitian ini adalah 143 orang. Distribusi sampel berdasarkan lokasi penelitian yaitu sebagai berikut:

Tabel 3.1 Distribusi Sampel Berdasarkan Lokasi Penelitian Di Kecamatan Licin

No.	Nama Desa	Total Sampel	Total Populasi	Distribusi Sampel
1.	Tamansari	130	80	$(80/252) \times 130 = 41$ orang
2.	Segobang	130	47	$(47/252) \times 130 = 24$ orang
3.	Licin	130	30	$(30/252) \times 130 = 15$ orang
4.	Kluncing	130	25	$(25/252) \times 130 = 13$ orang
5.	Jelun	130	25	$(25/252) \times 130 = 13$ orang
6.	Gemuk	130	17	$(17/252) \times 130 = 9$ orang
7.	Pakel	130	16	$(16/252) \times 130 = 8$ orang
8.	Banjar	130	12	$(12/252) \times 130 = 7$ orang
Jumlah			252 orang	130 orang

3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan teknik *simple random sampling* yaitu pengambilan sampel secara acak yang dilakukan secara sederhana (Notoatmodjo, 2010:120). Hakikat dari pengambilan sampel secara acak sederhana adalah bahwa setiap anggota atau unit populasi memiliki kesempatan yang sama untuk diseleksi sebagai sampel (Notoatmodjo, 2010:121). Teknik pengambilan sampel secara acak sederhana bisa dilakukan dengan undian, ataupun dengan menggunakan bantuan alat hitung seperti kalkulator atau tabel bilangan.

3.4 Variabel dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Penelitian

Variabel adalah ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki 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 dalam pengambilan keputusan keuangan, otonomi dalam pengambilan keputusan rumah tangga/domestik,

sikap terhadap kekerasan suami pada istri dan sikap terhadap penolakan istri untuk berhubungan seks dengan suami, serta kebebasan bergerak secara fisik.

b Variabel Terikat (*Dependent Variabel*)

Variabel terikat adalah variabel yang dipengaruhi oleh variabel bebas (Notoatmodjo, 2010:104). Variabel terikat pada penelitian ini adalah perilaku perempuan dalam pencarian pelayanan kesehatan yang meliputi penggunaan kontrasepsi modern dan pelayanan antenatal.

3.4.2 Definisi Operasional

Menurut Notoatmodjo (2010:85) definisi operasional adalah suatu uraian yang membatasi setiap istilah atau frasa kunci yang dipergunakan dalam penelitian dengan makna tunggal dan terukur yang bermanfaat untuk mengarahkan kepada pengukuran atau pengamatan terhadap variabel yang bersangkutan serta pengembangan instrument.

Definisi operasional dan cara pengukuran yang akan digunakan dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3.2 Variabel dan Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Skala Ukur
A. Variabel Terikat			
1.	Penggunaan kontrasepsi modern	Pemakaian alat atau metode yang bertujuan untuk mencegah kehamilan dengan memakai berbagai metode yaitu metode mekanis (meliputi kondom, kap serviks (<i>cervical cap</i>), diafragma, Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)/ <i>Intra Uterine Device</i> (IUD), metode hormonal (Pil KB, Implant/susuk KB, suntikkan KB), metode kimiawi: (meliputi <i>Suppositorial</i> , <i>Jelly/cream</i> /pasta, <i>tissue</i> , tabelt berbusa, aerosol), dan metode operatif (meliputi Medis Operatif Perempuan (MOW)/Tubektomi dan Medis Operatif Pria (MOP)/Vasektomi)	Nominal 1. Memakai 2. Tidak memakai
		Data didapat melalui wawancara kepada responden.	
2.	Penggunaan pelayanan antenatal (ANC) oleh tenaga kesehatan profesional	Kedatangan ibu saat hamil ke pelayanan kesehatan/tenaga kesehatan terampil untuk memeriksakan kehamilannya. Pemeriksaan kehamilan ini minimal dilakukan sebanyak 4 kali kunjungan yaitu meliputi kunjungan pertama pada trimester I, kunjungan kedua pada trimester II, kunjungan ketiga dan	Nominal 1. Menggunakan secara lengkap yaitu jika melakukan minimal 4 kali kunjungan

	keempat pada trimester III.	selama hamil
	Data didapat melalui wawancara kepada responden atau melalui dokumen pribadi dengan melihat kartu KIA responden.	2. Tidak menggunakan/tidak lengkap
B. Variabel Bebas		
1. Otonomi perempuan	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 kepada istri serta sikap terhadap penolakan berhubungan seks istri kepada suami. Keempat elemen tersebut akan diukur dengan mengajukan item-item pertanyaan yang spesifik yang dapat mengukur tingkat otonomi perempuan pada setiap elemen. Diakhir pengukuran, untuk mendapatkan kategori otonomi perempuan secara umum maka skor dari masing-masing elemen harus dijumlahkan. Perempuan akan dikelompokkan menjadi dua kategori sesuai skor akhir yang didapat.	Nominal 1. Otonomi tinggi, jika skor $\geq 18,5$ 2. Otonomi rendah, jika skor $< 18,5$
	Data didapat melalui wawancara kepada responden.	
C. Variabel Karakteristik Demografi		
1. Tingkat ekonomi	Status ekonomi seseorang yang diukur berdasarkan 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). Tingkat ekonomi dikategorikan berdasarkan UMK Kabupaten Banyuwangi tahun 2015 yaitu sebesar Rp. 1.426.000,00.	Nominal 1. Diatas UMK jika \geq Rp. 1.426.000,00 2. Dibawah UMK jika $<$ Rp. 1.426.000,00
	Data didapat melalui wawancara kepada responden.	
2. Bentuk keluarga	Tipe keluarga yang dikelompokkan berdasarkan keberadaan anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah tinggal.	Nominal 1. Keluarga kecil (suami, istri, anak) 2. Keluarga besar (adanya anggota lain selain anggota keluarga kecil dalam satu rumah tinggal)
	Data didapat melalui wawancara kepada responden atau didapat melalui dokumen pribadi seperti kartu keluarga.	
3. 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	Ordinal 1. 0 2. 1-2 3. >2

	tinggal terpisah (BPS, 2012)	
	Data didapat melalui wawancara kepada responden.	
4. Tingkat pendidikan	<p>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).</p> <p>Data didapat melalui wawancara kepada responden ataupun didapat melalui dokumen pribadi seperti kartu keluarga.</p>	<p>Ordinal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dasar, jika perempuan menempuh pendidikan hingga jenjang SD/MI. SMP/MTs sederajat 2. Menengah, jika perempuan menempuh pendidikan hingga jenjang SMA/SMK/MA/MAK sederajat 3. Tinggi, jika perempuan menempuh pendidikan hingga jenjang Diploma/Sarjana/Magister/Doktor/Spesialis sederajat
5. Status pekerjaan	<p>Kegiatan ekonomi 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)</p> <p>Data didapat melalui wawancara kepada responden.</p>	<p>Nominal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bekerja 2. Tidak bekerja
6. Paparan media	<p>Frekuensi perempuan dalam mendapatkan informasi terkait keluarga berencana atau kontrasepsi modern dan pelayanan antenatal melalui media televisi, radio, koran/majalah. Paparan media akan dikategorikan menjadi tinggi dan rendah setelah mengkompositkan skor masing-masing kategori jawaban pada instrumen yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Setiap hari = 3 b. > 1 kali dalam seminggu = 2 c. 1 kali dalam seminggu = 1 d. Tidak pernah samasekali = 0 <p>Data didapat melalui wawancara kepada responden.</p>	<p>Ordinal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tinggi jika skor antara 4-9 2. Sedang jika skor 1-3 3. Rendah jika skor 0

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 kuisisioner yang telah ditetapkan. Sedangkan data sekunder adalah data yang diperoleh dari instansi terkait untuk mendukung proses penelitian. Data sekunder yang dipakai dalam adalah data jumlah pernikahan seluruh usia di Kabupaten Banyuwangi tahun 2010 hingga 2012, jumlah pernikahan perempuan dibawah usia 20 tahun di Kabupaten Banyuwangi dan Kecamatan Licin, serta jumlah remaja perempuan usia 15-19 tahun di Kecamatan Licin. .

Pengumpulan data primer dilakukan peneliti di tempat penelitian berlangsung yaitu di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi. Pengambilan data dilakukan dengan pengisian kuisisioner untuk setiap responden. Pengisian kuisisioner dilakukan oleh responden secara langsung atau juga dengan cara wawancara oleh peneliti tergantung keadaan dan keinginan responden. Sedangkan untuk data sekunder diperoleh dengan mendatangi langsung instansi terkait untuk memperoleh data yang terkait dengan penelitian yaitu Kementerian Agama Kabupaten Banyuwangi, BPPKB Kabupaten Banyuwangi, KUA Kecamatan Licin, dan BPS Kabupaten Banyuwangi.

3.6 Teknik dan Instrument Pengumpulan Data

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

Metode wawancara adalah proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab. Wawancara yang dilakukan dalam penelitian ini merupakan wawancara langsung kepada responden untuk memperoleh data-data mengenai variabel penelitian.

b. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan untuk mencari data terkait jumlah perempuan yang menikah di bawah usia 20 tahun di Kabupaten Banyuwangi, jumlah pernikahan seluruh usia di Kabupaten Banyuwangi, dan jumlah remaja perempuan usia 15-19 tahun di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi.

3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Pengolahan Data

Teknik pengolahan data yang digunakan dalam penelitian ini sebagai berikut:

a. Pemeriksaan data (*editing*)

Editing adalah kegiatan yang dilakukan peneliti sebelum melakukan pengolahan data. Data yang telah dikumpulkan dari kuisioner perlu dibaca kembali dan diperbaiki untuk memeriksa apabila terdapat hal-hal yang salah atau masih meragukan atau menyimpang dari rencana dan tujuan yang ditetapkan. Jika terdapat data yang kurang maka akan ditanyakan kembali kepada responden. Hal ini dilakukan untuk menjaga kualitas data serta menghilangkan keraguan terhadap data yang diperoleh.

b. Pemberian kode (*coding*)

Pemberian kode pada setiap atribut pertanyaan dari variabel yang diteliti berguna untuk mempermudah peneliti saat mengadakan tabulasi dan analisis data.

c. Pemberian nilai (*scoring*)

Pemberian nilai bertujuan untuk memberikan skor dari tiap jawaban responden, dengan membuat rentang nilai tertinggi sampai nilai terendah dari

kuidisioner yang diajukan. Pemberian skor didasarkan pada nilai yang telah ditentukan sebelumnya.

d. Tabulasi (*tabulating*)

Tabulasi adalah memasukkan data pada tabel-tabel tertentu dan mengatur angka-angka serta menghitungnya. Tabulasi dilakukan dengan cara memasukkan data yang diperoleh ke dalam tabel-tabel sesuai variabel yang diteliti.

3.7.2 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). Pada penelitian ini data yang diperoleh dari hasil wawancara akan disajikan dalam bentuk tabel frekuensi dan tabulasi silang yang kemudian dijelaskan dalam bentuk teks. Penyajian data dalam bentuk tabel ini bertujuan agar pembaca mudah memperoleh gambaran secara rinci tentang hasil penelitian yang telah dilakukan (Budiarto, 2003).

3.7.3 Teknik 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 mengetahui distribusi frekuensi dan presentase dari masing-masing variabel yang diteliti baik variabel bebas maupun terikat (Notoatmodjo, 2010:182).

b Analisis bivariabel

Analisis bivariabel dilakukan untuk mengetahui hubungan masing-masing variabel bebas terhadap variabel terikat dengan menggunakan tabulasi silang uji *chi square* pada derajat kepercayaan 95% ($\alpha=0,05$). Dasar pengambilan keputusan penelitian hipotesis adalah sebagai berikut (Notoatmodjo, 2010:182):

- 1) H_0 diterima jika $p \text{ value} \geq \alpha$
- 2) H_0 ditolak jika $p \text{ value} \leq \alpha$

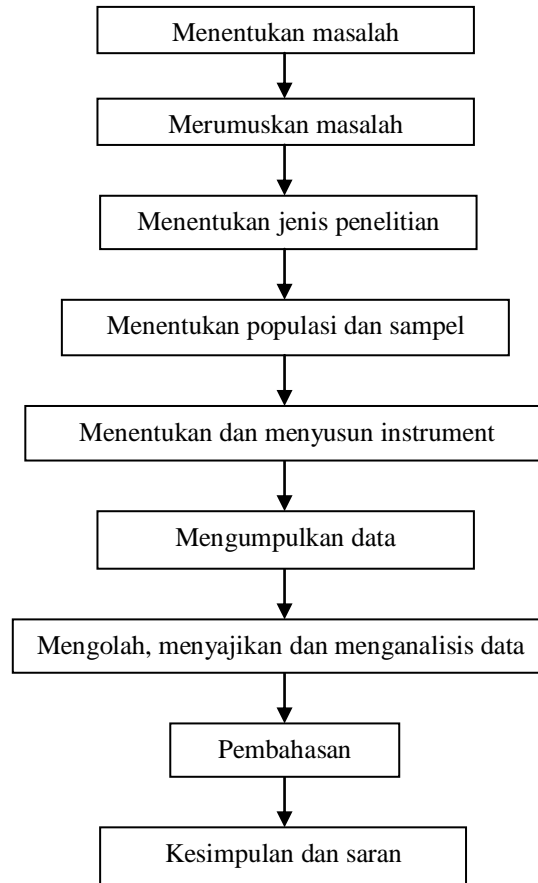
c Analisis multivariabel

Analisis multivariabel digunakan untuk menganalisis variabel terikat dengan beberapa variabel bebas secara bersamaan. Analisis multivariabel dalam penelitian ini menggunakan regresi logistik ganda dengan metode *Enter*. Jika nilai $p < 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_1 diterima. Berdasarkan hasil analisis ini akan didapatkan variabel bebas mana yang paling dominan berhubungan dengan variabel terikat dengan melihat nilai OR-nya (Notoatmodjo, 2010:183). Interpretasi nilai OR dari hasil analisis regresi logistik adalah sebagai berikut (Budiarto, 2003):

- 1) Jika nilai $OR = 1$ maka variabel bebas tersebut bukanlah faktor yang berhubungan dengan variabel terikat
- 2) Jika nilai $OR > 1$ maka variabel bebas tersebut merupakan faktor yang berhubungan dengan variabel terikat dan merupakan faktor risiko
- 3) Jika nilai $OR < 1$ maka variabel bebas tersebut merupakan faktor protektif bagi variabel terikat.

3.8 Kerangka Alur Penelitian

Kerangka alur penelitian dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 3.1 Kerangka Alur Penelitian

BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Gambaran Karakteristik Sosiodemografi, Otonomi, dan Tindakan Pencarian Pelayanan Kesehatan Reproduksi

a. Karakteristik sosiodemografi

Berdasarkan hasil penelitian maka distribusi karakteristik sosiodemografi responden di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 4.1 Distribusi Karakteristik Sosiodemografi Responden di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi

Karakteristik Sosiodemografi	n	%
Jumlah anak hidup		
0	1	0.07
1	123	94.6
2	6	4.61
> 2	0	0
Tingkat pendidikan		
Tidak sekolah/tidak tamat SD	1	0.8
Tamat SD	49	37.7
Tamat SMP	51	39.2
Tamat SMA	29	22.3
Tamat Diploma/Sarjana	0	0
Status pekerjaan		
Bekerja	12	9,23
Tidak bekerja	118	90,77
Paparan media KB		
Tinggi	0	0
Sedang	100	76.9
Rendah	30	23.1
Paparan media ANC		
Tinggi	0	0
Sedang	0	0
Rendah	130	100
Bentuk keluarga		
Kecil	44	33,85
Besar	86	66,15
Tingkat ekonomi keluarga		
Diatas UMK	44	33.8
Dibawah UMK	86	66.2

Sumber: Data Primer Terolah (2015)

Hasil penelitian yang ditunjukkan oleh tabel 4.1 menggambarkan bahwa mayoritas responden (94,6%) memiliki anak yang masih hidup sejumlah 1 orang hingga saat pengambilan data dilakukan. Sebagian besar responden berada pada tingkat pendidikan dasar. Responden paling banyak adalah tamatan SMP (39,2%)

dan tamatan SD (37,7%). Tabel 4.1 juga menunjukkan bahwa mayoritas responden (90,77%) tidak bekerja. Akses informasi responden tentang KB dan ANC dapat dilihat dari intensitas paparan media KB dan ANC. Berdasarkan Tabel 4.1, seluruh responden mendapat paparan media yang rendah tentang ANC dan sebagian besar responden mendapatkan paparan media kategori sedang (76,9%) tentang KB. Mayoritas responden (83,8%) tinggal bersama dengan orang lain selain suami dan anak dalam satu rumah tinggal yang disebut juga sebagai keluarga besar. Ditinjau dari tingkat ekonomi, sebagian besar responden (66,2%) berada pada keluarga dengan pendapatan setiap bulan dibawah UMK Kabupaten Banyuwangi yaitu Rp. 1.426.000,00.

b. Otonomi perempuan

Otonomi perempuan diukur menggunakan indeks komposit dari empat elemen otonomi yang masing-masing elemen dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu otonomi tinggi dan otonomi rendah. Keempat elemen tersebut adalah otonomi dalam pengambilan keputusan keuangan, otonomi dalam pengambilan keputusan rumah tangga/domestik, kebebasan secara fisik, dan sikap terhadap kekerasan suami pada istri dan terhadap penolakan berhubungan seks dengan suami.

Berdasarkan hasil penelitian, mayoritas responden memiliki otonomi tinggi dalam pengambilan keputusan keuangan (90%) dan pengambilan keputusan rumah tangga/domestik (89%). Pada elemen kebebasan secara fisik, lebih dari setengah dari seluruh jumlah responden (59,2%) memiliki kebebasan fisik yang rendah. Selain itu, sebagian besar responden (69,2%) menunjukkan otonomi yang rendah dalam bersikap terhadap kekerasan suami pada istri dan terhadap penolakan berhubungan seks dengan suami pada kondisi tertentu. Secara lengkap, distribusi tingkat otonomi perempuan berdasarkan empat elemen otonomi adalah sebagai berikut:

Tabel 4.2 Distribusi Elemen Otonomi Perempuan di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi

Elemen Otonomi	n	%
Otonomi dalam pembuatan keputusan keuangan		
Tinggi	117	90
Rendah	13	10
Otonomi dalam pembuatan keputusan domestik/rumah tangga		
Tinggi	116	89,2
Rendah	14	11,8
Kebebasan secara fisik		
Tinggi	53	40,8
Rendah	77	59,2
Sikap terhadap kekerasan suami pada istri dan sikap terhadap penolakan berhubungan seks dengan suami		
Tinggi	40	30,8
Rendah	90	69,2

Sumber: Data Primer Terolah (2015)

Keempat elemen otonomi pada Tabel 4.2 merupakan elemen yang menyusun otonomi perempuan. Otonomi perempuan ditentukan dengan menjumlah masing-masing skor elemen otonomi dan total skor dijadikan sebagai dasar dalam mengelompokkan tingkat otonomi perempuan yang terbagi dalam dua kategori yaitu otonomi tinggi dan otonomi rendah. Berdasarkan penjumlahan skor masing-masing elemen otonomi didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 4.3 Distribusi Otonomi Perempuan di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi

Otonomi Perempuan	n	%
Otonomi tinggi	67	51,5
Otonomi rendah	63	48,5

Sumber: Data Primer Terolah (2015)

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa proporsi perempuan dengan tingkat otonomi rendah masih tergolong tinggi. Selisih proporsi antara responden yang memiliki otonomi tinggi dan responden yang memiliki otonomi rendah hanya sebesar 3% atau dapat dikatakan hampir seimbang dengan proporsi perempuan yang memiliki otonomi tinggi lebih besar yaitu 51,5%.

c. Tindakan pencarian pelayanan kesehatan reproduksi

Salah satu bentuk tindakan pencarian pelayanan kesehatan reproduksi adalah penggunaan kontrasepsi dan pemanfaatan pelayanan antenatal secara lengkap. Menurut hasil penelitian, distribusi penggunaan kontrasepsi modern dan pemanfaatan pelayanan antenatal secara lengkap pada perempuan yang menikah

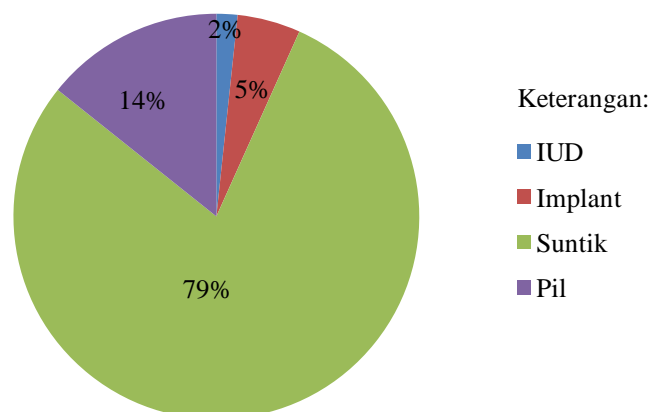
dibawah usia 20 tahun di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi dapat dilihat pada Tabel 4.4 berikut:

Tabel 4.4 Distribusi Tindakan Pencarian Pelayanan Kesehatan Reproduksi di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi

Tindakan Pencarian Pelayanan Kesehatan Reproduksi	n	%
Penggunaan Kontrasepsi Modern		
Ya	119	91,5
Tidak	11	8,5
Pelayanan Antenatal (ANC)		
Lengkap	87	66,9
Tidak lengkap	43	33,1

Sumber : *Data Primer Terolah (2015)*

Mayoritas responden (91,5%) menggunakan alat kontrasepsi modern dan sebagian besar (66,9%) berstatus ANC lengkap. Alat atau metode kontrasepsi yang digunakan oleh 119 responden yang memakai alat kontrasepsi beragam. Terdapat empat jenis metode atau alat kontrasepsi modern yang digunakan oleh responden yaitu IUD, implant/susuk, suntik dan pil. Berdasarkan hasil penelitian, dari keempat metode atau alat kontrasepsi tersebut dapat diketahui bahwa metode suntik adalah metode yang paling banyak digunakan oleh responden yaitu sebesar 79% atau sebanyak 94 orang. Metode atau alat kontrasepsi yang paling sedikit digunakan oleh responden adalah IUD yaitu sebesar 1,7% atau sebanyak 2 orang. Adapun distribusi jenis alat atau metode kontrasepsi yang digunakan oleh responden secara lengkap akan disajikan pada gambar berikut:



Gambar 4.1. Distribusi Alat atau Metode Kontrasepsi yang Digunakan Oleh Responden di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi

4.1.2 Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dan Otonomi pada Perempuan yang Menikah Dibawah Usia 20 Tahun di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi

Setelah diuji secara statistik, dapat diketahui hubungan antara karakteristik sosiodemografi yang meliputi tingkat ekonomi keluarga, bentuk keluarga, tingkat pendidikan, status pekerjaan, paparan media (baik media KB maupun media ANC), dan jumlah anak hidup dengan tingkat otonomi perempuan. Analisis yang dilakukan adalah analisis bivariabel dengan uji *chi-square*. Analisis bivariabel dilakukan sebab hanya melibatkan dua variabel saja dalam pengujian. Pada penelitian ini, derajat kepercayaan yang digunakan dalam uji *chi-square* sebesar 95% ($\alpha = 0,05$). Secara lengkap hasil analisis bivariabel dengan uji *chi-square* dapat dilihat pada tabel berikut:

a. Hubungan antara karakteristik sosiodemografi dan otonomi perempuan

Hasil analisis bivariabel antara karakteristik sosiodemografi dan tingkat otonomi dengan menggunakan uji *chi-square* dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.5 Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dan Otonomi di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi

Karakteristik Sosiodemografi	Otonomi Perempuan				p-value	OR (95% CI)
	Tinggi		Rendah			
	n	%	n	%		
Jumlah anak hidup						
0	0	0	1	0,77	0,975	1
1-2	67	51,54	62	47,69		-
Tingkat pendidikan						
Dasar	47	36,15	54	41,54	0,033*	1
Menengah	20	15,38	9	6,92		2,6 (1,06-6,15)
Status pekerjaan						
Bekerja	10	7,69	2	1,53	0,021*	5,4 (1,12-25,48)
Tidak bekerja	57	43,84	61	46,92		1
Paparan media KB						
Sedang	55	42,3	45	34,62	0,149	1,8 (0,8-4,20)
Rendah	12	9,23	18	13,84		1
Paparan media ANC						
Rendah	67	51,54	63	48,46	0	-
Bentuk keluarga						
Kecil	24	20,77	20	15,38	0,624	1,2 (0,58-2,49)
Besar	43	30,77	43	33,08		1
Tingkat ekonomi						
Diatas UMK	28	12,31	16	0,3	0,048*	2,1 (1,00-4,45)
Dibawah UMK	39	21,54	47	36,15		1

*Signifikansi pada $\alpha = (\leq 0,05)$

Terdapat tiga karakteristik sosiodemografi yang berhubungan secara signifikan dengan tingkat otonomi perempuan yaitu tingkat pendidikan, status pekerjaan, dan tingkat ekonomi keluarga. Tabel 4.6 menunjukkan bahwa nilai *p-value* sebesar $0,033 \leq \alpha$ (0,05) yang menunjukkan bahwa tingkat pendidikan responden berhubungan secara signifikan dengan tingkat otonomi perempuan. Nilai OR sebesar 2,6 menunjukkan bahwa perempuan dengan tingkat pendidikan menengah lebih mungkin untuk memiliki otonomi tinggi 2,6 kali lebih tinggi dibandingkan perempuan dengan tingkat pendidikan dasar.

Variabel sosiodemografi kedua yang berhubungan secara signifikan dengan otonomi perempuan adalah status pekerjaan. Nilai *p-value* yang didapatkan sebesar $0,021 \leq \alpha$ (0,05) dengan nilai OR sebesar 5,351 sehingga dapat disimpulkan bahwa perempuan yang bekerja memiliki kemungkinan untuk memiliki otonomi tinggi sebesar 5,351 kali lebih tinggi daripada perempuan yang tidak bekerja. Hasil yang serupa juga ditunjukkan dari hasil uji *chi-square* bahwa nilai *p-value* yang dihasilkan antara variabel tingkat ekonomi dan otonomi sebesar $0,048 \leq \alpha$ (0,05) dengan nilai OR 2,1 yang berarti bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat ekonomi keluarga dengan otonomi. Perempuan yang berada pada keluarga dengan pendapatan diatas UMK lebih mungkin memiliki otonomi tinggi sebesar 2,1 kali lebih tinggi daripada perempuan yang berada pada keluarga dengan pendapatan dibawah UMK.

b. Hubungan antara karakteristik sosiodemografi dan otonomi dalam pembuatan keputusan keuangan

Elemen otonomi perempuan yang pertama adalah otonomi dalam pembuatan keputusan keuangan rumah tangga. Terdapat satu variabel yang berhubungan secara signifikan dengan otonomi perempuan dalam pembuatan keputusan keuangan rumah tangga yaitu tingkat paparan media KB. Nilai *p-value* yang didapatkan dari uji *chi-square* antara variabel paparan media KB dan otonomi dalam pembuatan keputusan keuangan rumah tangga adalah $0,015 \leq \alpha$ (0,05). Hasil tersebut menunjukkan bahwa paparan media KB kategori sedang berhubungan dengan tingkat otonomi perempuan dalam pembuatan keputusan

keangan rumah tangga. Nilai OR yang didapat adalah 4,8 sehingga dapat disimpulkan bahwa perempuan yang mendapat paparan media KB kategori sedang mempunyai kemungkinan untuk memiliki otonomi tinggi dalam pembuatan keputusan keuangan keluarga 4,8 kali lebih tinggi daripada perempuan yang mendapat paparan media KB kategori rendah. Secara rinci, hasil uji *chi-square* antara variabel sosiodemografi dengan tingkat otonomi perempuan dalam pembuatan keputusan keuangan rumah tangga dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4.6 Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dengan Otonomi dalam Pembuatan Keputusan Keuangan di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi

Karakteristik sosio-demografi	Otonomi Dalam Pembuatan Keputusan Keuangan				<i>p-value</i>	OR (95% CI)
	Tinggi		Rendah			
	n	%	n	%		
Jumlah anak hidup						
0	1	0,77	0	0	1,000	1
1-2	116	89,23	13	10		-
Tingkat pendidikan						
Dasar	92	70,77	9	6,92	0,674	1
Menengah	25	19,23	4	3,08		0,6 (0,17-2,15)
Status pekerjaan						
Bekerja	12	9,23	0	0	0,439	-
Tidak bekerja	105	80,77	13	10		1
Paparan media KB						
Sedang	94	72,3	6	0	0,015*	4,8 (1,46-15,55)
Rendah	23	17,7	7	5,38		1
Paparan media ANC						
Rendah	117	90	13	10	0	-
Bentuk keluarga						
Inti	43	33,08	1	0,77	0,073	7 (0,88-55,5)
Non inti	74	56,92	12	9,23		1
Tingkat ekonomi						
Diatas UMK	41	31,54	3	2,31	0,578	1,8 (0,47-6,90)
Dibawah UMK	76	58,46	10	7,69		1

*signifikansi pada $\alpha = (\leq 0,05)$

c. Hubungan antara karakteristik sosiodemografi dan otonomi pembuatan keputusan rumah tangga/domestik

Elemen otonomi yang kedua adalah otonomi dalam pembuatan keputusan rumah tangga/domestik. Berdasarkan hasil analisis bivariabel dengan menggunakan uji *chi-square*, didapatkan hasil bahwa tidak ada satupun variabel sosiodemografi yang berhubungan secara signifikan dengan tingkat otonomi

perempuan dalam pembuatan keputusan rumah tangga/domestik. Secara lengkap, hasil analisis bivariabel antara karakteristik sosiodemografi dan otonomi perempuan dalam pembuatan keputusan rumah tangga/domestik dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4.7 Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dengan Otonomi dalam Pembuatan Keputusan Rumah Tangga/Domestik di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi

Karakteristik Sosio-demografi	Otonomi dalam Pembuatan Keputusan Rumah Tangga/Domestik				<i>p-value</i>	OR (95% CI)
	Tinggi		Rendah			
	n	%	n	%		
Jumlah anak hidup						
0	1	0,77	0	0	1,000	1
1-2	115	88,46	14	10,77		-
Tingkat pendidikan						
Dasar	92	70,77	9	6,92	0,349	1
Menengah	24	18,46	5	3,85		0,5 (0,14-1,53)
Status pekerjaan						
Bekerja	12	9,23	1	0,77	1,000	1,3 (0,19-9,53)
Tidak bekerja	104	80	13	10		1
Paparan media KB						
Sedang	91	70	9	6,92	0,394	2 (0,62-6,56)
Rendah	25	19,23	5	3,85		
Paparan media ANC						
Rendah	116	89,23	14	10,77	0	-
Bentuk keluarga						
Kecil	41	33,85	3	2,3	0,459	2 (0,53-7,60)
Besar	75	55,38	11	8,46		1
Tingkat ekonomi						
Diatas UMK	41	31,54	3	2,3	0,459	2 (0,53-7,60)
Dibawah UMK	75	57,69	11	8,46		1

*signifikansi pada $\alpha = (\leq 0,05)$

d. Hubungan antara karakteristik sosiodemografi dan kebebasan fisik

Kebebasan perempuan secara fisik merupakan elemen otonomi perempuan yang ketiga. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat dua variabel sosiodemografi yang berhubungan secara signifikan dengan kebebasan perempuan secara fisik yaitu tingkat pendidikan dan tingkat ekonomi keluarga. Tingkat pendidikan responden terbukti berhubungan secara signifikan dengan kebebasan fisik perempuan dengan nilai *p-value* sebesar $0,026 \leq \alpha (0,05)$ dan nilai OR sebesar 2,6. Nilai OR tersebut menunjukkan bahwa perempuan dengan tingkat pendidikan menengah lebih bebas secara fisik 2,6 kali lebih tinggi daripada

perempuan dengan tingkat pendidikan dasar. Tingkat ekonomi juga berhubungan secara signifikan dengan kebebasan perempuan secara fisik. Nilai *p-value* yang didapatkan dari uji *chi-square* sebesar $0,022 \leq \alpha (0,05)$ dan nilai OR 2,4 yang berarti bahwa perempuan yang berada pada keluarga dengan pendapatan diatas UMK lebih bebas secara fisik 2,4 kali lebih tinggi daripada perempuan yang berada pada keluarga dengan pendapatan dibawah UMK. Hasil analisis bivariabel secara lengkap akan disajikan pada tabel dibawah ini:

Tabel 4.8 Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dengan Kebebasan Fisik di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi

Karakteristik sosio-demografi	Kebebasan Fisik				<i>p-value</i>	OR (95% CI)
	Tinggi		Rendah			
	n	%	n	%		
Jumlah anak hidup						
0	0	0	1	0,77	1,000	1
1-2	53	40,77	76	58,46		-
Tingkat pendidikan						
Dasar	36	27,69	65	50	0,026*	1
Menengah	17	13,08	12	9,23		2,6 (1,10-5,95)
Status pekerjaan						
Bekerja	6	4,62	6	4,62	0,708	1,5 (0,46-4,99)
Tidak bekerja	47	36,15	71	54,62		1
Paparan media KB						
Sedang	41	31,54	59	45,38	0,922	1 (0,45-2,40)
Rendah	12	9,23	18	13,85		1
Paparan media ANC						
Rendah	53	40,77	77	59,23	0	-
Bentuk keluarga						
Kecil	21	16,15	23	17,69	0,154	1,5 (0,74-3,22)
Besar	32	24,62	54	41,54		1
Tingkat ekonomi						
Diatas UMK	24	18,46	20	15,38	0,022*	2,4 (1,12-4,96)
Dibawah UMK	29	22,31	57	43,85		1

*signifikansi pada $\alpha = (\leq 0,05)$

- e. Hubungan antara karakteristik sosiodemografi dengan sikap terhadap kekerasan suami pada istri dan sikap terhadap penolakan berhubungan seks dengan suami

Elemen otonomi perempuan yang terakhir adalah otonomi dalam bersikap terhadap kekerasan suami pada istri dan sikap terhadap penolakan untuk berhubungan seks dengan suami. Otonomi yang tinggi dalam bersikap menunjukkan bahwa responden tidak menyetujui segala bentuk kekerasan terhadap perempuan yang dilakukan oleh suami apapun alasannya. Selain itu,

otonomi yang tinggi dalam bersikap juga menunjukkan bahwa perempuan menyetujui penolakan berhubungan seks dengan suami ketika perempuan berada dalam keadaan tertentu. Berdasarkan analisis bivariabel dengan menggunakan uji *chi-square* yang disajikan pada Tabel 4.8 didapatkan bahwa tidak ada satupun variabel sosiodemografi yang berhubungan secara signifikan dengan otonomi perempuan dalam bersikap terhadap kekerasan suami pada istri dan sikap perempuan terhadap penolakan untuk berhubungan seks dengan suami. Hasil analisis bivariabel secara lengkap dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 4.9 Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dengan Sikap Terhadap Kekerasan Suami pada Istri dan Sikap Terhadap Penolakan Berhubungan Seks dengan Suami di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi

Karakteristik Sosio-demografi	Sikap Terhadap Kekerasan Suami pada Istri dan Sikap Terhadap Penolakan Berhubungan Seks dengan Suami				<i>p-value</i>	OR (95% CI)
	Tinggi		Rendah			
	n	%	n	%		
Jumlah anak hidup					1,000	
0	0	0	1	0,77		1
1-2	40	30,77	89	68,46		-
Tingkat pendidikan					0,343	
Dasar	29	22,31	72	55,38		1
Menengah	11	8,46	18	13,85		1,5 (0,64-3,50)
Status pekerjaan					0,596	
Bekerja	5	3,85	7	5,38		1,7 (0,50-5,70)
Tidak bekerja	35	26,92	83	63,85		1
Paparan media KB					0,917	
Sedang	31	23,85	69	53,08		1,1 (0,43-2,55)
Rendah	9	6,92	21	16,15		1
Paparan media ANC					-	
Rendah	40	30,77	90	69,23		-
Bentuk keluarga					0,829	
Kecil	15	11,54	32	24,62		0,9 (0,42-2,02)
Besar	25	19,23	58	44,62		1
Tingkat ekonomi					0,164	
Diatas UMK	17	13,08	27	20,77		1,7 (0,80-3,73)
Dibawah UMK	23	17,69	63	48,46		1

*signifikansi pada $\alpha = (\leq 0,05)$

4.1.3 Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dan Tindakan Pencarian Pelayanan Kesehatan Reproduksi

a. Hubungan karakteristik sosiodemografi dan penggunaan kontrasepsi

Penggunaan kontrasepsi merupakan salah satu bentuk tindakan pencarian pelayanan kesehatan reproduksi pada perempuan yang dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain adalah faktor sosiodemografi. Variabel penggunaan kontrasepsi sebagai variabel dependen dianalisis secara bivariabel dengan enam variabel sosiodemografi yaitu jumlah anak hidup yang dimiliki, tingkat pendidikan, status pekerjaan, tingkat paparan media, bentuk keluarga dan tingkat ekonomi keluarga. Berdasarkan hasil uji *chi-square*, dari keenam variabel sosiodemografi tersebut tidak ada satupun variabel yang terbukti berhubungan secara signifikan dengan penggunaan kontrasepsi pada perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun di Kecamatan Licin kabupaten Banyuwangi. Secara lengkap hasil pengujian dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 4.10 Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dengan Penggunaan Kontrasepsi di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi

Karakteristik sosio-demografi	Penggunaan Kontrasepsi				<i>p-value</i>	OR (95% CI)
	Memakai		Tidak Memakai			
	n	%	n	%		
Jumlah anak hidup					0,084	
0	0	0	1	0,77		1
1-2	119	91,54	9	6,92		-
Tingkat pendidikan					1,000	
Dasar	92	69,23	9	6,92		1
Menengah	27	15,9	2	1,54		1,3 (0,27-6,48)
Status pekerjaan					1,000	
Bekerja	11	8,46	1	0,77		1,0 (0,12-8,72)
Tidak bekerja	108	83,08	10	7,69		1
Paparan media KB					0,977	
Sedang	91	70	9	6,92		0,7 (0,15-3,54)
Rendah	28	21,54	2	1,53		1
Bentuk keluarga					1,000	
Kecil	40	30,77	4	3,08		0,9 (0,25-3,21)
Besar	79	60,77	7	5,38		1
Tingkat ekonomi					0,237	
Diatas UMK	38	29,23	6	4,62		0,4 (0,11-1,36)
Dibawah UMK	81	62,3	5	3,85		1

*signifikansi pada $\alpha = (\leq 0,05)$

b. Hubungan karakteristik sosiodemografi dan pemanfaatan pelayanan antenatal.

Selain penggunaan kontrasepsi, pemanfaatan pelayanan antenatal secara lengkap juga merupakan salah satu bentuk tindakan pencarian pelayanan kesehatan reproduksi pada perempuan yang juga dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain adalah faktor karakteristik sosiodemografi meliputi jumlah anak hidup yang dimiliki, tingkat pendidikan, status pekerjaan, tingkat paparan media, bentuk keluarga dan tingkat ekonomi keluarga. Berdasarkan hasil analisis bivariabel dengan menggunakan uji *chi-square* didapatkan hasil bahwa terdapat dua variabel sosiodemografi yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan antenatal secara lengkap pada perempuan saat hamil. Secara lengkap hasil analisis bivariabel dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 4.11 Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dengan Pemanfaatan Pelayanan Antenatal (ANC) di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi

Karakteristik sosio-demografi	Kelengkapan ANC				<i>p-value</i>	OR (95% CI)
	Lengkap		Tidak			
	n	%	n	%		
Jumlah anak hidup						
0	1	0,77	0	0	1,000	1
1-2	86	66,15	43	33,07		-
Tingkat pendidikan						
Dasar	61	46,92	40	30,77	0,003*	1
Menengah	26	20	3	2,31		5,7 (1,61-20,03)
Status pekerjaan						
Bekerja	11	8,46	1	0,77	0,112	6,1 (0,76-48,73)
Tidak bekerja	76	58,46	42	32,30		1
Paparan media ANC						
Rendah	87	66,92	43	33,07	-	-
Bentuk keluarga						
Kecil	32	24,62	11	8,46	0,161	1,8 (0,79-3,40)
Besar	54	41,54	33	25,38		1
Tingkat ekonomi						
Diatas UMK	43	33,08	1	0,77	0,000*	41,1 (5,41-311,65)
Dibawah UMK	44	33,85	42	32,31		1

*signifikansi pada $\alpha = (\leq 0,05)$

Tabel 4.11 menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan perempuan dan kelengkapan ANC dengan nilai *p-value* sebesar $0,003 \leq \alpha (0,05)$. Hasil ini juga menunjukkan nilai OR sebesar 5,7 sehingga dapat disimpulkan bahwa perempuan dengan tingkat pendidikan menengah lebih mungkin untuk memiliki status ANC lengkap 5,7 kali lebih tinggi daripada

perempuan dengan tingkat pendidikan dasar. Variabel sosiodemografi kedua yang berhubungan secara signifikan adalah tingkat ekonomi keluarga. Nilai *p-value* dari uji *chi-square* adalah sebesar $0,000 \leq \alpha (0,05)$ sehingga dapat disimpulkan bahwa tingkat ekonomi berhubungan secara signifikan dengan pemanfaatan pelayanan antenatal secara lengkap. Nilai OR adalah sebesar 41,1 yang berarti bahwa kemungkinan perempuan yang berada pada keluarga dengan pendapatan diatas UMK untuk memiliki status ANC lengkap 41,1 kali lebih tinggi daripada perempuan yang berada pada keluarga dengan pendapatan dibawah UMK.

4.1.4 Hubungan Otonomi dan Tindakan Pencarian Pelayanan Kesehatan Reproduksi

a. Hubungan otonomi dan penggunaan kontrasepsi

Selain karakteristik sosiodemografi terdapat faktor lain yang berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi pada perempuan yaitu tingkat otonomi perempuan. Otonomi yang tersusun atas empat elemen otonomi diuji dengan menggunakan uji *chi-square* untuk melihat adakah hubungan antara setiap elemen otonomi dengan penggunaan kontrasepsi. pada perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi. Berdasarkan hasil analisis bivariabel dengan menggunakan uji *chi-square* didapatkan hasil bahwa tidak ada satupun dari keempat elemen otonomi yang berhubungan secara signifikan dengan penggunaan kontrasepsi yaitu otonomi dalam pembuatan keputusan keuangan, otonomi dalam pembuatan keputusan rumah tangga/domestik, kebebasan fisik serta otonomi dalam bersikap terhadap kekerasan suami pada istri dan sikap terhadap penolakan berhubungan seks dengan suami. Hasil analisis bivariabel antara keempat elemen otonomi dan penggunaan kontrasepsi dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4.12 Hubungan Elemen Otonomi dan Penggunaan Kontrasepsi di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi

Elemen Otonomi Perempuan	Penggunaan Kontrasepsi				<i>p-value</i>	OR (95% CI)
	Memakai		Tidak Memakai			
	n	%	n	%		
Otonomi dalam pembuatan keputusan keuangan						
Tinggi	107	82,31	10	7,69	1,000	0,9 (0,11-7,58)
Rendah	12	9,23	1	0,77		1
Otonomi dalam pembuatan keputusan domestik/rumah tangga						
Tinggi	107	82,31	9	6,92	0,748	2 (0,38-10,26)
Rendah	12	9,23	2	1,54		1
Kebebasan secara fisik						
Tinggi	52	40	1	0,77	0,056	7,8 (0,96-62,58)
Rendah	67	51,54	10	7,69		1
Sikap terhadap kekerasan suami pada istri dan sikap terhadap penolakan berhubungan seks dengan suami					1,000	
Tinggi	37	28,46	3	2,31		1,2 (0,30-4,81)
Rendah	82	63,08	8	6,15		1

*signifikansi pada $\alpha = (\leq 0,05)$

Setelah empat elemen otonomi dianalisis maka tingkat otonomi perempuan secara umum juga dianalisis secara bivariabel. Berdasarkan hasil analisis, didapatkan hasil bahwa tingkat otonomi perempuan tidak berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi. Hasil analisis dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.13 Hubungan Otonomi dan Penggunaan Kontrasepsi di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi

Otonomi Perempuan	Penggunaan Kontrasepsi				<i>p-value</i>	OR (95% CI)
	Memakai		Tidak Memakai			
	n	%	n	%		
Otonomi						
Otonomi tinggi	63	48,46	56	43,08	0,293	2 (0,55-7,08)
Otonomi rendah	4	3,08	7	5,38		1

*signifikansi pada $\alpha = (\leq 0,05)$

b. Hubungan otonomi dan pemanfaatan pelayanan antenatal

Selain penggunaan kontrasepsi, pemanfaatan pelayanan antenatal sebagai variabel dependen juga dianalisis dengan menggunakan uji *chi-square* untuk melihat adakah hubungan pemanfaatan pelayanan antenatal saat hamil dan tingkat

otonomi perempuan. Hasil analisis bivariabel pada setiap elemen otonomi perempuan dan status kelengkapan ANC dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 4.14 Hubungan Elemen Otonomi dengan Pemanfaatan Pelayanan Antenatal di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi

Elemen Otonomi perempuan	Kelengkapan ANC				<i>p-value</i>	OR (95% CI)
	Lengkap		Tidak lengkap			
	n	%	n	%		
Otonomi dalam pembuatan keputusan keuangan						
Tinggi	82	63,08	35	26,92	0,047*	3,8 (1,15-12,27)
Rendah	5	3,85	8	6,15		
Otonomi dalam pembuatan keputusan domestik/rumah tangga						
Tinggi	84	64,62	32	24,62	0,000*	9,6 (2,52-36,76)
Rendah	3	2,3	11	8,46		
Kebebasan fisik						
Tinggi	46	35,84	7	5,38	0,000*	5,8 (2,32-14,37)
Rendah	41	31,54	36	27,69		
Sikap terhadap kekerasan suami pada istri dan sikap terhadap penolakan berhubungan seks dengan suami					0,003*	
Tinggi	34	26,15	6	4,62		4 (1,51-10,37)
Rendah	53	40,77	37	28,46		1

*signifikansi pada $\alpha = (\leq 0,05)$

Tabel 4.14 menunjukkan bahwa keempat elemen otonomi perempuan yaitu otonomi dalam pembuatan keputusan keuangan, otonomi dalam pembuatan keputusan rumah tangga/domestik, kebebasan fisik serta sikap perempuan terhadap kekerasan suami pada istri dan sikap terhadap penolakan berhubungan seks dengan suami berhubungan secara signifikan dengan status kelengkapan ANC saat hamil. Otonomi dalam pembuatan keputusan rumah tangga/domestik dan kebebasan fisik memiliki nilai *p-value* sebesar $0,000 \leq \alpha (0,05)$. Nilai OR untuk variabel otonomi dalam pembuatan keputusan domestik adalah 9,6 sehingga dapat disimpulkan bahwa perempuan dengan otonomi tinggi dalam pembuatan keputusan rumah tangga/domestik memiliki kemungkinan untuk memiliki status ANC lengkap 9,6 kali lebih tinggi dibandingkan perempuan dengan otonomi rendah dalam pembuatan keputusan rumah tangga/domestik. Nilai OR untuk variabel kebebasan fisik sebesar 5,8 yang berarti bahwa perempuan dengan kebebasan fisik tinggi memiliki kemungkinan untuk memiliki status ANC lengkap 5,8 kali lebih tinggi dibanding perempuan dengan kebebasan fisik rendah.

Dua elemen otonomi lainnya yang juga berhubungan secara signifikan dengan pemanfaatan pelayanan antenatal saat hamil yaitu otonomi dalam pembuatan keputusan keuangan dengan nilai $p\text{-value}$ sebesar $0,047 \leq \alpha$ (0,05) dengan nilai OR 3,8 dan otonomi perempuan dalam bersikap terhadap kekerasan suami pada istri dan sikap terhadap penolakan berhubungan seks dengan suami dengan nilai $p\text{-value}$ sebesar $0,003 \leq \alpha$ (0,05) dan nilai OR 4. Nilai OR tersebut menunjukkan bahwa perempuan dengan otonomi tinggi dalam pembuatan keputusan keuangan memiliki kemungkinan untuk memiliki status ANC lengkap 4 kali lebih tinggi daripada perempuan dengan otonomi rendah dalam pembuatan keputusan keuangan.

Setelah masing-masing dari keempat elemen otonomi dianalisis, maka tingkat otonomi perempuan yang terbentuk dari keempat elemen tersebut juga dianalisis secara bivariabel dengan menggunakan uji *chi-square* untuk mengetahui adakah hubungan yang bermakna antara tingkat otonomi perempuan secara umum dengan kelengkapan pemanfaatan pelayanan antenatal saat hamil. Hasil analisis menunjukkan bahwa otonomi secara umum berhubungan signifikan dengan kelengkapan pemanfaatan pelayanan antenatal dengan nilai $p\text{-value}$ sebesar $0,000 \leq \alpha$ (0,05). Nilai OR yang didapat sebesar 11,4 yang berarti bahwa perempuan dengan otonomi tinggi memiliki kemungkinan untuk berstatus ANC lengkap 11,4 kali lebih tinggi dibanding perempuan dengan otonomi rendah. Secara lengkap hasil pengujian dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.15 Hubungan Otonomi dengan Pemanfaatan Pelayanan Antenatal di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi

Otonomi perempuan	Kelengkapan ANC				$p\text{-value}$	OR (95% CI)
	Lengkap		Tidak lengkap			
	n	%	n	%		
Otonomi						
Otonomi tinggi	60	46,15	7	5,38	0,000*	11,4 (4,52-28,92)
Otonomi rendah	27	20,77	36	27,69		1

*signifikansi pada $\alpha = (\leq 0,05)$

4.1.5 Hubungan Otonomi dan Tindakan Pencarian Pelayanan Kesehatan Reproduksi Berdasarkan Karakteristik Sosiodemografi

a. Hubungan otonomi dan pemanfaatan pelayanan antenatal berdasarkan karakteristik sosiodemografi

Setelah dilakukan analisis bivariabel dengan menggunakan uji *chi-square* maka variabel penggunaan kontrasepsi, otonomi, dan karakteristik sosiodemografi dianalisis secara bersama-sama atau disebut juga sebagai analisis multivariabel. Analisis multivariabel pada penelitian ini menggunakan uji *regresi logistik* dengan metode *enter*. Syarat variabel independen agar dapat diuji secara multivariabel adalah harus memenuhi nilai *p-value* pada analisis bivariabel $< 0,25$. Pada analisis ini hanya terdapat dua variabel sosiodemografi yaitu jumlah anak hidup dan status ekonomi dan satu elemen otonomi yaitu kebebasan fisik yang dapat dianalisis secara multivariabel. Namun pada analisis multivariabel ini hanya satu variabel sosiodemografi saja yang dapat dianalisis yaitu tingkat ekonomi sebab pada variabel jumlah anak hidup terdapat satu sel yang bernilai nol sehingga nilai OR yang dihasilkan tidak dapat diinterpretasikan.

Terdapat dua model yang dihasilkan pada analisis multivariabel ini. Hasil uji regresi logistik menunjukkan bahwa pada model I tingkat kebebasan fisik tidak terbukti berpengaruh terhadap penggunaan kontrasepsi. Model II menganalisis pengaruh tingkat otonomi dengan menambahkan variabel tingkat ekonomi perempuan terhadap penggunaan kontrasepsi. Hasil analisis menunjukkan bahwa tingkat otonomi dan tingkat ekonomi berpengaruh terhadap penggunaan kontrasepsi dengan nilai OR berturut-turut 10,9 (95% CI=1,29-91,78) dan 0,3 (95% CI=0,07-0,95). Perempuan dengan kebebasan fisik tinggi dan berada pada tingkat otonomi tinggi memiliki kemungkinan untuk menggunakan kontrasepsi 10,9 kali lebih tinggi dibanding perempuan dengan kebebasan fisik rendah. Pada penelitian ini, tingkat ekonomi berpengaruh terhadap penggunaan kontrasepsi namun dilihat dari nilai OR tingkat ekonomi berperan sebagai faktor protektif terhadap penggunaan kontrasepsi. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa perempuan dengan tingkat ekonomi tinggi memiliki kemungkinan untuk menggunakan kontrasepsi 0,3 kali lebih tinggi dibandingkan perempuan dengan

tingkat ekonomi rendah atau bisa juga dikatakan bahwa perempuan dengan tingkat ekonomi tinggi memiliki kemungkinan untuk tidak menggunakan kontrasepsi 3,3 kali lebih tinggi dibandingkan perempuan dengan tingkat ekonomi rendah.

Hasil dari uji regresi logistik dengan metode *enter* antara penggunaan kontrasepsi, otonomi dan karakteristik sosiodemografi secara lengkap dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.16 Hubungan Otonomi dan Penggunaan Kontrasepsi Berdasarkan Karakteristik Sosiodemografi di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi

Variabel	Model I	Model II
	OR (CI 95%)	OR (CI 95%)
Kebebasan Fisik		
Tinggi	7,8 (0,96-62,58)	10,9 (1,29-91,78)*
Rendah	1	1
Tingkat ekonomi		
Diatas UMK		0,3 (0,07-0,95)*
Dibawah UMK		1
(-2) log likelihood	69,387	65,276
Classification table	91,5	91,5
n	130	130

*signifikansi pada $\alpha = (< 0,05)$

b. Hubungan otonomi dan pemanfaatan pelayanan antenatal berdasarkan karakteristik sosiodemografi

Analisis multivariabel juga dilakukan untuk menguji hubungan antara otonomi dengan pemanfaatan pelayanan antenatal berdasarkan karakteristik sosiodemografi. Terdapat empat variabel sosiodemografi yang dapat dianalisis secara multivariabel bersama-sama dengan variabel tingkat otonomi yaitu tingkat pendidikan, status pekerjaan, bentuk keluarga dan tingkat ekonomi. Terdapat sembilan model yang dihasilkan dari analisis multivariabel yang secara lengkap hasil analisis ditunjukkan pada Tabel 4.17.

Model I merupakan hasil analisis antara satu variabel independen dengan satu variabel dependen saja yaitu tingkat otonomi dan pemanfaatan pelayanan antenatal. Hasil analisis menunjukkan bahwa tingkat otonomi perempuan

berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan antenatal secara lengkap. Kemungkinan seorang perempuan dengan tingkat otonomi tinggi tanpa dipengaruhi oleh karakteristik sosiodemografi untuk berstatus ANC lengkap 11,4 kali lebih tinggi (95% CI=4,52-28,92) dibanding perempuan dengan tingkat otonomi rendah.

Pada model II, terdapat satu variabel independen yang ditambahkan dalam analisis multivariabel yaitu tingkat pendidikan. Model II menunjukkan bahwa tingkat otonomi dan tingkat pendidikan responden berpengaruh terhadap status kelengkapan ANC. Nilai OR tingkat otonomi pada model II menurun dari model I menjadi sebesar 10,6 (95% CI=4,11-27,24). Nilai tersebut menunjukkan bahwa perempuan dengan tingkat otonomi tinggi dan berpendidikan menengah memiliki kemungkinan untuk berstatus ANC lengkap 10,6 kali lebih tinggi daripada perempuan dengan tingkat otonomi rendah dan berpendidikan dasar. Model II juga menunjukkan bahwa perempuan dengan tingkat pendidikan menengah lebih mungkin untuk berstatus ANC lengkap 4,7 kali lebih tinggi (95% CI=1,20-18,12) dibanding perempuan dengan tingkat pendidikan dasar.

Model III menganalisis pengaruh tingkat otonomi berdasarkan tingkat ekonomi responden terhadap kelengkapan ANC. Hasil analisis menunjukkan bahwa tingkat otonomi dan tingkat ekonomi berpengaruh secara signifikan terhadap status kelengkapan ANC dengan nilai OR secara berturut-turut sebesar 13,8 (95% CI=4,88-38,96) dan 50,7 (95% CI=6,25-410,8). Jika dibandingkan dengan model I dan II, nilai OR dari variabel tingkat otonomi meningkat pada model III yang menunjukkan bahwa perempuan yang berada pada keluarga dengan pendapatan diatas UMK dan memiliki otonomi yang tinggi lebih mungkin untuk berstatus ANC lengkap sebesar 13,8 kali lebih tinggi (95% CI=4,88-38,96) dibandingkan perempuan dengan tingkat otonomi rendah dan berada pada keluarga dengan pendapatan dibawah UMK.

Terdapat tiga variabel independen yang dianalisis secara bersama-sama pada model IV yaitu tingkat otonomi, tingkat pendidikan dan tingkat ekonomi. Pada model IV ketiga variabel tersebut terbukti berpengaruh secara signifikan terhadap status kelengkapan ANC dengan nilai OR berturut-turut adalah 13 (95%

CI=,41-38,82), 6 (95% CI=1,35-26,92) dan 56,53 (95% CI=6,80-469,9). Nilai OR dari variabel tingkat otonomi mengalami penurunan dari model III yaitu 13 (95% CI=4,41-8,82), sehingga dapat dikatakan bahwa perempuan dengan tingkat otonomi tinggi, berpendidikan menengah, dan berada pada keluarga dengan pendapatan diatas UMK memiliki kemungkinan untuk berstatus ANC lengkap 13 kali lebih tinggi daripada perempuan dengan tingkat otonomi rendah, berpendidikan dasar, dan berada pada keluarga dengan pendapatan dibawah UMK.

Sama seperti model IV, pada model V terdapat tiga variabel independen yang dianalisis yaitu tingkat otonomi, status pekerjaan dan tingkat ekonomi. Variabel status pekerjaan tidak terbukti berpengaruh secara signifikan namun dua variabel lainnya yaitu tingkat otonomi dan tingkat ekonomi berpengaruh secara signifikan dengan status kelengkapan ANC. Nilai OR yang didapatkan untuk tingkat otonomi pada model ini sebesar 13,2 (95% CI=4,64-37,49) sedangkan nilai OR untuk tingkat ekonomi sebesar 49,6 (95% CI=6,10-408,83). Nilai OR pada variabel tingkat otonomi mengalami peningkatan dibandingkan model sebelumnya dan menunjukkan bahwa perempuan dengan tingkat otonomi tinggi, bekerja, dan berada pada keluarga dengan pendapatan diatas UMK memiliki kemungkinan 13,2 kali lebih besar untuk bersatatus ANC lengkap dibandingkan perempuan dengan tingkat otonomi rendah, tidak bekerja, dan berada pada keluarga dengan pendapatan dibawah UMK. Pada model ini juga didapatkan hasil bahwa nilai OR tingkat ekonomi mengalami penurunan dari model IV.

Model VI juga menganalisis tiga variabel independen secara bersama-sama yaitu tingkat otonomi, bentuk keluarga dan tingkat ekonomi. Pada model ini terdapat dua variabel yang terbukti berpengaruh secara signifikan terhadap status kelengkapan ANC yaitu tingkat otonomi dengan nilai OR sebesar 13,8 (95% CI=4,86-39,09) dan tingkat ekonomi dengan nilai OR 1,6 (95% CI=0,52-4,62), sedangkan variabel bentuk keluarga tidak terbukti berpengaruh secara signifikan. Nilai OR dari variabel tingkat otonomi pada model VI ini merupakan nilai OR tertinggi diantara kesembilan model lainnya sehingga dapat dikatakan bahwa perempuan dengan tingkat otonomi tinggi, berada pada keluarga kecil dan

pendapatan diatas UMK lebih mungkin untuk berstatus ANC lengkap 13,8 kali lebih tinggi daripada perempuan dengan tingkat otonomi rendah, berada pada keluarga besar dan pendapatan dibawah UMK.

Setelah menganalisis tiga variabel independen secara bersama-sama pada model IV, V, dan VI maka pada model VII ditambahkan satu variabel independen yang dianalisis secara bersama-sama yaitu tingkat otonomi, tingkat pendidikan, status pekerjaan, dan tingkat ekonomi. Terdapat tiga variabel yang terbukti berpengaruh secara signifikan dengan status kelengkapan ANC yaitu tingkat otonomi, tingkat pendidikan dan tingkat ekonomi dengan nilai OR secara berturut-turut 13 (95% CI=4,34-38,51), 5,96 (95% CI=1,29-27,60), 56,35 (95% CI=6,73-470,35). Hasil ini menunjukkan bahwa perempuan dengan tingkat otonomi tinggi, berpendidikan menengah, bekerja, dan berada pada keluarga dengan pendapatan diatas UMK lebih mungkin untuk berstatus ANC lengkap sebesar 13 kali lebih tinggi daripada perempuan dengan tingkat otonomi tinggi, berpendidikan dasar, tidak bekerja dan berada pada keluarga dengan pendapatan dibawah UMK.

Model VIII juga menganalisis empat variabel independen yaitu tingkat otonomi, tingkat pendidikan, status pekerjaan dan bentuk keluarga. Hasil analisis menunjukkan bahwa dari keempat variabel tersebut terdapat dua variabel yang berpengaruh secara signifikan terhadap status kelengkapan ANC yaitu tingkat otonomi dengan OR 10,4 (95% CI=3,94-27,55) dan tingkat pendidikan dengan OR 5,2 (95% CI=1,28-21,08). Nilai OR dari variabel tingkat otonomi menurun dan merupakan nilai OR paling rendah diantara model yang lainnya. Hasil tersebut menunjukkan bahwa perempuan dengan tingkat otonomi tinggi, berpendidikan menengah, bekerja, berasal dari keluarga kecil lebih mungkin untuk berstatus ANC lengkap sebesar 10,4 kali lebih tinggi dibandingkan perempuan dengan tingkat otonomi rendah, berpendidikan dasar, tidak bekerja dan berada pada keluarga besar.

Model yang terakhir yaitu model IX menganalisis lima variabel secara bersama-sama untuk mengetahui variabel apa saja yang berpengaruh terhadap status kelengkapan ANC. Setelah dianalisis didapatkan hasil bahwa dari kelima

variabel tersebut terdapat tiga variabel yang berpengaruh terhadap status kelengkapan ANC yaitu tingkat otonomi, tingkat pendidikan dan tingkat ekonomi responden dengan nilai OR berturut-turut 12,8 (95% CI=4,26-38,48), 6,5 (95% CI=,38-30,57); 52 (95% CI=6,22-435,38). Maka, dapat dikatakan bahwa perempuan dengan tingkat otonomi tinggi, berpendidikan menengah, bekerja, berada pada keluarga kecil dan berada pada keluarga dengan pendapatan diatas UMK lebih mungkin untuk berstatus ANC lengkap 12,8 kali lebih tinggi dibanding perempuan dengan tingkat otonomi rendah, berpendidikan dasar, tidak bekerja, berasal dari keluarga besar dan berada pada keluarga dengan pendapatan dibawah UMK. Pada model IX perempuan dengan tingkat pendidikan menengah lebih mungkin untuk berstatus ANC lengkap 6,5 kali lebih tinggi dibanding perempuan dengan tingkat pendidikan dasar dan perempuan dengan tingkat ekonomi tinggi lebih mungkin untuk berstatus ANC lengkap 52 kali lebih tinggi dibanding perempuan dengan tingkat ekonomi rendah. Secara lengkap, hasil analisis multivariabel model I hingga IX dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.17 Hubungan Otonomi dan Pemanfaatan Pelayanan Antenatal Berdasarkan Karakteristik Sosiodemografi di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi
Variabel Dependen : Status ANC Lengkap

Variabel	Model I	Model II	Model III	Model IV	Model V	Model VI	Model VII	Model VIII	Model IX
	OR (CI 95%)	OR (CI 95%)	OR (CI 95%)	OR (CI 95%)	OR (CI 95%)	OR (CI 95%)	OR (CI 95%)	OR (CI 95%)	OR (CI 95%)
Otonomi									
Tinggi	11,4 (4,52-28,92)*	10,6 (4,11-27,24)*	13,8 (4,88-38,96)*	13 (44,09-38,28)*	13,2 (4,64-37,49)*	13,8 (4,86-39,09)*	12,9 (4,34-38,51)*	10,4 (3,94-27,55)*	12,8 (4,26-38,48)*
Rendah	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Tingkat pendidikan									
Dasar		1		1			1	1	1
Menengah		4,7 (1,20-18,12)*		6 (1,35-26,92)*			6 (1,29-27,60)*	5,2 (1,28-21,08)*	6,5 (1,38-30,57)*
Status pekerjaan									
Bekerja			-		2,2 (0,17-27,53)		1,1 (0,1-11,87)	2,7 (0,27-28,17)	1,3 (90,12-14,56)
Tidak bekerja			-		1		1	1	1
Bentuk keluarga									
Kecil				-		1,6 (0,52-4,62)		2,3 (0,88-6,14)	1,9 (0,62-6,13)
Besar				-		1		1	1
Tingkat ekonomi									
Diatas UMK			50,7 (6,25-410,76)*	56,5 (6,8-469,87)*	49,6 (6,1-409,83)*	48,79 (6,0-396,45)*	56,25 (96,73-470,35)*		52 (6,22-435,38)*
Dibawah UMK			1	1	1	1	1		1
(-2) log likelihood	130,911	124,841	94,874	91,376	97,451	97,214	91,373	121,169	90,068
Classification table	73,8	77,7	84,6	86,2	84,6	84,6	86,2	80,9	86,2
n	130	130	130	130	130	130	130	130	130

*signifikansi pada $\alpha = (< 0,05)$

4.2 Pembahasan

4.2.1 Karakteristik Sosiodemografi, Otonomi, dan Tindakan Pencarian Pelayanan Kesehatan Reproduksi

a. Karakteristik sosiodemografi

Karakteristik sosiodemografi merupakan ciri khas yang melekat pada setiap individu yang dapat membedakan seorang individu dengan individu lain. Pada penelitian ini terdapat enam karakteristik sosiodemografi yang diteliti yaitu tingkat ekonomi, tingkat pendidikan, bentuk keluarga, status pekerjaan, tingkat paparan media dan jumlah anak hidup yang dimiliki. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi sebagian besar berada pada keluarga dengan pendapatan per bulan dibawah UMK. Hasil ini semakin menguatkan bahwa pernikahan di usia muda akan berdampak pada lemahnya kondisi ekonomi keluarga yang dibangun.

Pasangan yang menikah di usia muda sebenarnya belum siap untuk membangun sebuah rumah tangga yang stabil baik secara psikis maupun ekonomi. Hal ini erat kaitannya dengan tingkat pendidikan, pengetahuan serta keterampilan yang rendah sehingga sebagian besar dari pasangan yang menikah muda belum mampu untuk mengakses pekerjaan yang mapan. Marlina (2013:4) mengungkapkan bahwa sebagian besar laki-laki pada pasangan pernikahan dibawah usia 20 tahun biasanya bekerja di sektor nonformal dengan pendapatan menengah kebawah sedangkan sebagian besar perempuannya tidak bekerja atau hanya menurus rumah tangga saja. Hasil yang sama juga terjadi pada penelitian ini bahwa para perempuan mengaku bahwa penghasilan suami mereka tidak menentu setiap harinya. Berkaitan dengan hal tersebut, hasil penelitian juga menunjukkan bahwa mayoritas perempuan pada penelitian ini merupakan perempuan yang tidak bekerja. Berdasarkan hasil penelitian, dari 130 orang perempuan yang menjadi responden penelitian hanya 12 orang saja yang bekerja. Sebanyak 9 orang (75%) bekerja sebagai di sektor wiraswasta seperti berjualan makanan ringan dan membuka toko, 1 orang (8,3%) sebagai buruh perkebunan,

dan 2 orang (16.67%) bekerja sebagai pegawai honorer sebagai guru TK dan petugas kebersihan KUA.

Selain status pekerjaan perempuan, karakteristik sosiodemografi yang juga berkaitan erat dengan pernikahan dibawah usia 20 tahun adalah tingkat pendidikan perempuan. Menurut Darnita (2013:47) dan Rosmawar (2013:5) tingkat pendidikan perempuan merupakan salah satu pendorong yang paling kuat untuk terjadinya pernikahan dibawah usia 20 tahun. Padahal, pendidikan yang tinggi akan berpengaruh terhadap pengetahuan perempuan secara umum serta keterampilan yang akan dimiliki perempuan sebagai bekal untuk menjadi individu yang produktif secara ekonomi. Selain sebagai faktor pendorong, rendahnya tingkat pendidikan juga merupakan dampak dari pernikahan dibawah usia 20 tahun. Rosmawar (2013:5) menyatakan bahwa perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun kemungkinan besar ia akan putus sekolah.

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa paling banyak perempuan yang menjadi subjek penelitian merupakan tamatan SMP dan SD atau bisa disebut juga bahwa sebagian besar perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi merupakan perempuan berpendidikan dasar. Tidak ada satupun perempuan yang bersekolah hingga tingkat yang tinggi seperti diploma, sarjana, magister ataupun doktor. Hasil ini diperkuat dengan data Bapedda Kabupaten Banyuwangi tahun 2013 yang menyatakan bahwa Kecamatan Licin merupakan salah satu dari 13 kecamatan yang memiliki indeks pendidikan rendah dan dibawah rata-rata Kabupaten Banyuwangi. Indeks pendidikan dihitung berdasarkan angka melek huruf dan lama rata-rata sekolah masyarakat pada suatu wilayah tertentu, sehingga wilayah yang memiliki indeks pendidikan rendah maka angka melek huruf di daerah tersebut masih tergolong rendah dan rata-rata tingkat pendidikan masyarakatnya tergolong rendah (BPS, 2008). Sebagai akibat dari rendahnya pendidikan perempuan itulah pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki juga akan rendah sehingga akan sulit bagi para perempuan untuk dapat mengakses pekerjaan yang lebih mapan seperti halnya orang lain yang dapat mengenyam pendidikan yang lebih tinggi (Rosmawar, 2013:6).

Faktor sosiodemografi yang keempat adalah bentuk keluarga. Sebagian besar perempuan pada penelitian ini merupakan perempuan dengan bentuk keluarga besar yaitu adanya orang lain selain suami, istri dan anak yang berada pada satu rumah tinggal. Hasil ini menunjukkan bahwa sebagian besar pasangan yang menikah di usia muda masih belum mampu untuk hidup secara mandiri atau terpisah dari keluarga. Terdapat 86 perempuan yang memiliki bentuk keluarga besar, sebanyak 50 perempuan (58,14%) tinggal bersama dengan orang tua, 29 perempuan (33,72%) tinggal bersama mertua, dan sisanya yaitu 7 perempuan (8,14%) tinggal bersama kerabat (kakek, nenek, dan tante). Hasil penelitian ini sejalan dengan pernyataan Hairi (2009:14) bahwa remaja yang menikah di usia muda belum mampu hidup secara mandiri dan seluruh aspek kehidupannya masih bergantung pada orang tua sehingga belum siap untuk membentuk komunitas baru yang bernama keluarga secara mandiri.

Paparan media juga merupakan salah satu variabel yang diteliti pada penelitian ini. Paparan media terbagi atas paparan media KB dan media ANC. Pada penelitian ini sebagian besar perempuan mengaku hanya sesekali saja atau jarang mendapatkan informasi KB dan sisanya mengaku tidak pernah sama sekali mendapatkan informasi tentang KB dari media massa seperti televisi, radio, dan koran/majalah. Pengetahuan tentang KB mereka dapatkan hanya sekilas dari bidan desa dan kader kesehatan saat kegiatan Posyandu serta dari orang-orang terdekat seperti orang tua, mertua, sanak saudara atau tetangga. Pada penelitian yang dilakukan oleh Permatasari *et al* (2013:3) juga didapatkan hasil yang serupa bahwa intensitas paparan media KB melalui media massa pada masyarakat Indonesia tergolong rendah. Berdasarkan hasil analisis lanjut data SDKI 2007, Permatasari *et al* (2013:3) menyatakan bahwa 49,2% perempuan di Indonesia tidak terpapar oleh media massa.

Pada penelitian ini juga menunjukkan bahwa intensitas paparan media ANC masih sangat rendah. Hal ini terbukti dari tidak ada satupun perempuan yang pernah mendapatkan informasi tentang ANC atau informasi tentang pentingnya kunjungan antenatal yang lengkap selama hamil dari media massa. Berkaitan dengan hasil tersebut, Pramana (2014:45), dalam penelitiannya, menyatakan

bahwa informasi yang didapatkan oleh masyarakat tergantung dari seberapa besar paparan media massa yang didapatkannya. Dewi (2014:24) juga menyatakan bahwa media massa juga memiliki peran yang cukup besar dalam menumbuhkan kesadaran masyarakat tentang komplikasi kehamilan serta dampak yang ditimbulkan dari adanya komplikasi bagi ibu dan bayi. Berdasarkan pernyataan tersebut maka dapat dikatakan bahwa rendahnya paparan media massa akan berdampak pada pengetahuan perempuan terkait kesehatan reproduksi yang nantinya akan berpengaruh terhadap tindakan perempuan dalam mencari pelayanan kesehatan reproduksi. Meningkatkan akses perempuan terhadap media dan intensitas informasi kesehatan reproduksi di media massa khususnya tentang KB dan ANC akan membantu upaya pemerintah dalam menurunkan AKI/AKB di Indonesia.

Variabel sosiodemografi yang terakhir adalah jumlah anak hidup yang dimiliki perempuan. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa mayoritas perempuan telah memiliki anak berjumlah satu orang, 6 orang (4,61%) perempuan telah memiliki anak berjumlah dua orang dan hanya 1 orang (0,07%) perempuan saja yang belum memiliki anak karena riwayat keguguran. Hasil ini menunjukkan bahwa tingkat fertilitas pada perempuan yang menikah di usia muda tergolong tinggi. Hal ini sejalan dengan penelitian Sukarno (2012:8) pada 253.887 perempuan usia subur di 33 provinsi di Indonesia pada tahun 2010 yang menunjukkan bahwa usia kawin pertama pada perempuan akan berpengaruh terhadap tingkat fertilitasnya. Sukarno (2012:8) menyimpulkan bahwa semakin tinggi usia kawin pertama pada perempuan maka semakin sedikit/rendah jumlah anak yang dilahirkan sehingga akan memperkecil angka fertilitas yang nantinya berkontribusi terhadap rendahnya laju pertumbuhan penduduk. Perempuan yang menikah di usia muda lebih mungkin untuk memiliki anak lebih dari dua selama hidupnya dibandingkan dengan perempuan yang menikah di usia lebih tua.

b. Otonomi

WHO telah menyatakan bahwa otonomi adalah kunci dari faktor-faktor yang menentukan kemampuan perempuan untuk mencari pelayanan kesehatan

reproduksi. Nigatu *et al* (2014:1) mengartikan bahwa otonomi sebagai kemampuan perempuan untuk membuat keputusan sendiri, mengontrol dirinya sendiri, dan memiliki pengaruh terhadap penggunaan sumber daya tanpa harus berkonsultasi atau mendapat izin terlebih dahulu dari orang lain. Terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi tingkat otonomi perempuan dalam rumah tangganya salah satunya adalah usia perempuan saat menikah. Pada penelitian ini seluruh responden adalah perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun dan didapatkan hasil bahwa proporsi antara perempuan dengan otonomi tinggi dan perempuan dengan otonomi rendah hampir seimbang. Proporsi perempuan yang memiliki otonomi rendah masih tergolong tinggi yaitu 48,5% dan sisanya yaitu 51,5% adalah perempuan dengan otonomi tinggi. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Guilbert (2013:23) di Senegal bahwa perempuan yang menikah di usia terlalu muda atau kurang dari 18 tahun memiliki peran dan otonomi yang rendah dalam keluarga.

Tingkat otonomi diukur dengan menggunakan indeks komposit dari 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). Mayoritas responden memiliki otonomi yang tinggi dalam pembuatan keputusan dan sebagian besar juga memiliki otonomi yang tinggi dalam pembuatan keputusan rumah tangga/domestik.

Berbeda dengan dua elemen otonomi sebelumnya, lebih dari setengah dari seluruh jumlah responden memiliki kebebasan fisik yang dan sebagian besar memiliki otonomi yang rendah dalam bersikap terhadap kekerasan pada istri dan penolakan istri untuk berhubungan seks dengan suami. Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nigatu *et al* (2014:5) bahwa 56,7% perempuan memiliki kebebasan fisik yang rendah. Para perempuan mengaku bahwa cukup sulit untuk mendapatkan izin suami untuk pergi ke tempat yang berjarak cukup jauh dari rumah tanpa ditemani oleh suami atau anggota keluarga dewasa lainnya. Otonomi yang rendah dalam bersikap terhadap kekerasan pada

istri dan penolakan istri untuk berhubungan seks dengan suami disebabkan karena anggapan para perempuan bahwa kekerasan masih bisa diterima jika perempuan memang benar-benar melakukan hal-hal yang tidak dikehendaki oleh suami. Para perempuan juga menganggap bahwa menolak berhubungan seks dengan suami adalah hal yang kurang pantas. Guilbert (2013:9) juga mendapatkan hasil yang sama pada penelitiannya bahwa perempuan yang menikah di usia terlalu muda kurang mampu untuk menolak berhubungan seks dengan suami. Pada penelitian tersebut Guilbert (2013:9) juga menyatakan bahwa para perempuan yang menikah muda di Senegal menganggap bahwa kekerasan laki-laki terhadap perempuan adalah hal yang normal sehingga para perempuan sangat rentan terhadap kekerasan dalam rumah tangga.

c. Tindakan pencarian pelayanan kesehatan reproduksi

Terdapat dua variabel tindakan pencarian pelayanan kesehatan reproduksi yang berperan sebagai variabel dependen atau terikat yang diteliti pada penelitian ini yaitu penggunaan kontrasepsi modern dan pemanfaatan pelayanan antenatal saat hamil. Menurut hasil penelitian, mayoritas responden menggunakan alat/metode kontrasepsi modern pada saat dilakukan pengambilan data. Hasil ini sejalan dengan data BPPKB Banyuwangi bahwa Kecamatan Licin merupakan salah satu kecamatan dengan capaian CPR di atas rata-rata kabupaten yaitu sebesar 78,6% pada tahun 2014. Metode kontrasepsi yang paling banyak digunakan oleh responden adalah metode suntik yaitu sebesar 79% dan metode pil yaitu 14,3%. Metode suntik memang merupakan metode yang paling banyak diminati di Banyuwangi terbukti dengan capaian CPR suntik pada tahun 2014 adalah 33,23%.

Terdapat 11 orang (8,5%) responden yang tidak menggunakan metode/alat kontrasepsi pada saat pengambilan data. Alasan responden tidak menggunakan alat kontrasepsi bermacam-macam. Responden yang tidak menggunakan metode/alat kontrasepsi karena baru saja melahirkan atau masih berada pada masa nifas (\pm 40 hari setelah melahirkan) yaitu sebanyak 6 orang (54,55%), responden dalam keadaan hamil (18,18%), suami berada di luar kota (18,18%), dan belum

mendapatkan izin suami untuk berangkat sendiri ke pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan terkait kontrasepsi (9,09%).

Selain penggunaan kontrasepsi, tindakan pencarian pelayanan kesehatan reproduksi yang juga diteliti adalah pemanfaatan pelayanan antenatal saat hamil yang dinilai berdasarkan status kelengkapan kunjungan ANC yang tertera pada buku KIA. Perempuan yang memiliki status ANC tidak lengkap tergolong cukup tinggi yaitu sebesar 33,1%. Masih tingginya status ANC tidak lengkap ini disebabkan oleh beberapa faktor antara lain adalah masih adanya kebiasaan masyarakat yang lebih sering periksa ke dukun daripada ke pelayanan kesehatan dan masih rendahnya kepercayaan masyarakat terhadap bidan pada saat itu. Hal ini dibuktikan dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa sebanyak 32 responden (24,6%) masih memeriksakan kehamilannya ke dukun selain ke pelayanan kesehatan dan terdapat 4 responden (3,1%) yang melakukan proses persalinan/melahirkan di dukun. Alasan responden memeriksakan kehamilannya ke dukun bermacam-macam yaitu responden merasa lebih nyaman periksa ke dukun, disarankan oleh orang tua/mertua/keluarga, biaya periksa ke dukun lebih murah, pelayanan bidan kurang ramah dan takut jika harus melahirkan di bidan.

Manuaba (1998:129) mengemukakan bahwa pelayanan antenatal merupakan upaya untuk menjaga kesehatan ibu pada masa kehamilan sekaligus upaya menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu maupun kematian perinatal sehingga unsur penting dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi adalah memberikan pelayanan dan pemeliharaan kesehatan sewaktu hamil secara memadai serta sedini mungkin. Masih tingginya status ANC tidak lengkap pada perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi ini tentunya memiliki dampak yang buruk terhadap kesehatan ibu dan bayi dalam kandungannya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat 3 kasus kematian bayi (2,3%) dan 4 kasus keguguran (3,07%) pada 130 responden. Hasil temuan ini menguatkan beberapa hasil penelitian sebelumnya bahwa kelengkapan kunjungan antenatal saat hamil merupakan salah satu kunci untuk menekan angka kesakitan dan kematian pada ibu dan bayi (AKI/AKB).

4.2.2 Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dan Otonomi

a. Hubungan tingkat ekonomi keluarga dan otonomi perempuan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara tingkat ekonomi dengan tingkat otonomi perempuan. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nigatu *et al* (2014:7) yang juga menyatakan bahwa tingkat ekonomi keluarga berhubungan secara positif dengan otonomi perempuan. Menurut Nigatu *et al* (2014:7) perempuan yang berada pada keluarga dengan pendapatan rumah tangga bulanan yang tinggi lebih otonom dibandingkan dengan perempuan yang berada pada keluarga dengan pendapatan rumah tangga bulanan yang lebih rendah. Hal ini berarti bahwa, semakin tinggi tingkat ekonomi perempuan maka semakin tinggi pula tingkat otonominya.

Penelitian ini juga menunjukkan hasil bahwa tingkat ekonomi tidak berhubungan secara signifikan dengan tiga elemen otonomi yaitu tingkat otonomi dalam pembuatan keputusan keuangan, otonomi dalam pembuatan keputusan rumah tangga/domestik, sikap terhadap kekerasan suami pada istri dan sikap untuk menolak berhubungan seks dengan suami pada kondisi tertentu. Hasil ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Acharya *et al* (2010:6) yang menyatakan bahwa perempuan dengan pendapatan keluarga diatas UMK lebih mungkin untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan rumah tangga. Otonomi perempuan dalam pembuatan keputusan rumah tangga pada penelitian yang dilakukan oleh Acharya *et al* (2010:4) terdiri dari empat hal yaitu keputusan terkait pembelian kebutuhan rumah tangga yang bernilai tinggi, keputusan terkait pembelian kebutuhan rumah tangga sehari-hari, keputusan terkait pelayanan kesehatan untuk dirinya sendiri dan kebebasan untuk mengunjungi sanak saudara sehingga otonomi perempuan dalam pembuatan keputusan keuangan juga termasuk kedalam keputusan rumah tangga.

Berbeda dengan ketiga elemen sebelumnya, pada penelitian ini tingkat ekonomi keluarga berhubungan secara signifikan dengan kebebasan perempuan secara fisik. Perempuan yang memiliki kebebasan fisik tinggi berarti perempuan tersebut memiliki kemudahan untuk pergi melakukan aktifitas diluar rumah atau menuju ke tempat-tempat yang diinginkan dan dibutuhkan tanpa harus ditemani

dan menunggu izin terlebih dahulu dari suami atau anggota keluarga dewasa lainnya (Haque *et al*, 2011:24). Kebebasan bergerak secara fisik ini berpengaruh terhadap kemudahan perempuan untuk mengakses berbagai hal diluar rumah seperti pekerjaan, informasi dan pelayanan kesehatan terutama untuk dirinya sendiri. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Acharya *et al* (2010:6) yang menyatakan bahwa perempuan yang berasal dari keluarga dengan pendapatan diatas UMK memiliki kebebasan untuk pergi ke pelayanan kesehatan dan pergi mengunjungi sanak saudara. Penelitian serupa juga dilakukan oleh Wado (2013:23) yang menyatakan bahwa perempuan dengan tingkat ekonomi tinggi memiliki kebebasan untuk pergi ke pelayanan kesehatan tanpa harus ditemani oleh suami atau anggota keluarga dewasa lainnya.

b. Hubungan bentuk keluarga dan otonomi perempuan

Bentuk keluarga merupakan salah satu karakteristik sosiodemografi perempuan yang ditentukan berdasarkan keberadaan anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah tinggal. Pada penelitian ini tidak ada satupun hasil analisis yang menunjukkan hubungan yang signifikan antara bentuk keluarga dengan otonomi perempuan baik secara umum maupun berdasarkan empat elemen otonomi. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Kamal (2000:12) yang mengemukakan bahwa bentuk keluarga dapat mempengaruhi tingkat otonomi perempuan. Bloom *et al* (2001:5) menyatakan bahwa perempuan yang berada pada keluarga kecil memiliki otonomi yang lebih tinggi daripada perempuan yang berada pada keluarga besar sebab keberadaan orang lain pada keluarga besar seperti orang tua dan mertua yang tinggal dalam satu rumah akan menurunkan otonomi perempuan.

c. Hubungan tingkat pendidikan dan otonomi perempuan

Menurut UU Nomor 20 Tahun 2003 Tentang Sistem Pendidikan Nasional tingkat pendidikan terbagi atas tiga kelompok yaitu dasar, menengah dan tinggi. Pada penelitian ini, tidak ada satupun responden yang tergolong berpendidikan tinggi atau yang tamat sekolah hingga jenjang diploma, sarjana, magister atau

doktor. Tingkat pendidikan berhubungan secara signifikan dengan tingkat otonomi perempuan. Perempuan yang berpendidikan menengah lebih mungkin untuk memiliki otonomi tinggi 2,1 kali lebih tinggi dibanding perempuan yang berpendidikan dasar. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nigatu *et al* (2014:5) yang menyatakan bahwa perempuan yang berpendidikan tinggi lebih otonom daripada perempuan yang berpendidikan rendah. Pada penelitian tersebut Nigatu *et al* (2014:5) menyatakan bahwa perempuan yang berpendidikan menengah dan tinggi 4 kali lebih mungkin untuk memiliki otonomi yang lebih tinggi dibanding perempuan yang berpendidikan rendah.

Selain itu, tingkat pendidikan perempuan juga berhubungan secara signifikan dengan kebebasan fisik perempuan. Perempuan dengan tingkat pendidikan menengah lebih bebas secara fisik 2,1 kali daripada perempuan yang berpendidikan dasar. Kebebasan fisik yang tinggi akan mempermudah perempuan untuk mengakses hal-hal diluar rumah termasuk mengakses pelayanan kesehatan untuk dirinya sendiri. Tingkat pendidikan dapat berhubungan dengan tingkat otonomi perempuan disebabkan karena perempuan yang berpendidikan lebih tinggi memiliki pengetahuan yang lebih sehingga bisa dengan mudah menyampaikan pendapat dan meningkatkan perannya dalam rumah tangga.

d. Hubungan status pekerjaan dan tingkat otonomi perempuan

Status pekerjaan perempuan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi otonomi perempuan. Pada penelitian ini proporsi perempuan yang bekerja hanya 9,23%. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara status pekerjaan perempuan dengan otonomi perempuan. Perempuan yang bekerja memiliki kemungkinan untuk mempunyai tingkat otonomi tinggi 4,7 kali lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan yang tidak bekerja. Perempuan yang bekerja lebih memiliki peran dalam rumah tangga termasuk peran dalam pengambilan keputusan dalam keluarga. Sulistyorini dkk (2013:177) menyebutkan bahwa status pekerjaan perempuan akan meningkatkan peran dan keberdayaan perempuan dalam rumah tangganya. Selain itu, status pekerjaan perempuan akan menurunkan ketergantungan terhadap suami dalam masalah

keuangan sehingga perempuan lebih berani untuk mengambil peran lebih dalam rumah tangga.

e. Hubungan tingkat paparan media dan tingkat otonomi perempuan

Paparan media merupakan salah satu cara perempuan untuk dapat mengakses berbagai informasi yang dibutuhkan tidak terkecuali informasi kesehatan terkait KB dan ANC. Tingginya intensitas paparan media yang diterima perempuan akan meningkatkan pengetahuan perempuan sehingga perempuan lebih memiliki peran dan otonomi di keluarganya (Wado, 2013:11 dan Haque *et al*, 2011:28). Informasi kesehatan terkait KB dan ANC yang diterima perempuan melalui media akan membuka wawasan perempuan tentang manfaat KB dan ANC sehingga akan meningkatkan kemampuan perempuan untuk turut serta dalam pengambilan keputusan dalam rumah tangganya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat paparan media KB berhubungan dengan salah satu elemen otonomi yaitu otonomi dalam pembuatan keputusan keuangan dengan nilai OR sebesar 1,7. Berdasarkan nilai tersebut dapat dinyatakan bahwa perempuan dengan intensitas paparan media KB tingkat sedang lebih mungkin untuk memiliki otonomi tinggi dalam pembuatan keputusan keuangan 1,7 kali lebih tinggi daripada perempuan dengan intensitas paparan KB rendah. Perempuan yang memiliki otonomi tinggi dalam pembuatan keputusan keuangan maka akan memiliki peran dalam pemanfaatan keuangan rumah tangga termasuk untuk pembiayaan kesehatan tanpa harus menunggu izin suami atau orang dewasa lainnya.

f. Hubungan jumlah anak hidup dan tingkat otonomi perempuan

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa jumlah anak hidup tidak berhubungan dengan otonomi dan seluruh elemen otonomi perempuan. Hal ini menunjukkan berapapun jumlah anak yang dimiliki perempuan tidak akan berpengaruh terhadap tingkat otonominya. Hasil ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sulistyorini dkk (2013:171) dan Hameed *et al* (2014:4).

Sulistiyorini dkk (2013:171) pada penelitiannya menemukan bahwa terdapat hubungan antara jumlah anak dan tingkat keberdayaan perempuan dalam keluarga dan masyarakat. Hameed *et al* (2014:4) juga menemukan hasil yang serupa bahwa tingkat otonomi perempuan dalam keputusan rumah tangga, keputusan keuangan dan kebebasan fisik akan meningkat seiring dengan meningkatnya jumlah anak yang dimiliki. Pengaruh jumlah anak hidup dengan tingkat otonomi berkaitan erat dengan usia perempuan bahwa jumlah anak yang meningkat menunjukkan bahwa usia perempuan juga mengalami peningkatan. Hameed *et al* (2014:6) mengaitkan hal tersebut dengan norma budaya yang berlaku pada masyarakat India dimana seorang wanita yang baru menikah diharapkan untuk melakukan tugas-tugas rumah tangga dan segala keputusan dibawah pengawasan suaminya atau bahkan ibu mertua yang merupakan pembuat keputusan utama dalam rumah tangga.

4.2.3 Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dan Tindakan Pencarian Pelayanan Kesehatan Reproduksi

a. Hubungan karakteristik sosiodemografi dan penggunaan kontrasepsi

Pada penelitian ini tidak ada satupun karakteristik sosiodemografi yang terbukti berhubungan secara signifikan dengan penggunaan kontrasepsi. Maka bisa disebutkan dengan kata lain tidak ada perbedaan penggunaan kontrasepsi antara perempuan dengan tingkat ekonomi tinggi atau rendah, status pendidikan dasar atau menengah, bekerja atau tidak, intensitas paparan media KB tinggi atau rendah, jumlah anak hidup 0 atau 1-2, maupun bentuk keluarga kecil atau besar. Hasil ini tidak sejalan dengan hasil penelitian Nigatu *et al* (2014:4) yang menyatakan bahwa jumlah anak yang dimiliki menjadi salah satu faktor yang dapat mengontrol fertilitas pada perempuan untuk memakai kontrasepsi. Sulistiyorini (2013:171) juga menyatakan bahwa sebagian besar perempuan memutuskan untuk memakai kontrasepsi ketika jumlah anak hidup yang mereka miliki sudah lebih dari dua orang.

Hasil penelitian Sulistiyorini dkk (2013) yang juga tidak sejalan dengan hasil penelitian ini adalah tingkat pendidikan perempuan. Menurut hasil penelitian

Sulistiyorini dkk (2013:170) perempuan yang berpendidikan tinggi memiliki kemungkinan lebih tinggi dalam pemakaian kontrasepsi untuk menunda kehamilan dan memutuskan untuk tidak memiliki anak lagi. Hal serupa juga didapatkan dari penelitian yang dilakukan oleh Haque *et al* (2011:27) yang menyimpulkan bahwa perempuan yang berpendidikan menengah keatas lebih memiliki keberdayaan dalam memutuskan untuk menggunakan kontrasepsi daripada perempuan yang berpendidikan rendah.

Hasil penelitian lain yang juga tidak sejalan dengan hasil penelitian ini adalah hasil penelitian Nigatu *et al* (2014:7) dan Sulistiyorini dkk (2013:171) yang menyatakan bahwa status pekerjaan perempuan berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi. Perempuan yang bekerja memiliki akses lebih tinggi ke pelayanan kesehatan reproduksi seperti penggunaan kontrasepsi daripada perempuan yang tidak bekerja. Kemudahan akses tersebut dikarenakan perempuan yang bekerja memiliki ketergantungan yang rendah terhadap suami termasuk ketergantungan dalam hal pembiayaan kesehatan serta memiliki keberdayaan dan peran yang tinggi dalam setiap pengambilan keputusan dalam rumah tangga termasuk keputusan untuk mengakses pelayanan kesehatan reproduksi.

Intensitas paparan media juga ditemukan oleh Haquee *et al* (2011:27) dan Wado (2013:21) sebagai salah satu faktor sosiodemografi yang berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi pada perempuan. Hasil penelitian Haquee *et al* (2011:27) dan Wado (2013:21) tersebut juga tidak sejalan dengan penelitian ini. Menurut Haquee *et al* (2011:27) intensitas paparan media yang tinggi dapat membuka wawasan perempuan akan pengetahuan kesehatan reproduksi termasuk informasi-infirmasi terkait KB. Hasil penelitian Haquee *et al* (2011:27) tersebut menguatkan hasil penelitian Fikree *et al* (2002:131) yang menyatakan bahwa informasi terkait KB yang didapat perempuan terutama para perempuan usia muda melalui media massa akan membantu membuka kepedulian perempuan terhadap manfaat penggunaan kontrasepsi baginya. Penelitian yang dilakukan di Pakistan tersebut juga menemukan bahwa paparan media terkait KB berhubungan secara signifikan dengan penggunaan kontrasepsi pada perempuan usia muda. Perempuan yang terpapar media yang berisi informasi tentang keluarga berencana

memiliki peluang untuk menggunakan kontrasepsi 2 kali lebih tinggi daripada perempuan yang tidak mendapatkan informasi melalui media massa (Fikree *et al*, 2002:131).

Variabel sosiodemografi terakhir yang tidak berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi adalah tingkat ekonomi keluarga. Hasil yang berbeda didapatkan Wado (2013:22) melalui penelitiannya yang dilakukan di Ethiopia. Wado (2013:22) menemukan bahwa tingkat ekonomi keluarga berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi pada perempuan. Perbedaan hasil penelitian ini menunjukkan bahwa penggunaan kontrasepsi pada perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi tidak dihambat oleh kondisi keuangan. Kesadaran perempuan muda di Kecamatan Licin akan manfaat dan pentingnya penggunaan kontrasepsi telah dibuktikan dengan capaian CPR yang berada diatas rata-rata kabupaten dan tidak adanya satupun karakteristik sosiodemografi yang terbukti berhubungan secara signifikan dengan penggunaan kontrasepsi.

b. Hubungan karakteristik sosiodemografi dan pemanfaatan pelayanan antenatal

Terdapat dua variabel sosiodemografi yang berhubungan secara signifikan dengan pemanfaatan pelayanan antenatal pada penelitian ini yaitu tingkat ekonomi dan tingkat pendidikan perempuan. Menurut Anderson (dalam Murniati, 2007:23) terdapat tiga faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan antenatal yaitu faktor predisposisi, *enabling* (pemungkin) dan *need* (kebutuhan). Anderson (dalam Murniati, 2007:23) menyatakan bahwa tingkat ekonomi keluarga termasuk kedalam faktor *enabling* (pemungkin) sedangkan tingkat pendidikan merupakan faktor predisposisi. Faktor predisposisi merupakan faktor yang menggambarkan kecenderungan individu yang berbeda-beda dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan yang dalam hal ini adalah pemanfaatan pelayanan antenatal.

Pada penelitian ini, perempuan dengan pendapatan keluarga diatas UMK memiliki kemungkinan untuk berstatus ANC lengkap 21,3 kali lebih tinggi dibandingkan perempuan dengan pendapatan keluarga dibawah UMK. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Wado (2013:22) yang menyebutkan

bahwa pemanfaatan pelayanan antenatal pada perempuan berhubungan secara signifikan dengan tingkat ekonomi keluarga. Kondisi ekonomi keluarga berkaitan dengan kemampuan perempuan untuk membayar jasa pelayanan kesehatan serta transportasi yang dibutuhkan untuk menuju ke fasilitas pelayanan kesehatan. Menurut hasil penelitian, masih banyak perempuan yang lebih sering memeriksakan kehamilannya ke dukun daripada ke pelayanan kesehatan dengan alasan biaya periksa ke dukun lebih murah dan jarak yang ditempuh ke rumah dukun lebih dekat sehingga tidak memerlukan banyak biaya transportasi untuk memeriksakan kehamilannya. Melihat kondisi tersebut maka dapat dikatakan bahwa tingkat ekonomi yang rendah merupakan salah satu faktor di luar kesehatan yang berpengaruh buruk terhadap pemenuhan hak reproduksi pada perempuan. Kondisi ekonomi yang rendah berpengaruh terhadap kemungkinan tidak terpenuhinya hak reproduksi seseorang karena menjadi hambatan terhadap akses pelayanan kesehatan, yang pada akhirnya dapat berakibat kesakitan, kecacatan dan kematian.

Karakteristik sosiodemografi yang kedua yang berhubungan dengan status kelengkapan ANC adalah tingkat pendidikan perempuan. Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa perempuan yang berpendidikan menengah (SMA sederajat) memiliki kemungkinan berstatus ANC lengkap 4,3 kali lebih tinggi dibandingkan perempuan yang berpendidikan dasar (SD/sederajat dan SMP/sederajat). Pendidikan merupakan hal yang penting bagi perempuan sebab pendidikan berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan dan kemudahan akses terhadap informasi tak terkecuali informasi dan pengetahuan kesehatan reproduksi. Murniati (2007:58) menyatakan bahwa pendidikan adalah salah satu jalan bagi perempuan untuk menerima informasi sehingga dapat membuka wawasan perempuan sebab informasi lebih mudah diterima oleh seseorang yang berpendidikan tinggi daripada seseorang yang berpendidikan rendah. Aryanti (2014:53) juga menyatakan pendapat yang sama bahwa perempuan dengan tingkat pendidikan tinggi lebih mungkin untuk memahami pentingnya pemeriksaan antenatal selama hamil sehingga akan mempengaruhi tindakan yang akan diambil untuk memanfaatkan pelayanan antenatal atau tidak. Sulistyorini dkk (2013:170)

juga menyatakan bahwa tingkat pendidikan perempuan berpengaruh terhadap status dan keberdayaan perempuan dalam rumah tangga termasuk tentang peran perempuan dalam pengambilan keputusan terkait pemeriksaan antenatal. Penelitian yang juga sejalan dengan penelitian ini adalah Wado (2013:15) yang menyatakan bahwa proporsi penggunaan pelayanan antenatal lengkap lebih tinggi pada perempuan dengan tingkat pendidikan menengah dan tinggi daripada perempuan yang berpendidikan dasar.

4.2.4 Hubungan Otonomi dan Tindakan Pencarian Pelayanan Kesehatan Reproduksi

a. Hubungan otonomi dan penggunaan kontrasepsi

Otonomi dan keempat elemen otonomi perempuan terbukti tidak berhubungan secara signifikan dengan penggunaan kontrasepsi pada perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi. Hasil ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Wado (2013:19) yang menyatakan bahwa otonomi perempuan memiliki pengaruh penting terhadap perilaku pencarian layanan kesehatan reproduksi di Ethiopia termasuk penggunaan kontrasepsi.

Hameed *et al* (2014:4) juga menyatakan hal yang berbeda terkait hubungan antara otonomi dalam pembuatan keputusan rumah tangga/domestik dengan penggunaan kontrasepsi pada perempuan. Hameed *et al* (2014:4) melakukan penelitian di tiga daerah di Punjab dan menunjukkan bahwa tidak terpenuhinya pemakaian kontrasepsi pada perempuan disebabkan oleh otonomi perempuan yang rendah terhadap keputusan domestik/rumah tangga. Hameed *et al* (2014:5) menyatakan bahwa sebagian besar dari perempuan yang menjadi subjek penelitian memutuskan untuk tidak memakai kontrasepsi karena larangan dari suami padahal para perempuan tersebut sebenarnya ingin menggunakan kontrasepsi. Hal seperti ini ternyata tidak terjadi pada perempuan yang menjadi responden penelitian di Kecamatan Licin. Tidak ada satupun perempuan yang menyatakan tidak boleh menggunakan kontrasepsi oleh pasangan mereka. 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.

Kebebasan perempuan secara fisik tidak terbukti berhubungan secara signifikan dengan penggunaan kontrasepsi pada penelitian ini. Hasil tersebut menunjukkan bahwa meskipun perempuan tidak dapat mengakses segala sesuatu yang berada di luar rumah termasuk pelayanan kesehatan dengan mudah namun hal tersebut bukan merupakan hambatan. Perempuan yang memiliki keterbatasan dalam bergerak secara fisik tetap bisa mengakses kontrasepsi seperti perempuan lain yang memiliki tingkat kebebasan fisik lebih tinggi. Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian Saleem dan Bobak (2005:5) yang menyatakan bahwa otonomi perempuan dalam bergerak tidak menunjukkan hubungan yang berarti terhadap pemakaian kontrasepsi.

Pada penelitian Nigatu *et al* (2014:5) di Ethiopia, menemukan bahwa 65,2% perempuan memiliki akses yang baik terhadap sumber keuangan keluarga namun hanya 38,1% saja dari mereka yang memiliki otonomi untuk menggunakan uangnya untuk mengakses pelayanan kesehatan tanpa berkonsultasi dahulu dengan suami atau anggota keluarga dewasa lainnya. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa otonomi keuangan yang rendah akan membatasi dan menghambat tindakan perempuan dalam mencari pelayanan kesehatan. Hasil penelitian lain yang sejalan dengan penelitian ini adalah hasil penelitian Wado (2013:22-23) yang menyatakan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan termasuk penggunaan kontrasepsi berhubungan signifikan tingginya otonomi perempuan dalam bersikap terhadap pemukulan istri dan penolakan seks dengan suami.

b. Hubungan otonomi dan pemanfaatan pelayanan antenatal

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa otonomi perempuan dan semua elemen otonomi 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 memiliki hubungan yang signifikan dengan status kelengkapan

ANC. Hasil penelitian ini mendukung hasil penelitian Kumar dan Tiwari (2008:6-9) di India yang menunjukkan bahwa otonomi perempuan berpengaruh signifikan terhadap perilaku perempuan dalam mendapatkan pelayanan antenatal. Perempuan yang memiliki otonomi tinggi berarti bahwa perempuan tersebut memiliki peran untuk menentukan segala hal yang terkait dengan keluarganya termasuk kebutuhannya terhadap pelayanan kesehatan sehingga dapat disebut juga bahwa otonomi merupakan salah satu kunci utama dalam meningkatkan pemenuhan hak reproduksi perempuan.

Otonomi yang tinggi dalam pembuatan keputusan rumah tangga/domestik harus dimiliki oleh perempuan sebab telah terbukti pada penelitian ini bahwa otonomi perempuan dalam pembuatan keputusan rumah tangga berhubungan dengan kelengkapan ANC saat hamil. Perempuan yang memiliki otonomi domestik tinggi akan mampu memutuskan sendiri atau berperan dalam memutuskan tempat untuk memeriksakan kehamilannya. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Wado (2013:23) yang menemukan bahwa proporsi perempuan yang memanfaatkan pelayanan antenatal secara lengkap lebih tinggi pada perempuan yang memiliki otonomi tinggi dalam pengambilan keputusan rumah tangga.

Penelitian lain yang juga sejalan dengan hasil penelitian ini adalah hasil penelitian yang dilakukan oleh Bloom *et al* (2001:6) di India yang menyatakan bahwa perempuan yang memiliki otonomi tinggi dalam kebebasan bergerak mendapatkan kesempatan untuk memperoleh pelayanan antenatal lebih tinggi daripada perempuan yang memiliki otonomi rendah. Hal ini menunjukkan bahwa perempuan yang memiliki otonomi bergerak tinggi memiliki kesempatan lebih tinggi untuk mengakses pelayanan kesehatan untuk melakukan pemeriksaan kehamilan saat hamil. Wado (2013:19) juga menyatakan bahwa hasil penelitiannya di Ethiopia menemukan bahwa otonomi perempuan dalam kebebasan bergerak berpengaruh terhadap penggunaan pelayanan antenatal.

Pada penelitian ini juga didapatkan hasil bahwa otonomi yang tinggi dalam bersikap terhadap kekerasan pada istri dan penolakan istri untuk berhubungan seks dengan suami memiliki hubungan yang signifikan dengan

status kelemgkapan ANC. Sikap yang tinggi memiliki arti bahwa perempuan tidak menyetujui segala bentuk kekerasan yang dilakukan suami apapun alasannya. Perempuan dengan sikap yang tinggi juga menggambarkan bahwa perempuan tersebut menyetujui segala bentuk penolakan berhubungan seks dengan suami pada kondisi-kondisi tertentu. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat keseimbangan gender dalam rumah tangga sebab sikap perempuan yang tinggi akan meminimalisir tindak kekerasan dan pemaksaan seksual laki-laki pada perempuan yang termasuk kedalam tindak ketidakadilan gender. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Wado (2013:19) yang menyatakan bahwa pemanfaatan pelayanan antenatal secara lengkap berhubungan secara signifikan dengan tingginya partisipasi perempuan dalam pengambilan keputusan, sikap terhadap pemukulan istri, dan sikap terhadap penolakan seks dengan suami.

4.2.5 Hubungan Otonomi dan Tindakan Pencarian Pelayanan Kesehatan Reproduksi Berdasarkan Karakteristik Sosiodemografi

a. Hubungan otonomi dan penggunaan kontrasepsi berdasarkan karakteristik sosiodemografi

Analisis multivariabel pada penelitian ini dilakukan untuk menganalisis hubungan antara tingkat otonomi dan penggunaan kontrasepsi berdasarkan karakteristik sosiodemografi. Terdapat dua variabel yang dapat dianalisis secara multivariabel yaitu tingkat kebebasan fisik dan status ekonomi. Analisis multivariabel menghasilkan dua model dan kedua variabel tersebut terbukti berpengaruh secara signifikan pada model II. Tingkat kebebasan fisik perempuan terbukti sebagai variabel yang paling dominan berpengaruh terhadap penggunaan kontrasepsi sebab memiliki nilai OR yang paling besar yaitu 9,4 pada model II.

Tingkat kebebasan fisik perempuan menggambarkan seberapa mudah perempuan untuk pergi melakukan aktifitas di luar rumah atau menuju ke tempat-tempat yang diinginkan dan dibutuhkan tanpa harus ditemani dan menunggu ijin terlebih dahulu dari suami atau orang dewasa lain termasuk ke pelayanan kesehatan untuk mengakses pelayanan kontrasepsi. Hal inilah yang dialami oleh salah satu responden yang tidak menggunakan kontrasepsi pada saat dilakukan

penelitian. Perempuan tersebut tidak menggunakan kontrasepsi dengan alasan belum diijinkan oleh suami untuk pergi ke pelayanan kesehatan sendirian untuk mengakses layanan kontrasepsi. Hal yang sama juga disampaikan oleh Wado (2013:20) pada penelitiannya bahwa perempuan yang memiliki kebebasan bergerak yang tinggi akan lebih mudah untuk mengakses pelayanan kesehatan termasuk pelayanan kontrasepsi.

Variabel kedua yang terbukti berpengaruh secara signifikan adalah tingkat ekonomi. Sebenarnya tingkat ekonomi erat kaitannya dengan kemampuan perempuan untuk mengakses pelayanan KB dari segi kemampuan membayar baik dari segi pelayanan kesehatan maupun transportasi untuk menuju ke pelayanan kesehatan. Pada penelitian ini tingkat ekonomi terbukti berpengaruh secara signifikan namun sebagai faktor protektif/pencegah perempuan dalam menggunakan kontrasepsi. Hasil ini tidak sejalan dengan hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Wado (2013:20) yang menyatakan bahwa tingkat ekonomi keluarga berpengaruh sebagai faktor pendorong penggunaan kontrasepsi pada perempuan. Hasil penelitian ini juga tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Darteh *et al* (2014:5) bahwa tingkat ekonomi berpengaruh signifikan sebagai faktor pendorong terhadap penggunaan kontrasepsi. Perempuan dengan tingkat ekonomi tinggi lebih mungkin untuk menggunakan kontrasepsi 3 kali lebih tinggi daripada perempuan dengan tingkat ekonomi rendah (Darteh *et al*, 2014:5).

Hasil yang berbeda ini mungkin disebabkan oleh perbedaan anggapan responden penelitian bahwa dengan tingkat ekonomi yang tinggi perempuan merasa tidak khawatir jika harus memiliki anak lagi karena merasa mampu untuk membiayai dan merawat anak dari segi ekonomi. Anggapan tersebut yang akhirnya mendorong perempuan untuk tidak menggunakan kontrasepsi. Hasil penelitian ini mendukung pernyataan Sulistyorini dkk (2013:171) dalam penelitiannya yang menyebutkan bahwa keputusan pasangan untuk mempunyai anak atau tidak tentu dipengaruhi oleh berbagai kondisi yang ada di keluarga termasuk salah satunya adalah kondisi keuangan keluarga/penghasilan keluarga. Menurut Lucas (1990) dalam Sulistyorini dkk (2013:171) pada saat ini mulai

muncul kecenderungan pandangan bahwa seorang anak butuh banyak biaya untuk hidupnya sehingga kehadiran seorang anak tambahan dalam keluarga dipandang sebagai tambahan beban secara ekonomi. Tambahan beban biaya secara ekonomi inilah yang dirasa cukup berat pada keluarga dengan penghasilan rendah, sehingga keluarga dengan penghasilan rendah tentu akan lebih membatasi jumlah anak yang dimiliki dengan berbagai upaya kontrasepsi dibandingkan dengan keluarga yang berada pada tingkat ekonomi atau pendapatan lebih tinggi.

Kedua model yang dihasilkan dari analisis multivariabel memiliki nilai *Overall Percentage* pada *Classification Table* yang sama yaitu sebesar 91,5%. Nilai *Overall Percentage* pada *Classification Table* merupakan nilai yang menunjukkan tingkat ketepatan antara nilai yang diprediksi dengan hasil observasi sesungguhnya bagi tingkat kebebasan fisik dan tingkat ekonomi sebagai variabel independen untuk menggambarkan variabel dependen yaitu penggunaan kontrasepsi. Nilai *Overall Percentage* pada *Classification Table* sebesar 91,5% tergolong cukup tinggi dan menunjukkan bahwa nilai ketepatan akurasi prediksi sangat baik jika digunakan untuk memprediksi penggunaan kontrasepsi.

b. Hubungan otonomi dan pemanfaatan pelayanan antenatal berdasarkan karakteristik sosiodemografi

Pada analisis multivariabel antara otonomi dan pemanfaatan pelayanan antenatal secara lengkap berdasarkan karakteristik sosiodemografi terdapat empat variabel karakteristik sosiodemografi yang memenuhi syarat untuk dapat dianalisis secara multivariabel yaitu tingkat pendidikan, status pekerjaan, bentuk keluarga, dan tingkat ekonomi. Hasil uji regresi logistik antara variabel tingkat otonomi dan karakteristik sosiodemografi terhadap pemanfaatan pelayanan antenatal menghasilkan sembilan model. Terdapat tiga variabel yang selalu menunjukkan hasil yang signifikan saat dianalisis secara multivariabel yaitu tingkat otonomi, tingkat pendidikan dan tingkat ekonomi.

Tingkat otonomi yang tinggi terbukti berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan antenatal perempuan pada saat hamil. Hasil ini memperkuat pernyataan bahwa otonomi merupakan kunci dari faktor-faktor lain yang menentukan

kemampuan perempuan untuk mencari pelayanan kesehatan reproduksi (WHO, 2006). Otonomi perempuan merupakan variabel yang ditentukan dengan menggunakan indeks komposit dari empat elemen otonomi sehingga status otonomi yang tinggi berarti dapat menggambarkan tingginya peran perempuan tersebut dalam pengambilan keputusan keuangan dan rumah tangga, bebas secara fisik, dan memiliki sikap yang tinggi terhadap penolakan kekerasan dan penolakan berhubungan seks dengan suami pada kondisi tertentu. Menurut Nigatu *et al* (2014:1) perempuan yang memiliki otonomi tinggi berarti perempuan tersebut memiliki kemampuan untuk membuat keputusan sendiri, mengontrol dirinya sendiri, dan memiliki pengaruh terhadap penggunaan sumber daya di dalam keluarga. Kondisi seperti itulah yang mendorong seorang perempuan untuk memiliki andil yang besar untuk memurtuskan kemanakah ia memeriksakan kehamilannya dan seberapa sering pemeriksaan tersebut dilakukan.

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan hasil penelitian serupa yang telah dilakukan sebelumnya. Kumar dan Tiwari (2008:6-9) telah melakukan penelitian pada tahun 2007 di India dan menunjukkan bahwa otonomi perempuan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap tindakan perempuan dalam mendapatkan pelayanan antenatal dan tindakan pencarian pelayanan kesehatan reproduksi lainnya seperti persalinan yang aman dan imunisasi anak. Wado (2013:23) juga telah melakukan penelitian serupa dengan menganalisis data sekunder EDHS dengan hasil yang menunjukkan bahwa otonomi perempuan memiliki pengaruh penting terhadap perilaku pencarian layanan kesehatan reproduksi di Ethiopia yaitu pelayanan antenatal dan penggunaan kontrasepsi. Setelah mengendalikan faktor sosio-demografi, Wado (2013:23) mengemukakan bahwa partisipasi perempuan dalam pengambilan keputusan dan kebebasan fisik perempuan berpengaruh terhadap penggunaan layanan antenatal.

Berdasarkan hasil analisis didapatkan bahwa dari nilai OR pada setiap model yang dihasilkan dapat diketahui bahwa tingkat ekonomi merupakan faktor sosiodemografi yang paling dominan dalam mendorong peningkatan peluang perempuan yang memiliki otonomi tinggi untuk memanfaatkan pelayanan antenatal secara lengkap. Hal ini diperkuat dengan nilai OR tingkat otonomi

perempuan yang meningkat setiap kali diinteraksikan dengan variabel tingkat ekonomi. Perempuan dengan pendapatan keluarga di atas UMK memiliki kemungkinan yang lebih besar untuk berstatus ANC lengkap daripada perempuan dengan pendapatan keluarga di bawah UMK. Tingkat ekonomi yang lebih tinggi akan mempermudah perempuan untuk mengakses pelayanan kesehatan dari segi pembiayaan. Wado (2013:14) menyatakan bahwa kondisi kemiskinan kerap kali menjadi hambatan seseorang terhadap akses pelayanan kesehatan. Pada penelitiannya, Wado (2013:14) juga menemukan bahwa tingkat ekonomi berpengaruh secara signifikan terhadap pemanfaatan pelayanan antenatal saat dianalisis secara multivariabel bersama-sama dengan tingkat otonomi dan variabel sosiodemografi lainnya. Perempuan dengan tingkat ekonomi menengah lebih mungkin untuk berstatus ANC lengkap 2 kali lebih tinggi daripada perempuan dengan status ekonomi rendah dan perempuan dengan tingkat ekonomi tinggi lebih mungkin untuk berstatus ANC lengkap 3 kali lebih tinggi daripada perempuan dengan tingkat ekonomi rendah (Wado, 2013:20). Situ (2013:4) juga mendapatkan hasil yang sama dalam penelitiannya bahwa perempuan dengan tingkat ekonomi tinggi lebih mungkin untuk berstatus ANC lengkap 2,6 kali lebih tinggi daripada perempuan dengan tingkat ekonomi rendah.

Tingkat pendidikan perempuan juga terbukti berpengaruh terhadap status kelengkapan ANC ketika dianalisis secara multivariabel. Pendidikan berhubungan erat dengan pengetahuan dan akses perempuan terhadap informasi tidak terkecuali informasi kesehatan. Informasi dan pengetahuan kesehatan yang diperoleh perempuan itulah yang nantinya akan mempengaruhi tindakan perempuan dalam memanfaatkan pelayanan antenatal secara lengkap atau tidak (Aryanti, 201:48). Selain erat kaitannya dengan tingkat pengetahuan dan akses informasi, tingkat pendidikan perempuan juga berpengaruh terhadap status perempuan dalam rumah tangga termasuk dalam hal memilih pelayanan kesehatan yang dituju untuk memeriksakan kehamilannya.

Pada penelitian sebelumnya, Wado (2013:20) juga menemukan bahwa tingkat pendidikan berpengaruh secara signifikan ketika dianalisis secara multivariabel dengan tingkat otonomi, tingkat ekonomi dan usia perempuan saat

melahirkan. Wado (2013:21-22) mengemukakan bahwa perempuan dengan tingkat pendidikan menengah lebih mungkin untuk berstatus ANC lengkap 4 kali lebih tinggi daripada perempuan yang tidak bersekolah. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Mahapatro (2010) di India. Peneliti menyatakan hasil analisis multivariabel menunjukkan bahwa perempuan dengan tingkat pendidikan tinggi lebih mungkin untuk berstatus ANC lengkap secara sebesar 1,7 kali lebih tinggi dibandingkan perempuan dengan tingkat pendidikan dasar. Berdasarkan hasil penelitian ini dan beberapa penelitian yang menghasilkan hasil senada, dapat dikatakan bahwa secara tidak langsung dengan meningkatkan tingkat pendidikan perempuan akan berpengaruh terhadap upaya pemerintah dalam menekan angka kematian ibu dan bayi sebab pendidikan merupakan faktor penting dalam mendorong perempuan untuk memeriksakan diri selama hamil ke pelayanan kesehatan.

Pada analisis multivariabel dihasilkan satu model yang paling ideal dari kesembilan model yang dihasilkan yaitu model IV. Pada model IV terdapat tiga variabel yang terbukti berpengaruh secara signifikan terhadap status kelengkapan ANC yaitu tingkat otonomi, tingkat pendidikan dan tingkat ekonomi. Model IV memiliki nilai *Overall Percentage* pada *Classification Table* sebesar 86,2%. Nilai ini merupakan nilai *Overall Percentage* pada *Classification Table* tertinggi diantara sembilan model yang dihasilkan. Berdasarkan nilai tersebut dapat dikatakan bahwa tingkat ketepatan antara hasil prediksi dengan hasil observasi sesungguhnya bagi tingkat otonomi, tingkat ekonomi, dan tingkat pendidikan sebagai variabel independen untuk menggambarkan variabel dependen yaitu pemanfaatan pelayanan antenatal secara lengkap adalah sebesar 86,2%.

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil pembahasan pada bab sebelumnya tentang tindakan pencarian pelayanan kesehatan reproduksi, otonomi dan karakteristik sosiodemografi pada perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi tahun 2014 dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

- a. Berdasarkan karakteristik sosiodemografi dapat diketahui bahwa mayoritas perempuan memiliki anak hidup sejumlah 1 orang dan tidak bekerja; sebagian besar berpendidikan dasar, mendapat intensitas paparan media KB sedang, berada pada keluarga besar dan berada pada keluarga dengan pendapatan dibawah UMK; serta seluruh perempuan mendapat intensitas paparan media ANC rendah. Berdasarkan pengukuran otonomi didapatkan hasil bahwa lebih dari setengah perempuan memiliki otonomi tinggi. Jika dijabarkan berdasarkan pengukuran pada keempat elemen otonomi, mayoritas perempuan memiliki otonomi tinggi dalam pembuatan keputusan keuangan dan pembuatan keputusan rumah tangga, sebagian besar memiliki kebebasan fisik yang rendah dan memiliki sikap yang rendah terhadap kekerasan suami pada istri dan sikap terhadap penolakan berhubungan seks dengan suami. Prosentase perempuan yang menggunakan kontrasepsi sebesar 91,5%, sedangkan 33,1% berstatus ANC tidak lengkap.
- b. Proporsi otonomi tinggi lebih banyak pada perempuan dengan tingkat pendidikan menengah, bekerja, dan berada pada keluarga dengan pendapatan diatas UMK.
- c. Proporsi perempuan yang menggunakan kontrasepsi tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan berdasarkan seluruh karakteristik sosiodemografi. Proporsi perempuan dengan status ANC lengkap lebih banyak pada perempuan dengan pendapatan keluarga diatas UMK dan tingkat pendidikan menengah.

- d. Proporsi perempuan yang menggunakan kontrasepsi tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan berdasarkan tingkat otonomi dan seluruh elemen otonomi. Proporsi perempuan dengan status ANC lengkap lebih banyak pada perempuan dengan tingkat otonomi tinggi secara umum, otonomi tinggi dalam pembuatan keputusan keuangan, otonomi tinggi dalam pembuatan keputusan rumah tangga, kebebasan fisik yang tinggi, dan otonomi tinggi dalam bersikap terhadap kekerasan suami pada istri dan terhadap penolakan berhubungan seks dengan suami
- d. Tingkat kebebasan fisik perempuan terbukti berpengaruh terhadap penggunaan kontrasepsi dengan mempertimbangkan tingkat ekonomi perempuan. Pada status kelengkapan ANC, tingkat otonomi perempuan terbukti berpengaruh terhadap status kelengkapan ANC dengan mempertimbangkan tingkat pendidikan dan tingkat ekonomi perempuan.

5.2 Saran

- a. Bagi Pemerintah Kabupaten Banyuwangi dan Kecamatan Licin
 - 1) Memfasilitasi para perempuan muda yang sudah menikah dan putus sekolah di Kecamatan Licin agar lebih mudah dalam mengakses sekolah nonformal dan Kejar Paket B dan C. Hal ini penting untuk meningkatkan status pendidikan perempuan. Selain dapat meningkatkan pengetahuan umum, sekolah tersebut juga diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan perempuan kesehatan reproduksi agar penggunaan kontrasepsi dan pemanfaatan pelayanan antenatal secara lengkap lebih meningkat sehingga dapat membantu menekan AKI/AKB khususnya di Kabupaten Banyuwangi.
 - 2) Menjamin ketersediaan pelayanan kesehatan yang murah dan terjangkau baik dari segi pembiayaan maupun dari segi kemudahan akses menuju lokasi pelayanan kesehatan agar seluruh perempuan dapat mengakses pelayanan antenatal secara lengkap tanpa takut akan besarnya biaya yang harus dikeluarkan baik untuk biaya jasa pelayanan kesehatan maupun biaya untuk transportasi.

b. Bagi BPPKB Kabupaten Banyuwangi

Memberikan pelatihan keterampilan khusus secara intensif dan berkelanjutan bagi para perempuan muda melalui UPPKS sebagai bekal untuk berwirausaha atau bekerja sehingga akan meningkatkan pendapatan/tingkat ekonomi keluarga. Meningkatnya tingkat ekonomi akan berpengaruh terhadap kemampuan perempuan untuk mengakses pelayanan kesehatan dari segi pembiayaan yang masih menjadi salah satu alasan bagi beberapa perempuan untuk tidak mengakses pelayanan kesehatan.

c. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi

Meningkatkan intensitas iklan layanan masyarakat tentang pentingnya kelengkapan ANC melalui media *banner*, radio, maupun televisi lokal.

d. Bagi Peneliti Lain

Keterbatasan pada penelitian ini yaitu peneliti tidak meneliti faktor kemudahan akses ke pelayanan kesehatan yang erat kaitannya dengan kondisi geografis terhadap penggunaan kontrasepsi dan pemanfaatan pelayanan antenatal secara lengkap. Keterbatasan lainnya yaitu peneliti tidak meneliti latar belakang yang menjadi faktor pendorong perempuan menikah di usia kurang dari 20 tahun di Kecamatan Licin sehingga tidak dapat diketahui langkah seperti apa yang bisa diambil untuk mencegah meningkatnya angka pernikahan dibawah usai 20 tahun khususnya di Kecamatan Licin pada masa yang akan datang.

Penelitian ini dapat dikembangkan lebih lanjut dengan meneliti secara lebih mendalam (kualitatif) mengenai faktor-faktor yang menghambat pemanfaatan pelayanan antenatal secara lengkap pada perempuan muda saat hamil dan motivasi para perempuan usia muda di Kecamatan Licin untuk menggunakan kontrasepsi, sehingga hasil yang diperoleh nantinya dapat dijadikan sebagai bahan evaluasi untuk meningkatkan tindakan perempuan usia muda untuk memanfaatkan pelayanan antenatal secara lengkap. Hasil yang diperoleh dari penelitian yang lebih mendalam tersebut juga dapat dijadikan sebagai dasar bagi daerah lain untuk membuat kebijakan agar mampu mencapai CPR yang cukup

tinggi seperti di Kecamatan Licin sehingga dapat menjadi salah satu upaya untuk menekan AKI/AKB. Penelitian ini juga dapat dikembangkan dengan meneliti pengaruh faktor *Need* terhadap penggunaan kontrasepsi dan pemanfaatan pelayanan antenatal secara lengkap pada perempuan yang menikah di usia muda.

DAFTAR PUSTAKA

- Acharya, Bell, Simkhada, Teijlingen dan Regmi. 2010. Women's Autonomy in Household Decision-Making: A Demographic Study in Nepal. *Reproductive Health Journal* 2010, 7:15
- Adhikari, Ramesh dan Sawangdee, Yothin. 2011. Influence of women's autonomy on infant mortality in Nepal. *Reproductive Health Journal* 2011; 8:7\
- Anonym. 2015. *Ini Daftar UMK JATIM 2015*. [serial on line] <http://www.jatimprov.go.id/site/ini-daftar-umk-jatim-2015/> [15 Januari 2015]
- Armagustini, Yetti. 2010. Determinan Kejadian Komplikasi Persalinan di Indonesia (Analisis Data Sekunder Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2007). *Tesis*. Depok: Universitas Indonesia
- 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
- Badan Pusat Statistik. 2012. *Konsep Penjelasan Teknis*. [serial on line] http://www.bps.go.id/menutab.php?tabel=1&kat=1&id_subyek=06 [30 Desember 2014]
- BAPEDDA Kabupaten Banyuwangi. 2013. *Musrenbang Rkpd Di Kecamatan Licin Tahun 2013 "Menguatkan Responsivitas Rencana Pembangunan Daerah Untuk Peningkatan Kesejahteraan Rakyat"*. [Serial On Line] <http://banyuwangikab.go.id/> [08 April 2015]
- BAPPENAS. 2002. *Analisis Gender dalam Pembangunan Keluarga Berencana Nasional*. [Serial On Line] <http://www.academia.edu/> [28 November 2014]
- BKKBN Gorontalo: *Alat-Alat Kontrasepsi*. [seral on line] <http://gorontalo.bkkbn.go.id/> [2 Desember 2014]
- BKKBN. 2013. *Hasil Pernikahan Dini*. [Serial On Line] <http://www.bkkbn.go.id/> [28 September 2014]
- BKKBN. 2013: *BKKBN dan Kemenkes RI 2012 Jenis dan Metode KB Pasca Persalinan*. [Serial On Line] <http://www.bkkbn.go.id/> [28 Desember 2014]

- Bloom, Wypij, dan Gupta. 2001. Dimensions of Women's Autonomy and The Influence on Maternal Health Care Utilization in a North Indian City. *Demography Journal* (38:1);67-78.
- BPS. 2013. *Profil Statistik Kesehatan 2013*. [serial on line] <http://www.bps.go.id/> [15 Januari 2015]
- Budiarto, E. 2003. *Biostatistika untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC
- Budiarto. E. 2002. *Metodologi Penelitian Kedokteran*. Jakarta: EGC
- CEDAW. 2004. *CEDAW: Mengembalikan Hak-hak Perempuan*. [Serial On Line] <http://unwomen-asiapacific.org/> [29 September 2014]
- Darnita. 2013. Gambaran Faktor-Faktor Penyebab Pernikahan Usia Dini Di Kemukiman Lhok Kaju Kecamatan Indra Jaya Kabupaten Pidie Tahun 2013. *Skripsi*. Banda Aceh: STIKES U'budyah
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia: *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013*. [Serial On Line] <http://www.depkes.go.id/> [30 Desember 2014]
- Dewi, Mutiara Sari. 2014. Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Frekuensi Kunjungan Antenatal Care pada Komunitas Ibu Slum Area di Kelurahan Sepalanajang Jaya Kota Tangerang. *Skripsi*. Jakarta : UIN Jakarta
- Fikree, Khan, Kadir, Sajan, dan Rahbar. 2002. What Influences Contraceptive Use among Young Woman in Urban Squatter Settlements of Karachi, Pakistan?. *International Family Planning Perspective* 27(2):130-136
- Guilbert, Nathalie. 2013. Early Marriage, Women Empowerment and Child Mortality: Married Too Young To Be a Good Moher?. *Document de Travail*. Paris: Dauphine Universite Paris.
- Hairi. 2009. Fenomena Pernikahan di Usia Muda di Kalangan Masyarakat Muslim Madura. *Skripsi*. Yogyakarta: UIN Sunan Kalijaga
- 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* 2014; 9:8
- Haque, Mahfuza, Tareque, dan Mostofa. 2011. Women Empowerment or Autonomy: A Comparative View in Bangladesh Context. *Bangladesh e-Journal of Sociology* (8:2)

- Haque, Rahman, Mostofa, dan Zahan. 2011. Reproductive Health Care Utilization Among Young Mothers in Bangladesh: Does Autonomy Matter. *Women's Health Issues Journal* (xxx-xx:1–10)
- Hogan, D.P., B. Berhanu, and A. Hailemariam. 1999. Household Organization, Women's Autonomy, and Contraceptive Behavior in Southern Ethiopia. *Studies in Family Planning* 30(4): 302-14.
- Ihromi, T.O .1995. *Kajian Perempuan dalam Pembangunan*. Jakarta: Yayasan Obor Indonesia
- Kamal, Nasheed. 2000. *Women's Autonomy and Uptake of Contraception in Bangladesh*. Oxford. Oxford: Oxford University Press
- Kantor Urusan Agama Kecamatan Licin.2010.*Buku Register Pernikahan Tahun 2011*. Banyuwangi: KUA Kecamatan Licin
- Kantor Urusan Agama Kecamatan Licin.2011.*Buku Register Pernikahan Tahun 2011*. Banyuwangi: KUA Kecamatan Licin
- Kantor Urusan Agama Kecamatan Licin.2012.*Buku Register Pernikahan Tahun 2012*. Banyuwangi: KUA Kecamatan Licin
- Kementerian Agama Kabupaten Banyuwangi.2010.*Data Laporan Banyaknya Peristiwa Nikah, Talak, Cerai, Rujuk (NTCR) dan Usia Terjadinya Nikah Tahun 2010*.Banyuwangi: Kementerian Agama Kabupaten Banyuwangi
- Kementerian Agama Kabupaten Banyuwangi.2011.*Data Laporan Banyaknya Peristiwa Nikah, Talak, Cerai, Rujuk (NTCR) dan Usia Terjadinya Nikah Tahun 2011*.Banyuwangi: Kementerian Agama Kabupaten Banyuwangi
- Kementerian Agama Kabupaten Banyuwangi.2012.*Data Laporan Banyaknya Peristiwa Nikah, Talak, Cerai, Rujuk (NTCR) dan Usia Terjadinya Nikah Tahun 2012*. Banyuwangi: Kementerian Agama Kabupaten Banyuwangi
- 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 [29 September 2014]
- Kusumawati, Yuli. 2006. Faktor-Faktor yang Berpengaruh terhadap Persalinan dengan Tindakan (Studi Kasus di RS dr. Moewardi Surakarta). *Tesis*. Semarang: Universitas Diponegoro
- Manuaba, IBG. 1998. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Bidan*. Jakarta: EGC

- Mahapatro, S.R. 2012. Utilization Of Maternal And Child Health Care Services In India: Does Women's Autonomy Matter?. *The Journal of Family Welfare* 2012: 58 (1)
- Marlina, Nur. 2013. *Hubungan Antara Tingkat Pendidikan Orangtua Dan Kematangan Emosi Dengan Kecenderungan Menikah Dini* [serial on line] <http://download.portalgaruda.org/> [30 Desember 2014]
- Murniati. 2007. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Antenatal Oleh Ibu Hamil di Kabupaten Aceh Tenggara. *Tesis*. Medan: Universitas Sumatera Utara
- Naibaho, Erni. 2012. Pengaruh Sosial Budaya terhadap Pemenuhan Hak-Hak Reproduksi Perempuan pada Pasangan Usia Subur di Rumah Sakit Tingkat II DAM I/BB di Kota Medan Tahun 2012. *Tesis*. Medan: Universitas Sumatera Utara
- Nazir. 2003. *Metode Penelitian*. Bogor: Ghalia Indonesia
- Ngome, Enock *et al.* 2014. The Social Context Of Adolescent Women's Use Of Modern Contraceptives In Zimbabwe: A Multilevel Analysis. *Reproductive Health Journal* 2014; 11:64
- 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* 2014; 14:79
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nurinda, Antika. 2013. Hubungan Pendidikan, Pengetahuan KB, dan Otonomi Wanita Terhadap Kejadian Unmet Need (Kebutuhan KB yang Tidak Terpenuhi) di Provinsi Yogyakarta dan NTT Menurut SDKI 2007. *Skripsi*. Depok: Universitas Indonesia
- Pramana, A. 2014. Analisis Faktor-faktor yang Berpengaruh Terhadap Ibu Hamil dalam Melakukan Kunjungan ANC di Kecamatan Besitang Kabupaten Langkat Tahun 2013. *Skripsi*. Medan: Universitas Sumatera Utara
- Rosmawar, Cut. 2013. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perkawinan Pada usia < 20 tahun pada Perempuan di Desa Ceurih Kupula, Kecamatan Delima, Kabupaten Pidie*. [serial on line]

www.180.241.122.205/docjurnal/ASMAUL_HUSNA-jurnal.pdf [30
September 2014]

Rusiani, Septia. 2013. Motif Pernikahan Dini dan Implikasinya dalam Kehidupan Keagamaan Masyarakat Desa Girikarto Kecamatan Panggang Kabupaten Gunung Kidul. *Skripsi*. Yogyakarta: Universitas Islam Negeri Sunan Kalijaga

Saleem, Shabana and Bobak, Martin. 2005. Women's Autonomy, Education and Contraception Use in Pakistan:a National Study. *Reproductive Health Journal* 2005; 2:8.

Santhya, Ram, Acharya, Jejeebhoy, dan Singh. 2010. Associations Between Early Marriage and Young Women's Marital and Reproductive Health Outcomes: Evidence from India. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health Journal* 36:3.

Sastroasmoro, S. dan Ismael, S. 2011. *Dasar-dasar Metode Penelitian Klinis*. Jakarta: Sagung Seto

Situ. KC. 2013. *Women's Autonomy And Maternal Health Care Utilization In Nepal*. Tampere: University of Tampere

Sukarno, 2012. *Pengaruh Faktor Sosial Ekonomi Terhadap Fertilitas Dan Umur Kawin Pertama*. [Serial On Line] <http://www.bkkbn.go.id/> [22 Mei 2015]

Sulistyarini, Puspitasari, dan Indriani. 2013. Peningkatan Peran Perempuan di Masyarakat terhadap Hak Reproduksi pada Perempuan Usia Subur di Kota Surabaya. *Jurnal Biometrika dan Kependudukan*, Vol. 2, No. 2 Desember 2013: 167–172

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 1974 Tentang Perkawinan.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2003 Tentang Sistem pendidikan Nasional.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2009 Tentang Perkembangan Kependudukan Dan Pembangunan Keluarga.

UNFPA. 2005. *Human Rights*. [serial on line] <http://www.unfpa.org/rights/> [10 Oktober 2014]

UNICEF. 2001. *Child Marriage*. [serial on line] <http://www.unicef.org/> [23 September 2014]

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

WHO. 2006. *Reproductive Health Indicators Reproductive Health and Research Guidelines for Their Generation, Interpretation and Analysis for Global Monitoring*. [serial on line] <http://www.who.int/> [29 September 2014]

LAMPIRAN A. DOKUMENTASI PENELITIAN



Pengisian Lembar Persetujuan sebagai Responden



Wawancara Dengan Responden



Wawancara Dengan Responden


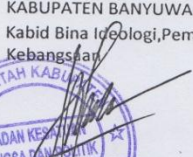


Wawancara Dengan Responden



Wawancara Dengan Responden

LAMPIRAN B. IJIN PENELITIAN

	PEMERINTAH KABUPATEN BANYUWANGI BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK Jalan KH.Agus Salim No 109 Telp.0333 – 425119 B A N Y U W A N G I 68425
Banyuwangi, 16 Januari 2015	
Nomor : 072/140 /REKOM/429.204/2015	Kepada .
Lampiran : -	Yth. 1. Kepala Dinas Kesehatan
Perihal : Rekomendasi Penelitian	2. Kepala Kantor Kementerian Agama
	3. Kepala BP2KB Kab. Banyuwangi
	4. Camat Licin
	di BANYUWANGI
Menunjuk Surat : Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember	
Tanggal : 07 Januari 2014	
Nomor : 66/UN25.1.12/SP/2015	
Maka dengan ini memberikan Rekomendasi kepada	
Nama : FARADYTA WIJAYA	
NIM : 112110101039	
Bermaksud melaksanakan penelitian :	
Judul : Otonomi dan Tindakan Pencarian Pelayanan Kesehatan Reproduksi pada perempuan yang menikah d usia <20 tahun di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi	
Tempat : 1. BP2KB Kab. Banyuwangi 2. Kecamatan Licin	
Waktu : 16 Januari s.d. 16 April 2015	
<p>Sehubungan dengan hal tersebut apabila tidak mengganggu kewenangan dan ketentuan yang berlaku di Instansi Saudara, dimohon saudara untuk memberikan bantuan berupa tempat, data/keterangan yang diperlukan dengan ketentuan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Peserta wajib mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di daerah setempat. 2. Peserta wajib menjaga situasi dan kondisi selalu kondusif. 3. Melaporkan hasil dan sejenisnya kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Banyuwangi. <p>Demikian untuk menjadi maklum.</p>	
	An. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK KABUPATEN BANYUWANGI Kabid Bina Ideologi, Pembauran dan Kawasan Kebangsaan  Drs. YNI WIDODO, M.Si Perbina Tingkat I NIP. 19601014 199103 1 007
Tembusan :	
Yth. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.	

LAMPIRAN C. IJIN UJI VALIDITAS



PEMERINTAH KABUPATEN BANYUWANGI
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan KH. Agus Salim No 109 Telp. 0333 – 425119
 BANYUWANGI 68425

Banyuwangi, 23 Januari 2015

<p>Nomor : 072/ <i>59</i> /REKOM/429.204/2015 Sifat : Biasa Lampiran : - Perihal : Rekomendasi Wawancara</p>	<p>Kepada Yth. 1. Kepala Dinas Kesehatan 2. Camat Glagah di BANYUWANGI</p>
--	---

Menunjuk Surat	: Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Tanggal	: 22 Januari 2015
Nomor	: 294/UN.25.1.12/SP/2015

Bersama ini diberitahukan

Nama	: FARADYTA WJAYA
NIM	: 112110101039

Bermaksud melaksanakan Wawancara :


Judul	: Uji Validasi dan Reliabilitas Instrumen Penelitian
Tempat	: Kecamatan Glagah Kab. Banyuwangi
Waktu	: 23 Januari s.d. 23 Februari 2015

Sehubungan dengan hal tersebut apabila tidak mengganggu kewenangan dan ketentuan yang berlaku di Instansi Saudara, dimohon saudara untuk memberikan bantuan berupa tempat, data / keterangan yang diperlukan dengan ketentuan kepada peserta:

1. Wajib mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di Instansi setempat.
2. Melaporkan hasil Penelitian dan sejenisnya kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Banyuwangi.

Demikian harap menjadi maklum.

An. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 KABUPATEN BANYUWANGI
 Sekretaris



ABDUL RACHMAN
 Pembina Tingkat I
 NIP. 19580412 198703 1 005

Tembusan :
 Sdr. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
 Universitas Jember

LAMPIRAN D. Permohonan Menjadi Responden

**KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp (0331) 322995, 322996 Fax (0331) 337878 Jember 68121

Responden yang saya hormati,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Faradyta Wijaya

NIM : 112110101039

Alamat : Perumahan Kalirejo Permai Jalan Srikaya Blok R.18,
Banyuwangi

adalah mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas jember, akan melakukan penelitian tentang “Otonomi dan Tindakan Pencarian Pelayanan Kesehatan Reproduksi pada Perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi”.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara otonomi yang dimiliki perempuan dengan tindakan pencarian pelayanan kesehatan reproduksi terkait penggunaan kontrasepsi dan pelayanan antenatal pada perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi. Oleh karena itu, saya mohon kesediaan Anda untuk menjadi responden serta menjawab pertanyaan-pertanyaan pada lembar kuesioner. Jawaban Anda akan saya jaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Atas bantuan dan kerjasama yang telah diberikan, saya mengucapkan terima kasih.

Banyuwangi , 2015

Peneliti

Faradyta Wijaya

LAMPIRAN E. Persetujuan Sebagai Responden Penelitian

**KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp (0331) 322995, 322996 Fax (0331) 337878 Jember 68121

Dengan hormat,

Dengan menandatangani lembar ini, saya:

Nama : _____

Alamat : _____

memberikan persetujuan untuk mengisi kuesioner yang diberikan peneliti. Saya mengerti bahwa saya menjadi bagian dari penelitian ini yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antara otonomi yang dimiliki perempuan dengan tindakan pencarian pelayanan kesehatan reproduksi terkait penggunaan kontrasepsi dan pelayanan antenatal pada perempuan yang menikah dibawah usia 20 tahun di Kecamatan Licin Kabupaten Banyuwangi.

Peneliti telah menyampaikan kepada saya bahwa jawaban kuesioner ini bersifat sukarela dan hanya dipergunakan untuk keperluan penelitian. Oleh karena itu

dengan sukarela saya ikut berperan serta dalam penelitian ini.

Mengetahui,

Banyuwangi,2015

Responden,

(_____)

LAMPIRAN F. Lembar Kuisisioner



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp (0331) 322995, 322996 Fax (0331) 337878 Jember 68121

LEMBAR KUESIONER PENELITIAN

**OTONOMI DAN TINDAKAN PENCARIAN PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI PADA
PEREMPUAN YANG MENIKAH DIBAWAH USIA 20 TAHUN DI KECAMATAN LICIN
KABUPATEN BANYUWANGI**

Nomor Urut Responden : _____

Tanggal Pengisian : _____

A. DATA UMUM RESPONDEN

1. Nama : _____
2. Umur : _____
3. Umur responden saat menikah : _____
4. Alamat : _____
5. Dusun/Desa : _____ / _____
6. Nomor telepon/HP : _____

B. KARAKTERISTIK SOSIODEMOGRAFI

No.	Pertanyaan	Jawaban	Keterangan
7.	Apakah anda pernah hamil?	a Ya (lanjut ke no.9) b Tidak	
8.	Berapakah jumlah anak yang pernah anda lahirkan?	sebutkan:.....	
9.	Berapakah jumlah anak anda yang hidup sampai saat ini?	Sebutkan:.....	
10.	Apakah anda pernah sekolah?	a Ya (lanjut ke no.11) b Tidak	
11.	Apakah tingkat pendidikan terakhir yang anda tempuh?	a Tidak tamat SD b Tamat SD c Tamat SMP d Tamat SMA e Tamat Diploma/PT	
12.	Apakah saat ini anda bekerja?	a Ya (lanjut ke no.13) b Tidak	
13.	Apakah jenis pekerjaan anda?	a PNS/BUMN/BUMD b Karyawan Swasta c Wiraswasta d Lainnya, sebutkan.....	

14.	Berapakah penghasilan keluarga anda per bulan?	a \geq 1.460.000,00 b $<$ 1.460.000,00	
15.	Darimanakah sumber penghasilan tersebut?	a Penghasilan suami b Penghasilan istri c Penghasilan suami dan istri d Lainnya, sebutkan.....	
16.	Siapa sajakah yang tinggal bersama anda dalam satu rumah tinggal saat ini? (jawaban boleh lebih dari satu)	a Suami b Anak c Ibu d Ayah e Ibu mertua f Ayah mertua g Orang lain, sebutkan...	
17.	Apakah anda pernah mendapatkan informasi/mengetahui tentang kontrasepsi dan atau Keluarga Berencana?	a Ya (lanjut ke no.18) b Tidak	
18.	Seberapa sering anda mendapatkan informasi mengenai Keluarga Berencana dan atau kontrasepsi dari media berikut ini? a. Televisi b. Radio c. Koran/majalah	a. Setiap hari b. \geq 1 kali dalam seminggu c. $<$ kali seminggu d. Tidak pernah samsekali a. Setiap hari b. \geq 1 kali dalam seminggu c. $<$ kali seminggu d. Tidak pernah samsekali a. Setiap hari b. \geq 1 kali dalam seminggu c. $<$ 1 kali seminggu d. Tidak pernah samsekali	
19.	Apakah anda pernah mendapatkan informasi/mengetahui tentang pelayanan antenatal (perawatan kehamilan)?	c Ya (lanjut ke no.20) d Tidak	
20.	Seberapa sering anda mendapatkan informasi mengenai pelayanan antenatal (perawatan kehamilan) dari media berikut ini? d. Televisi e. Radio f. Koran/majalah	a. Setiap hari b. \geq 1 kali dalam seminggu c. $<$ 1 kali seminggu d. Tidak pernah samsekali a. Setiap hari b. \geq kali dalam seminggu c. $<$ 1 kali seminggu d. Tidak pernah samsekali a. Setiap hari b. \geq 1 kali dalam seminggu c. $<$ 1 kali seminggu d. Tidak pernah samsekali	
21	Jika tidak mendapatkan informasi dari media-media tersebut, darimanakah anda tahu/mendapatkan informasi tentang: a. Kontrasepsi/KB	

	b. Pelayanan antenatal	
--	------------------------	-------	--

C. PENGGUNAAN KONTRASEPSI

22.	Apakah saat ini anda memakai alat/metode kontrasepsi/KB?	a Ya (lanjut ke no.23) b Tidak (lanjut ke no.25)	
23.	Alat/metode kontrasepsi apa yang anda pakai/KB?	a Kondom b Kap serviks c Diafragma d Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)/ <i>Intra Uterine Device</i> (IUD) e Pil KB f Implant/susuk KB g Suntik KB h metode kimiawi: <i>Suppositorial, Jelly/cream/pasta, tissue</i> , tabelt berbusa, aerosol i Tubektomi/Vasektomi	
24.	Sejak kapan anda memakai metode/alat kontrasepsi tersebut?	Bulan..... Tahun.....	
25.	Mengapa anda tidak memakai alat/metode kontrasepsi?	a Tidak mampu membayar b Ingin punya anak lagi c Dianjurkan berhenti oleh bidan atau dokter d Sakit e Suami tidak mengijinkan f Persediaan kontrasepsi di tempat pelayanan habis g Alasan lain, jelaskan.....	

D. PENGGUNAAN PELAYANAN ANTENATAL

26.	Apakah anda pernah melakukan pemeriksaan kehamilan selama hamil?	a Ya (lanjut ke no.27) b Tidak	
27.	Kemanakah anda memeriksakan kehamilan anda selama hamil?	a Tenaga kesehatan/pelayanan kesehatan: bidan/dokter kandungan/polindes/posyandu/puskesmas/RS (lanjut ke no.28) b Dukun bayi (lanjut ke nomor 31)	
28.	Mengapa anda memeriksakan kehamilan anda di tempat tersebut? (jawaban boleh lebih dari satu)	a Dekat dan mudah ditempuh b Murah c Fasilitas lengkap d Pelayanan cepat dan memuaskan e Terpaksa karena tidak ada pelayanan lain f Lainnya, sebutkan.....	
29.	Berapa kali dan kapan anda memeriksakan kehamilan anda di tempat tersebut?	a 1 kali, trimester ke..... b 2 kali, trimester ke..... dan	
		c 3 kali, trimester ke.....,, dan..... d 4 kali, trimester ke.....,, dan..... e > 4 kali, trimester ke.....,,,	

		
30.	Pelayanan apa saja yang anda dapatkan ketika memeriksakan kehamilan anda pada pelayanan kesehatan tsb?	a Suntikan TT b Pemeriksaan letak bayi c Penimbangan BB d Diberi tablet besi/tambah darah e Pemeriksaan tekanan darah/tensi f Pengetahuan terkait kesehatan ibu hamil seperti makanan yang sehat, dll g Lainnya,.....	
31.	Mengapa anda tidak memeriksakan kehamilan anda ke pelayanan kesehatan?	a Tidak diijinkan oleh suami/orang tua/orang lain (sebutkan)..... b Lebih nyaman periksa ke dukun c Jauh d Mahal/tidak ada biaya e Takut f Malu g Lainnya, sebutkan.....	

E. OTONOMI PEREMPUAN

	Otonomi dalam pembuatan keputusan keuangan		Skor:
32.	Siapakah yang menentukan keputusan akhir dalam penggunaan keuangan dalam rumah tangga anda?	a Hanya saya b Saya dan suami/orang lain (sebutkan)..... c Suami/orang lain (sebutkan)..... d Suami dan orang lain (sebutkan).....	Skor:
33.	Siapakah yang menentukan keputusan akhir dalam pembelian barang bernilai tinggi (contoh: TV, kulkas, perhiasan)?	a Hanya saya b Saya dan suami/orang lain (sebutkan)..... c Suami/orang lain (sebutkan)..... d Suami dan orang lain (sebutkan).....	Skor:
34.	Siapakah yang menentukan keputusan akhir dalam pengeluaran keuangan atau pembelian kebutuhan sehari-hari?	a Hanya saya b Saya dan suami/orang lain (sebutkan)..... c Suami/orang lain (sebutkan)..... d Suami dan orang lain (sebutkan).....	Skor:
	Otonomi dalam pembuatan keputusan domestik/rumah tangga		Skor:
35.	Siapakah yang menentukan keputusan akhir terkait pelayanan kesehatan ketika anda sedang sakit?	a Hanya saya b Saya dan suami/orang lain (sebutkan)..... c Suami/orang lain (sebutkan)..... d Suami dan orang lain (sebutkan).....	Skor:
36.	Siapakah yang menentukan keputusan akhir terkait makanan yang dikonsumsi sehari-hari?	a Hanya saya b Saya dan suami/orang lain (sebutkan)..... c Suami/orang lain (sebutkan)..... d Suami dan orang lain (sebutkan).....	Skor:
37.	Siapakah yang menentukan keputusan akhir terkait pelayanan kesehatan untuk anak anda?	a Hanya saya b Saya dan suami/orang lain	Skor:

		(sebutkan)..... c Suami/orang lain (sebutkan)..... d Suami dan orang lain (sebutkan).....	
38.	Siapakah yang menentukan keputusan-keputusan terkait keluarga berencana?	a Hanya saya b Saya dan suami/orang lain (sebutkan)..... c Suami/orang lain (sebutkan)..... d Suami dan orang lain (sebutkan).....	Skor:
	Kebebasan bergerak secara fisik		Skor:
39.	Siapakah yang menentukan keputusan akhir untuk mengunjungi sanak saudara dan kerabat?	a Hanya saya b Saya dan suami/orang lain (sebutkan)..... c Suami/orang lain (sebutkan)..... d Suami dan orang lain (sebutkan).....	Skor:
40.	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:
41.	Apakah anda memiliki kebebasan untuk pergi belanja sendirian atau dengan orang lain selain anggota keluarga yang serumah?	a Ya b Tidak	Skor:
42.	Apakah anda memiliki kebebasan pergi keluar desa/kota sendirian?	a Ya b Tidak	Skor:
	Sikap terhadap kekerasan/pemukulan terhadap istri dan sikap terhadap penolakan hubungan seks dengan suami.		Skor:
43.	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:
44.	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:
45.	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:
46.	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:
47.	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:
48.	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:
49.	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:
50.	Apakah anda setuju jika seorang istri berhak menolak berhubungan seks dengan suami ketika sang istri baru saja melahirkan?	a Ya b Tidak	Skor:

51.	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:
TOTAL SKOR:			

LAMPIRAN G. HASIL ANALISIS

1. Hasil Analisis Univariabel

a. Distribusi Frekuensi Karakteristik Sosiodemografi

Statistics

		Jumlah Anak Hidup	Tingkat Pendidikan	Status Pekerjaan	Info Kb	INFO STATUS ANC	Bentuk Keluarga	Tk.Ekonomi
N	Valid	130	130	130	130	130	130	130
	Missing	0	0	0	0	0	0	0

JUMLAH ANAK HIDUP

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-2	129	99.2	99.2	99.2
	0	1	.8	.8	100.0
	Total	130	100.0	100.0	

TINGKAT PENDIDIKAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak sekolah/tidak tamat SD/tamat SD	50	38.5	38.5	38.5
	SMP	51	39.2	39.2	77.7
	SMA	29	22.3	22.3	100.0
	Total	130	100.0	100.0	

STATUS PEKERJAAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	118	90.8	90.8	90.8
	Ya	12	9.2	9.2	100.0
	Total	130	100.0	100.0	

INFO KB

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	30	23.1	23.1	23.1
	Sedang	100	76.9	76.9	100.0
	Total	130	100.0	100.0	

INFO STATUS ANC

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	130	100.0	100.0	100.0

BENTUK KELUARGA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BESAR	86	66.2	66.2	66.2
	KECIL	44	33.8	33.8	100.0
	Total	130	100.0	100.0	

TINGKAT EKONOMI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dibawah Umk	86	66.2	66.2	66.2
	Diatas Umk	44	33.8	33.8	100.0
	Total	130	100.0	100.0	

b. Distribusi Frekuensi Variabel Otonomi dan Elemen Otonomi**Statistics**

		Otonomi Keuangan	Otonomi Domestik	Kebebasan Fisik	Sikap	Otonomi
N	Valid	130	130	130	130	130
	Missing	0	0	0	0	0

1) Distribusi Frekuensi Variabel Elemen Otonomi**OTONOMI KEUANGAN**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	13	10.0	10.0	10.0
	Tinggi	117	90.0	90.0	100.0
	Total	130	100.0	100.0	

OTONOMI DOMESTIK

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	14	10.8	10.8	10.8
	Tinggi	116	89.2	89.2	100.0
	Total	130	100.0	100.0	

KEBEBASAN FISIK

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	77	59.2	59.2	59.2
	Tinggi	53	40.8	40.8	100.0
	Total	130	100.0	100.0	

SIKAP

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	90	69.2	69.2	69.2
	Tinggi	40	30.8	30.8	100.0
	Total	130	100.0	100.0	

1) Distribusi Frekuensi Variabel Otonomi**OTONOMI**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	63	48.5	48.5	48.5

Tinggi	67	51.5	51.5	100.0
Total	130	100.0	100.0	

c. Distribusi Frekuensi Variabel Tindakan Pencarian Pelayanan Kesehatan Reproduksi

Statistics

		Penggunaan KB	Status STATUS ANC
N	Valid	130	130
	Missing	0	0

Frequency Table

PENGGUNAAN KB

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	11	8.5	8.5	8.5
	Ya	119	91.5	91.5	100.0
	Total	130	100.0	100.0	

STATUS STATUS ANC

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Lengkap	43	33.1	33.1	33.1
	Lengkap	87	66.9	66.9	100.0
	Total	130	100.0	100.0	

2. Hasil Analisis Bivariabel

a. Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dan Otonomi

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Otonomi * Jumlah Anak Hidup	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Otonomi * Tingkat Pendidikan	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Otonomi * Status Pekerjaan	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Otonomi * Info Kb	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Otonomi * Info STATUS ANC	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Otonomi * Bentuk Keluarga	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Otonomi * Tingkat Ekonomi	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%

OTONOMI * JUMLAH ANAK HIDUP

Crosstab

		JUMLAH ANAK HIDUP		Total
		1-2	0	
OTONOMI	RENDAH	62	1	63
	TINGGI	67	0	67
Total		129	1	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.072(b)	1	.301		
Continuity Correction(a)	.001	1	.975		

Likelihood Ratio	1.457	1	.227	.485	.485
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	1.063	1	.302		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .48.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort JUMLAH ANAK HIDUP = 1-2	.984	.954	1.015
N of Valid Cases	130		

OTONOMI * TINGKAT PENDIDIKAN

Crosstab

Count

		TINGKAT PENDIDIKAN		Total
		DASAR	MENENGAH	
OTONOMI	RENDAH	54	9	63
	TINGGI	47	20	67
Total		101	29	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.539(b)	1	.033	.037	.027
Continuity Correction(a)	3.685	1	.055		
Likelihood Ratio	4.641	1	.031		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	4.504	1	.034		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14.05.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for OTONOMI (RENDAH / TINGGI)	2.553	1.061	6.146
For cohort TINGKAT PENDIDIKAN = DASAR	1.222	1.015	1.472
For cohort TINGKAT PENDIDIKAN = MENENGAH	.479	.236	.971
N of Valid Cases	130		

OTONOMI * STATUS PEKERJAAN

Crosstab

Count

		STATUS PEKERJAAN		Total
		TIDAK	YA	
OTONOMI	RENDAH	61	2	63
	TINGGI	57	10	67
Total		118	12	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.351(b)	1	.021	.031	.020
Continuity Correction(a)	4.040	1	.044		
Likelihood Ratio	5.835	1	.016		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	5.310	1	.021		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.82.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for OTONOMI (RENDAH / TINGGI)	5.351	1.124	25.477
For cohort STATUS PEKERJAAN = TIDAK	1.138	1.020	1.270
For cohort STATUS PEKERJAAN = YA	.213	.048	.933
N of Valid Cases	130		

OTONOMI * INFO KB

Crosstab

Count

		INFO KB		Total
		RENDAH	SEDANG	
OTONOMI	RENDAH	18	45	63
	TINGGI	12	55	67
Total		30	100	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.079(b)	1	.149	.211	.109
Continuity Correction(a)	1.522	1	.217		
Likelihood Ratio	2.087	1	.149		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	2.063	1	.151		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14.54.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for OTONOMI (RENDAH / TINGGI)	1.833	.799	4.204
For cohort INFO KB = RENDAH	1.595	.837	3.039
For cohort INFO KB = SEDANG	.870	.718	1.054
N of Valid Cases	130		

**OTONOMI * INFO STATUS ANC
Crosstab**

Count

		INFO STATUS ANC		Total
		RENDAH	TINGGI	
OTONOMI	RENDAH	63		63
	TINGGI	67		67
Total		130		130

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	.(a)
N of Valid Cases	130

a No statistics are computed because INFO STATUS ANC is a constant.

Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for OTONOMI (RENDAH / TINGGI)	.(a)

a No statistics are computed because INFO STATUS ANC is a constant.

**OTONOMI * BENTUK KELUARGA
Crosstab**

Count

		BENTUK KELUARGA		Total
		BESAR	KECIL	
OTONOMI	RENDAH	43	20	63
	TINGGI	43	24	67
Total		86	44	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.241(b)	1	.624		
Continuity Correction(a)	.093	1	.760		
Likelihood Ratio	.241	1	.623		
Fisher's Exact Test				.712	.380
Linear-by-Linear Association	.239	1	.625		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 21.32.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for OTONOMI (RENDAH / TINGGI)	1.200	.579	2.487
For cohort BENTUK KELUARGA = BESAR	1.063	.832	1.360
For cohort BENTUK KELUARGA = KECIL	.886	.546	1.437
N of Valid Cases	130		

**OTONOMI * TINGKAT EKONOMI
Crosstab**

Count

		TINGKAT EKONOMI		Total
		DIBAWAH UMK	DIATAS UMK	
OTONOMI	RENDAH	47	16	63
	TINGGI	39	28	67
Total		86	44	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.898(b)	1	.048		
Continuity Correction(a)	3.200	1	.074		
Likelihood Ratio	3.937	1	.047		
Fisher's Exact Test				.064	.036
Linear-by-Linear Association	3.868	1	.049		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 21.32.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for OTONOMI (RENDAH / TINGGI)	2.109	1.000	4.450
For cohort TINGKAT EKONOMI = DIBAWAH UMK	1.282	.999	1.644
For cohort TINGKAT EKONOMI = DIATAS UMK	.608	.365	1.011
N of Valid Cases	130		

**b. Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dengan Otonomi dalam Pembuatan Keputusan Keuangan
Case Processing Summary**

	Cases

	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Otonomi Keuangan * Jumlah Anak Hidup	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Otonomi Keuangan * Tingkat Pendidikan	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Otonomi Keuangan * Status Pekerjaan	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Otonomi Keuangan * Info Kb	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Otonomi Keuangan * Info STATUS ANC	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Otonomi Keuangan * Bentuk Keluarga	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Otonomi Keuangan * Tingkat Ekonomi	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%

OTONOMI KEUANGAN * JUMLAH ANAK HIDUP
Crosstab

Count

		JUMLAH ANAK HIDUP		Total
		1-2	0	
OTONOMI KEUANGAN	RENDAH	13	0	13
	TINGGI	116	1	117
Total		129	1	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.112(b)	1	.738		
Continuity Correction(a)	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.212	1	.646		
Fisher's Exact Test				1.000	.900
Linear-by-Linear Association	.111	1	.739		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .10.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort JUMLAH ANAK HIDUP = 1-2	1.009	.992	1.026
N of Valid Cases	130		

OTONOMI KEUANGAN * TINGKAT PENDIDIKAN
Crosstab

Count

		TINGKAT PENDIDIKAN		Total
		Dasar	Menengah	
OTONOMI KEUANGAN	RENDAH	9	4	13
	TINGGI	92	25	117
Total		101	29	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.597(b)	1	.440		
Continuity Correction(a)	.178	1	.674		
Likelihood Ratio	.557	1	.455		
Fisher's Exact Test				.485	.322
Linear-by-Linear Association	.592	1	.442		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.90.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for OTONOMI KEUANGAN (RENDAH / TINGGI)	.611	.174	2.151
For cohort TINGKAT PENDIDIKAN = DASAR	.880	.605	1.280
For cohort TINGKAT PENDIDIKAN = MENENGAH	1.440	.593	3.494
N of Valid Cases	130		

OTONOMI KEUANGAN * STATUS PEKERJAAN

Crosstab

Count

		STATUS PEKERJAAN		Total
		TIDAK	YA	
OTONOMI KEUANGAN	RENDAH	13	0	13
	TINGGI	105	12	117
Total		118	12	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.469(b)	1	.226		
Continuity Correction(a)	.500	1	.480		
Likelihood Ratio	2.660	1	.103		
Fisher's Exact Test				.609	.266
Linear-by-Linear Association	1.458	1	.227		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.20.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort STATUS PEKERJAAN = TIDAK	1.114	1.048	1.185
N of Valid Cases	130		

OTONOMI KEUANGAN * INFO KB
Crosstab

Count

		INFO KB		Total
		RENDAH	SEDANG	
OTONOMI KEUANGAN	RENDAH	7	6	13
	TINGGI	23	94	117
Total		30	100	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.704(b)	1	.006		
Continuity Correction(a)	5.898	1	.015		
Likelihood Ratio	6.532	1	.011		
Fisher's Exact Test				.011	.011
Linear-by-Linear Association	7.644	1	.006		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.00.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for OTONOMI KEUANGAN (RENDAH / TINGGI)	4.768	1.462	15.547
For cohort INFO KB = RENDAH	2.739	1.470	5.104
For cohort INFO KB = SEDANG	.574	.317	1.040
N of Valid Cases	130		

OTONOMI KEUANGAN * INFO STATUS ANC
Crosstab

Count

		INFO STATUS ANC	Total
		RENDAH	
OTONOMI KEUANGAN	RENDAH	13	13
	TINGGI	117	117
Total		130	130

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	.(a)
N of Valid Cases	130

a No statistics are computed because INFO STATUS ANC is a constant.

Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for OTONOMI KEUANGAN (RENDAH / TINGGI)	.(a)

a No statistics are computed because INFO STATUS ANC is a constant.

OTONOMI KEUANGAN * BENTUK KELUARGA
Crosstab

Count

		BENTUK KELUARGA		Total
		BESAR	KECIL	
OTONOMI KEUANGAN	RENDAH	12	1	13
	TINGGI	74	43	117
Total		86	44	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.413(b)	1	.036		
Continuity Correction(a)	3.210	1	.073		
Likelihood Ratio	5.468	1	.019		
Fisher's Exact Test				.059	.029
Linear-by-Linear Association	4.379	1	.036		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.40.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
	Odds Ratio for OTONOMI KEUANGAN (RENDAH / TINGGI)	6.973	.876
For cohort BENTUK KELUARGA = BESAR	1.459	1.184	1.799
For cohort BENTUK KELUARGA = KECIL	.209	.031	1.397
N of Valid Cases	130		

OTONOMI KEUANGAN * TINGKAT EKONOMI
Crosstab

Count

		TINGKAT EKONOMI		Total
		DIBAWAH UMK	DIATAS UMK	
OTONOMI KEUANGAN	RENDAH	10	3	13
	TINGGI	76	41	117
Total		86	44	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.748(b)	1	.387		
Continuity Correction(a)	.309	1	.578		
Likelihood Ratio	.793	1	.373		

Fisher's Exact Test				.541	.297
Linear-by-Linear Association	.742	1	.389		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.40.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for OTONOMI KEUANGAN (RENDAH / TINGGI)	1.798	.469	6.902
For cohort TINGKAT EKONOMI = DIBAWAH UMK	1.184	.855	1.641
For cohort TINGKAT EKONOMI = DIATAS UMK	.659	.237	1.831
N of Valid Cases	130		

c. Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dengan Otonomi dalam Pembuatan Keputusan Rumah Tangga/Domestik Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Otonomi Domestik * Jumlah Anak Hidup	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Otonomi Domestik * Tingkat Pendidikan	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Otonomi Domestik * Status Pekerjaan	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Otonomi Domestik * Info Kb	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Otonomi Domestik * Info STATUS ANC	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Otonomi Domestik * BENTUK KELUARGA	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Otonomi Domestik * Tingkat Ekonomi	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%

OTONOMI DOMESTIK * JUMLAH ANAK HIDUP Crosstab

Count

		JUMLAH ANAK HIDUP		Total
		1-2	0	
OTONOMI DOMESTIK	RENDAH	14	0	14
	TINGGI	115	1	116
Total		129	1	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.122(b)	1	.727		
Continuity Correction(a)	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.229	1	.632		
Fisher's Exact Test				1.000	.892
Linear-by-Linear Association	.121	1	.728		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .11.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort JUMLAH ANAK HIDUP = 1-2	1.009	.992	1.026
N of Valid Cases	130		

OTONOMI DOMESTIK * TINGKAT PENDIDIKAN

Crosstab

Count

		TINGKAT PENDIDIKAN		Total
		Rendah	Menengah	
OTONOMI DOMESTIK	RENDAH	9	5	14
	TINGGI	92	24	116
Total		101	29	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.627(b)	1	.202	.304	.173
Continuity Correction(a)	.876	1	.349		
Likelihood Ratio	1.475	1	.225		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	1.615	1	.204		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.12.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for OTONOMI DOMESTIK (RENDAH / TINGGI)	.470	.144	1.531
For cohort TINGKAT PENDIDIKAN = RENDAH	.811	.543	1.211
For cohort TINGKAT PENDIDIKAN = Menengah	1.726	.785	3.796
N of Valid Cases	130		

OTONOMI DOMESTIK * STATUS PEKERJAAN

Crosstab

Count

		STATUS PEKERJAAN		Total
		TIDAK	YA	
OTONOMI DOMESTIK	RENDAH	13	1	14
	TINGGI	105	11	116
Total		118	12	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.082(b)	1	.775		
Continuity Correction(a)	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.087	1	.768		
Fisher's Exact Test				1.000	.621
Linear-by-Linear Association	.081	1	.776		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.29.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for OTONOMI DOMESTIK (RENDAH / TINGGI)	1.362	.162	11.422
For cohort STATUS PEKERJAAN = TIDAK	1.026	.877	1.200
For cohort STATUS PEKERJAAN = YA	.753	.105	5.404
N of Valid Cases	130		

OTONOMI DOMESTIK * INFO KB

Crosstab Count

		INFO KB		Total
		RENDAH	SEDANG	
OTONOMI DOMESTIK	RENDAH	5	9	14
	TINGGI	25	91	116
Total		30	100	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.412(b)	1	.235		
Continuity Correction(a)	.726	1	.394		
Likelihood Ratio	1.291	1	.256		
Fisher's Exact Test				.311	.193
Linear-by-Linear Association	1.401	1	.237		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.23.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for OTONOMI DOMESTIK (RENDAH / TINGGI)	2.022	.622	6.577
For cohort INFO KB = RENDAH	1.657	.757	3.629
For cohort INFO KB = SEDANG	.819	.548	1.225

N of Valid Cases	130		
------------------	-----	--	--

OTONOMI DOMESTIK * INFO STATUS ANC

Crosstab

Count

		INFO STATUS ANC	Total
		RENDAH	
OTONOMI DOMESTIK	RENDAH	14	14
	TINGGI	116	116
Total		130	130

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	.(a)
N of Valid Cases	130

a No statistics are computed because INFO STATUS ANC is a constant.

Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for OTONOMI DOMESTIK (RENDAH / TINGGI)	.(a)

a No statistics are computed because INFO STATUS ANC is a constant.

OTONOMI DOMESTIK * BENTUK KELUARGA

Crosstab

Count

		BENTUK KELUARGA		Total
		BESAR	KECIL	
OTONOMI DOMESTIK	RENDAH	11	3	14
	TINGGI	75	41	116
Total		86	44	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.080(b)	1	.299		
Continuity Correction(a)	.548	1	.459		
Likelihood Ratio	1.158	1	.282		
Fisher's Exact Test				.380	.234
Linear-by-Linear Association	1.072	1	.300		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.74.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for OTONOMI DOMESTIK (RENDAH / TINGGI)	2.004	.529	7.595
For cohort BENTUK KELUARGA = BESAR	1.215	.896	1.648
For cohort BENTUK KELUARGA = KECIL	.606	.216	1.703

N of Valid Cases	130	
------------------	-----	--

OTONOMI DOMESTIK * TINGKAT EKONOMI
Crosstab

Count

		TINGKAT EKONOMI		Total
		DIBAWAH UMK	DIATAS UMK	
OTONOMI DOMESTIK	RENDAH	11	3	14
	TINGGI	75	41	116
Total		86	44	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.080(b)	1	.299		
Continuity Correction(a)	.548	1	.459		
Likelihood Ratio	1.158	1	.282		
Fisher's Exact Test				.380	.234
Linear-by-Linear Association	1.072	1	.300		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.74.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for OTONOMI DOMESTIK (RENDAH / TINGGI)	2.004	.529	7.595
For cohort TINGKAT EKONOMI = DIBAWAH UMK	1.215	.896	1.648
For cohort TINGKAT EKONOMI = DIATAS UMK	.606	.216	1.703
N of Valid Cases	130		

d. Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dengan Kebebasan Fisik

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kebebasan Fisik * Jumlah Anak Hisup	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Kebebasan Fisik * Tingkat Pendidikan	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Kebebasan Fisik * Status Pekerjaan	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Kebebasan Fisik * Info Kb	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Kebebasan Fisik * Info STATUS ANC	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Kebebasan Fisik * Bentuk Keluarga	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Kebebasan Fisik * Tingkat Ekonomi	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%

KEBEBASAN FISIK * JUMLAH ANAK HISUP

Crosstab

Count

		JUMLAH ANAK HISUP		Total
		1-2	0	
KEBEBASAN FISIK	RENDAH	76	1	77
	TINGGI	53	0	53
Total		129	1	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.694(b)	1	.405		
Continuity Correction(a)	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	1.053	1	.305		
Fisher's Exact Test				1.000	.592
Linear-by-Linear Association	.688	1	.407		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .41.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort JUMLAH ANAK HISUP = 1-2	.987	.962	1.013
N of Valid Cases	130		

KEBEBASAN FISIK * TINGKAT PENDIDIKAN

Crosstab

Count

		TINGKAT PENDIDIKAN		Total
		RENDAH	MENENGAH	
KEBEBASAN FISIK	RENDAH	65	12	77
	TINGGI	36	17	53
Total		101	29	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.926(b)	1	.026		
Continuity Correction(a)	4.020	1	.045		
Likelihood Ratio	4.855	1	.028		
Fisher's Exact Test				.033	.023
Linear-by-Linear Association	4.888	1	.027		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.82.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for KEBEBASAN FISIK (RENDAH / TINGGI)	2.558	1.100	5.947
For cohort TINGKAT PENDIDIKAN = DASAR	1.243	1.009	1.531
For cohort TINGKAT PENDIDIKAN = MENENGAH	.486	.253	.932
N of Valid Cases	130		

KEBEBASAN FISIK * STATUS PEKERJAAN
Crosstab

Count

		STATUS PEKERJAAN		Total
		TIDAK	YA	
KEBEBASAN FISIK	RENDAH	71	6	77
	TINGGI	47	6	53
Total		118	12	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.466(b)	1	.495		
Continuity Correction(a)	.140	1	.708		
Likelihood Ratio	.459	1	.498		
Fisher's Exact Test				.547	.350
Linear-by-Linear Association	.463	1	.496		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.89.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for KEBEBASAN FISIK (RENDAH / TINGGI)	1.511	.460	4.966
For cohort STATUS PEKERJAAN = TIDAK	1.040	.926	1.168
For cohort STATUS PEKERJAAN = YA	.688	.235	2.019
N of Valid Cases	130		

KEBEBASAN FISIK * INFO KB
Crosstab

Count

		INFO KB		Total
		RENDAH	SEDANG	
KEBEBASAN FISIK	RENDAH	18	59	77
	TINGGI	12	41	53
Total		30	100	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.010(b)	1	.922		
Continuity Correction(a)	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.010	1	.922		
Fisher's Exact Test				1.000	.548
Linear-by-Linear Association	.009	1	.922		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.23.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for KEBEBASAN FISIK (RENDAH / TINGGI)	1.042	.454	2.395
For cohort INFO KB = RENDAH	1.032	.544	1.960
For cohort INFO KB = SEDANG	.990	.818	1.199
N of Valid Cases	130		

KEBEBASAN FISIK * INFO STATUS ANC

Crosstab

Count

		INFO STATUS ANC		Total
		RENDAH	TINGGI	
KEBEBASAN FISIK	RENDAH	77	53	77
	TINGGI	53	53	53
Total		130	130	130

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	.(a)
N of Valid Cases	130

a No statistics are computed because INFO STATUS ANC is a constant.

Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for KEBEBASAN FISIK (RENDAH / TINGGI)	.(a)

a No statistics are computed because INFO STATUS ANC is a constant.

KEBEBASAN FISIK * BENTUK KELUARGA

Crosstab

Count

		BENTUK KELUARGA		Total
		BESAR	KECIL	
KEBEBASAN FISIK	RENDAH	54	23	77
	TINGGI	32	21	53
Total		86	44	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.333(b)	1	.248		
Continuity Correction(a)	.933	1	.334		
Likelihood Ratio	1.326	1	.250		
Fisher's Exact Test				.264	.167
Linear-by-Linear Association	1.323	1	.250		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17.94.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for KEBEBASAN FISIK (RENDAH / TINGGI)	1.541	.738	3.215
For cohort BENTUK KELUARGA = BESAR	1.162	.894	1.510
For cohort BENTUK KELUARGA = KECIL	.754	.468	1.215
N of Valid Cases	130		

KEBEBASAN FISIK * TINGKAT EKONOMI

Crosstab

Count

		TINGKAT EKONOMI		Total
		DIBAWAH UMK	DIATAS UMK	
KEBEBASAN FISIK	RENDAH	57	20	77
	TINGGI	29	24	53
Total		86	44	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.227(b)	1	.022		
Continuity Correction(a)	4.401	1	.036		
Likelihood Ratio	5.192	1	.023		
Fisher's Exact Test				.025	.018
Linear-by-Linear Association	5.187	1	.023		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17.94.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for KEBEBASAN FISIK (RENDAH / TINGGI)	2.359	1.122	4.958
For cohort TINGKAT EKONOMI = DIBAWAH UMK	1.353	1.024	1.787

For cohort TINGKAT EKONOMI = DIATAS UMK	.574	.355	.926
N of Valid Cases	130		

e. Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dan Sikap Terhadap Kekerasan Suami pada Istri dan Sikap Penolakan Berhubungan Seks dengan Suami

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sikap * Jumlah Anak Hidup	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Sikap * Tingkat Pendidikan	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Sikap * Status Pekerjaan	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Sikap * Info KB	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Sikap * Info STATUS ANC	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Sikap * Bentuk Keluarga	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Sikap * Tingkat Ekonomi	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%

SIKAP * JUMLAH ANAK HIDUP
Crosstab

Count

		JUMLAH ANAK HIDUP		Total
		1-2	0	
SIKAP	RENDAH	89	1	90
	TINGGI	40	0	40
Total		129	1	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.448(b)	1	.503	1.000	.692
Continuity Correction(a)	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.739	1	.390		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.444	1	.505		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .31.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort JUMLAH ANAK HIDUP = 1-2	.989	.967	1.011
N of Valid Cases	130		

SIKAP * TINGKAT PENDIDIKAN
Crosstab

Count

	TINGKAT PENDIDIKAN	Total

		DASAR	MENENGAH	
SIKAP	RENDAH	72	18	90
	TINGGI	29	11	40
Total		101	29	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.899(b)	1	.343		
Continuity Correction(a)	.518	1	.472		
Likelihood Ratio	.876	1	.349		
Fisher's Exact Test				.367	.234
Linear-by-Linear Association	.892	1	.345		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.92.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for SIKAP (RENDAH / TINGGI)	1.517	.639	3.604
For cohort TINGKAT PENDIDIKAN = DASAR	1.103	.888	1.371
For cohort TINGKAT PENDIDIKAN = MENENGAH	.727	.379	1.395
N of Valid Cases	130		

SIKAP * STATUS PEKERJAAN

Crosstab

Count

		STATUS PEKERJAAN		Total
		TIDAK	YA	
SIKAP	RENDAH	83	7	90
	TINGGI	35	5	40
Total		118	12	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.737(b)	1	.391		
Continuity Correction(a)	.281	1	.596		
Likelihood Ratio	.703	1	.402		
Fisher's Exact Test				.512	.290
Linear-by-Linear Association	.731	1	.392		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.69.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval

		Lower	Upper
Odds Ratio for SIKAP (RENDAH / TINGGI)	1.694	.503	5.702
For cohort STATUS PEKERJAAN = TIDAK	1.054	.924	1.202
For cohort STATUS PEKERJAAN = YA	.622	.210	1.842
N of Valid Cases	130		

**SIKAP * INFO KB
Crosstab**

Count

		INFO KB		Total
		RENDAH	SEDANG	
SIKAP	RENDAH	21	69	90
	TINGGI	9	31	40
Total		30	100	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.011(b)	1	.917		
Continuity Correction(a)	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.011	1	.917		
Fisher's Exact Test				1.000	.554
Linear-by-Linear Association	.011	1	.917		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.23.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for SIKAP (RENDAH / TINGGI)	1.048	.431	2.549
For cohort INFO KB = RENDAH	1.037	.522	2.060
For cohort INFO KB = SEDANG	.989	.808	1.211
N of Valid Cases	130		

**SIKAP * INFO STATUS ANC
Crosstab**

Count

		INFO STATUS ANC	Total
		RENDAH	
SIKAP	RENDAH	90	90
	TINGGI	40	40
Total		130	130

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	.(a)

| N of Valid Cases | 130 |

a No statistics are computed because INFO STATUS ANC is a constant.

Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for SIKAP (RENDAH / TINGGI)	.(a)

a No statistics are computed because INFO STATUS ANC is a constant.

SIKAP * BENTUK KELUARGA

Crosstab

Count

		BENTUK KELUARGA		Total
		NON INTI	INTI	
SIKAP	RENDAH	59	31	90
	TINGGI	27	13	40
Total		86	44	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.047(b)	1	.829		
Continuity Correction(a)	.000	1	.988		
Likelihood Ratio	.047	1	.828		
Fisher's Exact Test				1.000	.497
Linear-by-Linear Association	.046	1	.829		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.54.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for SIKAP (RENDAH / TINGGI)	.916	.415	2.023
For cohort BENTUK KELUARGA = NON INTI	.971	.747	1.262
For cohort BENTUK KELUARGA = INTI	1.060	.624	1.800
N of Valid Cases	130		

SIKAP * TINGKAT EKONOMI

Crosstab

Count

		TINGKAT EKONOMI		Total
		DIBAWAH UMK	DIATAS UMK	
SIKAP	RENDAH	63	27	90
	TINGGI	23	17	40
Total		86	44	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.932(b)	1	.164		
Continuity Correction(a)	1.415	1	.234		
Likelihood Ratio	1.899	1	.168		
Fisher's Exact Test				.228	.118
Linear-by-Linear Association	1.918	1	.166		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.54.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for SIKAP (RENDAH / TINGGI)	1.725	.797	3.733
For cohort TINGKAT EKONOMI = DIBAWAH UMK	1.217	.903	1.641
For cohort TINGKAT EKONOMI = DIATAS UMK	.706	.437	1.140
N of Valid Cases	130		

f. Hubungan Karakteristik Sociodemografi dan Penggunaan Kontrasepsi Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Penggunaan Kb * Jumlah Anak Hidup	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Penggunaan Kb * Tingkat Pendidikan	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Penggunaan Kb * Status Pekerjaan	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Penggunaan Kb * Info Kb	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Penggunaan Kb * Info STATUS ANC	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Penggunaan Kb * Bentuk Keluarga	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Penggunaan Kb * Tingkat Ekonomi	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%

PENGGUNAAN KB * JUMLAH ANAK HIDUP Crosstab

Count

		JUMLAH ANAK HIDUP		Total
		1-2	0	
PENGGUNAAN KB	TIDAK	10	1	11
	YA	119	0	119
Total		129	1	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	10.902(b)	1	.001		
Continuity Correction(a)	2.245	1	.134		
Likelihood Ratio	5.025	1	.025		
Fisher's Exact Test				.085	.085

Linear-by-Linear Association	10.818	1	.001		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .08.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort JUMLAH ANAK HIDUP = 1-2	.909	.754	1.096
N of Valid Cases	130		

PENGGUNAAN KB * TINGKAT PENDIDIKAN

Crosstab

Count

		TINGKAT PENDIDIKAN		Total
		DASAR	MENENGAH	
PENGGUNAAN KB	TIDAK	9	2	11
	YA	92	27	119
Total		101	29	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.118(b)	1	.731	1.000	.538
Continuity Correction(a)	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.123	1	.725		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.117	1	.732		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.45.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PENGGUNAAN KB (TIDAK / YA)	1.321	.269	6.483
For cohort TINGKAT PENDIDIKAN = DASAR	1.058	.788	1.422
For cohort TINGKAT PENDIDIKAN = MENENGAH	.801	.219	2.931
N of Valid Cases	130		

PENGGUNAAN KB * STATUS PEKERJAAN

Crosstab

Count

		STATUS PEKERJAAN		Total
		TIDAK	YA	

PENGGUNAAN KB	TIDAK	10	1	11
	YA	108	11	119
Total		118	12	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.000(b)	1	.987	1.000	.732
Continuity Correction(a)	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.000	1	.987		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.000	1	.987		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.02.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PENGGUNAAN KB (TIDAK / YA)	1.019	.119	8.719
For cohort STATUS PEKERJAAN = TIDAK	1.002	.824	1.218
For cohort STATUS PEKERJAAN = YA	.983	.140	6.924
N of Valid Cases	130		

PENGGUNAAN KB * INFO KB

Crosstab

Count

		INFO KB		Total
		RENDAH	SEDANG	
PENGGUNAAN KB	TIDAK	2	9	11
	YA	28	91	119
Total		30	100	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.162(b)	1	.687	1.000	.512
Continuity Correction(a)	.001	1	.977		
Likelihood Ratio	.171	1	.680		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.161	1	.688		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.54.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper

Odds Ratio for PENGGUNAAN KB (TIDAK / YA)	.722	.147	3.540
For cohort INFO KB = RENDAH	.773	.212	2.821
For cohort INFO KB = SEDANG	1.070	.796	1.438
N of Valid Cases	130		

PENGGUNAAN KB * INFO STATUS ANC
Crosstab

Count

		INFO STATUS ANC		Total
		RENDAH		
PENGGUNAAN KB	TIDAK		11	11
	YA		119	119
Total			130	130

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	.(a)
N of Valid Cases	130

a No statistics are computed because INFO STATUS ANC is a constant.

Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for PENGGUNAAN KB (TIDAK / YA)	.(a)

a No statistics are computed because INFO STATUS ANC is a constant.

PENGGUNAAN KB * BENTUK KELUARGA
Crosstab

Count

		BENTUK KELUARGA		Total
		NON INTI	INTI	
PENGGUNAAN KB	TIDAK	7	4	11
	YA	79	40	119
Total		86	44	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.034(b)	1	.854		
Continuity Correction(a)	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.034	1	.854		
Fisher's Exact Test				1.000	.546
Linear-by-Linear Association	.034	1	.854		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.72.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper

Odds Ratio for PENGGUNAAN KB (TIDAK / YA)	.886	.245	3.206
For cohort BENTUK KELUARGA = NON INTI	.959	.602	1.526
For cohort BENTUK KELUARGA = INTI	1.082	.476	2.460
N of Valid Cases	130		

PENGGUNAAN KB * TINGKAT EKONOMI
Crosstab

Count

		TINGKAT EKONOMI		Total
		DIBAWAH UMK	DIATAS UMK	
PENGGUNAAN KB	TIDAK	5	6	11
	YA	81	38	119
Total		86	44	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.300(b)	1	.129		
Continuity Correction(a)	1.400	1	.237		
Likelihood Ratio	2.170	1	.141		
Fisher's Exact Test				.182	.120
Linear-by-Linear Association	2.282	1	.131		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.72.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PENGGUNAAN KB (TIDAK / YA)	.391	.112	1.362
For cohort TINGKAT EKONOMI = DIBAWAH UMK	.668	.346	1.291
For cohort TINGKAT EKONOMI = DIATAS UMK	1.708	.938	3.112
N of Valid Cases	130		

g. Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dan Status STATUS ANC

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
STATUS ANC * Jumlah Anak Hidup	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
STATUS ANC * Tingkat Pendidikan	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
STATUS ANC * Status Pekerjaan	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
STATUS ANC * Info Kb	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
STATUS ANC * INFO ANC	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
STATUS ANC * Bentuk Keluarga	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%

STATUS ANC * Tingkat Ekonomi	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
------------------------------	-----	--------	---	-----	-----	--------

STATUS ANC * JUMLAH ANAK HIDUP
Crosstab

Count

		JUMLAH ANAK HIDUP		Total
		1-2	0	
STATUS ANC	TIDAK LENGKAP	43	0	43
	LENGKAP	86	1	87
Total		129	1	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.498(b)	1	.480		
Continuity Correction(a)	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.807	1	.369		
Fisher's Exact Test				1.000	.669
Linear-by-Linear Association	.494	1	.482		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .33.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort JUMLAH ANAK HIDUP = 1-2	1.012	.989	1.035
N of Valid Cases	130		

STATUS ANC * TINGKAT PENDIDIKAN
Crosstab

Count

		TINGKAT PENDIDIKAN		Total
		DASAR	MENENGAH	
STATUS ANC	TIDAK LENGKAP	40	3	43
	LENGKAP	61	26	87
Total		101	29	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.714(b)	1	.003		
Continuity Correction(a)	7.442	1	.006		
Likelihood Ratio	10.120	1	.001		
Fisher's Exact Test				.003	.002
Linear-by-Linear Association	8.647	1	.003		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.59.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for STATUS ANC (TIDAK LENGKAP / LENGKAP)	5.683	1.612	20.032
For cohort TINGKAT PENDIDIKAN = SD,SMP	1.327	1.131	1.557
For cohort TINGKAT PENDIDIKAN = SMA,diploma,sarjana	.233	.075	.728
N of Valid Cases	130		

**STATUS ANC * STATUS PEKERJAAN
Crosstab**

Count

		STATUS PEKERJAAN		Total
		TIDAK	YA	
STATUS ANC	TIDAK LENGKAP	42	1	43
	LENGKAP	76	11	87
Total		118	12	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.657(b)	1	.056		
Continuity Correction(a)	2.529	1	.112		
Likelihood Ratio	4.498	1	.034		
Fisher's Exact Test				.103	.048
Linear-by-Linear Association	3.628	1	.057		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.97.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for STATUS ANC (TIDAK LENGKAP / LENGKAP)	6.079	.758	48.732
For cohort STATUS PEKERJAAN = TIDAK	1.118	1.020	1.226
For cohort STATUS PEKERJAAN = YA	.184	.025	1.379
N of Valid Cases	130		

**STATUS ANC * INFO ANC
Crosstab**

Count

		INFO ANC	Total
		RENDAH	
STATUS ANC	TIDAK LENGKAP	43	43
	LENGKAP	87	87

Total	130	130
-------	-----	-----

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	.(a)
N of Valid Cases	130

a No statistics are computed because INFO ANC is a constant.

Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for STATUS ANC (TIDAK LENGKAP / LENGKAP)	.(a)

a No statistics are computed because INFO ANC is a constant.

STATUS ANC * BENTUK KELUARGA**Crosstab**

Count

		BENTUK KELUARGA		Total
		NON INTI	INTI	
STATUS ANC	TIDAK LENGKAP	32	11	43
	LENGKAP	54	33	87
Total		86	44	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.960(b)	1	.161		
Continuity Correction(a)	1.447	1	.229		
Likelihood Ratio	2.012	1	.156		
Fisher's Exact Test				.175	.114
Linear-by-Linear Association	1.945	1	.163		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14.55.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for STATUS ANC (TIDAK LENGKAP / LENGKAP)	1.778	.791	3.998
For cohort BENTUK KELUARGA = NON INTI	1.199	.943	1.524
For cohort BENTUK KELUARGA = INTI	.674	.379	1.200
N of Valid Cases	130		

STATUS ANC * TINGKAT EKONOMI**Crosstab**

Count

	TINGKAT EKONOMI	Total

		DIBAWAH UMK	DIATAS UMK	
STATUS ANC	TIDAK LENGKAP	42	1	43
	LENGKAP	44	43	87
Total		86	44	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	28.511(b)	1	.000		
Continuity Correction(a)	26.446	1	.000		
Likelihood Ratio	36.307	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	28.292	1	.000		
N of Valid Cases	130				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14.55.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for STATUS ANC (TIDAK LENGKAP / LENGKAP)	41.045	5.406	311.652
For cohort TINGKAT EKONOMI = DIBAWAH UMK	1.931	1.561	2.389
For cohort TINGKAT EKONOMI = DIATAS UMK	.047	.007	.330
N of Valid Cases	130		

h. Hubungan Elemen Otonomi dan Penggunaan Kontrasepsi

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Penggunaan KB* Otonomi Keuangan	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Penggunaan KB* Otonomi Domestik	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Penggunaan KB * Kebebasan Fisik	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Penggunaan KB * Sikap	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Penggunaan KB * Otonomi	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%

PENGGUNAAN KB * OTONOMI KEUANGAN

Crosstab

Count

		OTONOMI KEUANGAN		Total
		RENDAH	TINGGI	
PENGGUNAAN KB	TIDAK	1	10	11
	YA	12	107	119
Total		13	117	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.011(b)	1	.916		
Continuity Correction(a)	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.011	1	.915		
Fisher's Exact Test				1.000	.698
Linear-by-Linear Association	.011	1	.917		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.10.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PENGGUNAAN KB (TIDAK / YA)	.892	.105	7.582
For cohort OTONOMI KEUANGAN = RENDAH	.902	.129	6.300
For cohort OTONOMI KEUANGAN = TINGGI	1.011	.831	1.230
N of Valid Cases	130		

PENGGUNAAN KB * OTONOMI DOMESTIK

Crosstab

Count

		OTONOMI DOMESTIK		Total
		RENDAH	TINGGI	
PENGGUNAAN KB	TIDAK	2	9	11
	YA	12	107	119
Total		14	116	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.687(b)	1	.407		
Continuity Correction(a)	.103	1	.748		
Likelihood Ratio	.593	1	.441		
Fisher's Exact Test				.337	.337
Linear-by-Linear Association	.682	1	.409		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.18.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PENGGUNAAN KB (TIDAK / YA)	1.981	.383	10.258
For cohort OTONOMI DOMESTIK = RENDAH	1.803	.461	7.050

For cohort OTONOMI DOMESTIK = TINGGI	.910	.684	1.210
N of Valid Cases	130		

PENGUNAAN KB * KEBEBASAN FISIK

Crosstab

Count

		KEBEBASAN FISIK		Total
		RENDAH	TINGGI	
PENGUNAAN KB	TIDAK	10	1	11
	YA	67	52	119
Total		77	53	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.994(b)	1	.025		
Continuity Correction(a)	3.664	1	.056		
Likelihood Ratio	5.987	1	.014		
Fisher's Exact Test				.027	.022
Linear-by-Linear Association	4.955	1	.026		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.48.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PENGUNAAN KB (TIDAK / YA)	7.761	.963	62.579
For cohort KEBEBASAN FISIK = RENDAH	1.615	1.264	2.063
For cohort KEBEBASAN FISIK = TINGGI	.208	.032	1.363
N of Valid Cases	130		

PENGUNAAN KB * SIKAP

Crosstab

Count

		SIKAP		Total
		RENDAH	TINGGI	
PENGUNAAN KB	TIDAK	8	3	11
	YA	82	37	119
Total		90	40	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.069(b)	1	.793		
Continuity Correction(a)	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.070	1	.791		
Fisher's Exact Test				1.000	.546

Linear-by-Linear Association	.068	1	.794		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.38.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PENGGUNAAN KB (TIDAK / YA)	1.203	.302	4.795
For cohort SIKAP = RENDAH	1.055	.721	1.546
For cohort SIKAP = TINGGI	.877	.322	2.388
N of Valid Cases	130		

i. Hubungan dan Otonomi Penggunaan Kontrasepsi

PENGGUNAAN KB * OTONOMI

Crosstab

Count

		OTONOMI		Total
		RENDAH	TINGGI	
PENGGUNAAN KB	TIDAK	7	4	11
	YA	56	63	119
Total		63	67	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.108(b)	1	.293		
Continuity Correction(a)	.544	1	.461		
Likelihood Ratio	1.118	1	.290		
Fisher's Exact Test				.355	.231
Linear-by-Linear Association	1.099	1	.294		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.33.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PENGGUNAAN KB (TIDAK / YA)	1.969	.547	7.082
For cohort OTONOMI = RENDAH	1.352	.832	2.198
For cohort OTONOMI = TINGGI	.687	.309	1.528
N of Valid Cases	130		

j. Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dan Status STATUS ANC

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Penggunaan Anc * Jumlah AnakHidup	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Penggunaan Anc * Tingkat Pendidikan	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Penggunaan Anc * Status Pekerjaan	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Penggunaan Anc * Bentuk Keluarga	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Penggunaan Anc * INFO KB	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Penggunaan Anc * Info Anc	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Penggunaan Anc * Tingkat Ekonomi	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%

PENGGUNAAN ANC * JUMLAH ANAK HIDUP

Crosstab

Count

		JUMLAH ANAK HIDUP		Total
		1-2	0	
PENGGUNAAN ANC	TIDAK LENGKAP	43	0	43
	LENGKAP	86	1	87
Total		129	1	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.498(b)	1	.480		
Continuity Correction(a)	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.807	1	.369		
Fisher's Exact Test				1.000	.669
Linear-by-Linear Association	.494	1	.482		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .33.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort JUMLAH ANAKHIDUP = 1-2	1.012	.989	1.035
N of Valid Cases	130		

PENGGUNAAN ANC * TINGKAT PENDIDIKAN

Crosstab

Count

		TINGKAT PENDIDIKAN		Total
		DASAR	MENENGAH	
PENGGUNAAN ANC	TIDAK LENGKAP	40	3	43
	LENGKAP	61	26	87
Total		101	29	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.714(b)	1	.003		
Continuity Correction(a)	7.442	1	.006		
Likelihood Ratio	10.120	1	.001		
Fisher's Exact Test				.003	.002
Linear-by-Linear Association	8.647	1	.003		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.59.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PENGGUNAAN ANC (TIDAK LENGKAP / LENGKAP)	5.683	1.612	20.032
For cohort TINGKAT PENDIDIKAN = SD,SMP	1.327	1.131	1.557
For cohort TINGKAT PENDIDIKAN = SMA,diploma,sarjana	.233	.075	.728
N of Valid Cases	130		

PENGGUNAAN ANC * STATUS PEKERJAAN Crosstab

Count

		STATUS PEKERJAAN		Total
		TIDAK	YA	
PENGGUNAAN ANC	TIDAK LENGKAP	42	1	43
	LENGKAP	76	11	87
Total		118	12	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.657(b)	1	.056		
Continuity Correction(a)	2.529	1	.112		
Likelihood Ratio	4.498	1	.034		
Fisher's Exact Test				.103	.048
Linear-by-Linear Association	3.628	1	.057		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.97.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PENGGUNAAN ANC (TIDAK LENGKAP / LENGKAP)	6.079	.758	48.732

For cohort STATUS PEKERJAAN = TIDAK	1.118	1.020	1.226
For cohort STATUS PEKERJAAN = YA	.184	.025	1.379
N of Valid Cases	130		

PENGGUNAAN ANC * BENTUK KELUARGA
Crosstab

Count		BENTUK KELUARGA		Total
		NON INTI	INTI	
PENGGUNAAN ANC	TIDAK LENGKAP	32	11	43
	LENGKAP	54	33	87
Total		86	44	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.960(b)	1	.161		
Continuity Correction(a)	1.447	1	.229		
Likelihood Ratio	2.012	1	.156		
Fisher's Exact Test				.175	.114
Linear-by-Linear Association	1.945	1	.163		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14.55.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PENGGUNAAN ANC (TIDAK LENGKAP / LENGKAP)	1.778	.791	3.998
For cohort BENTUK KELUARGA = NON INTI	1.199	.943	1.524
For cohort BENTUK KELUARGA = INTI	.674	.379	1.200
N of Valid Cases	130		

PENGGUNAAN ANC * INFO ANC
Crosstab

Count		INFO ANC	Total
		RENDAH	
PENGGUNAAN ANC	TIDAK LENGKAP	43	43
	LENGKAP	87	87
Total		130	130

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	.(a)
N of Valid Cases	130

a No statistics are computed because INFO ANC is a constant.

Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for PENGGUNAAN ANC (TIDAK LENGKAP / LENGKAP)	.(a)

a No statistics are computed because INFO ANC is a constant.

PENGGUNAAN ANC * TINGKAT EKONOMI**Crosstab**

Count

		TINGKAT EKONOMI		Total
		DIBAWAH UMK	DIATAS UMK	
PENGGUNAAN ANC	TIDAK LENGKAP	42	1	43
	LENGKAP	44	43	87
Total		86	44	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	28.511(b)	1	.000		
Continuity Correction(a)	26.446	1	.000		
Likelihood Ratio	36.307	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	28.292	1	.000		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14.55.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PENGGUNAAN ANC (TIDAK LENGKAP / LENGKAP)	41.045	5.406	311.652
For cohort TINGKAT EKONOMI = DIBAWAH UMK	1.931	1.561	2.389
For cohort TINGKAT EKONOMI = DIATAS UMK	.047	.007	.330
N of Valid Cases	130		

k. Hubungan Elemen Otonomi dan Status ANC**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Penggunaan ANC * Otonomi Keuangan	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Penggunaan ANC * Otonomi Domestik	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Penggunaan ANC * Kebebasan Fisik	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
Penggunaan ANC * Sikap	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%

Penggunaan ANC * Otonomi	130	100.0%	0	.0%	130	100.0%
--------------------------	-----	--------	---	-----	-----	--------

PENGUNAAN ANC * OTONOMI KEUANGAN

Crosstab

Count

		OTONOMI KEUANGAN		Total
		RENDAH	TINGGI	
ANC	TIDAK LENGKAP	8	35	43
	LENGKAP	5	82	87
Total		13	117	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.286(b)	1	.021		
Continuity Correction(a)	3.954	1	.047		
Likelihood Ratio	4.932	1	.026		
Fisher's Exact Test				.030	.026
Linear-by-Linear Association	5.245	1	.022		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.30.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for ANC (TIDAK LENGKAP / LENGKAP)	3.749	1.146	12.265
For cohort OTONOMI KEUANGAN = RENDAH	3.237	1.126	9.306
For cohort OTONOMI KEUANGAN = TINGGI	.864	.742	1.005
N of Valid Cases	130		

ANC * OTONOMI DOMESTIK

Crosstab

Count

		OTONOMI DOMESTIK		Total
		RENDAH	TINGGI	
ANC	TIDAK LENGKAP	11	32	43
	LENGKAP	3	84	87
Total		14	116	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	14.670(b)	1	.000		
Continuity Correction(a)	12.457	1	.000		
Likelihood Ratio	13.831	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000

Linear-by-Linear Association	14.557	1	.000		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.63.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for ANC (TIDAK LENGKAP / LENGKAP)	9.625	2.520	36.757
For cohort OTONOMI DOMESTIK = RENDAH	7.419	2.183	25.209
For cohort OTONOMI DOMESTIK = TINGGI	.771	.644	.922
N of Valid Cases	130		

ANC * KEBEBASAN FISIK

Crosstab

Count

		KEBEBASAN FISIK		Total
		RENDAH	TINGGI	
ANC	TIDAK LENGKAP	36	7	43
	LENGKAP	41	46	87
Total		77	53	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	15.959(b)	1	.000		
Continuity Correction(a)	14.479	1	.000		
Likelihood Ratio	17.235	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	15.836	1	.000		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17.53.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for ANC (TIDAK LENGKAP / LENGKAP)	5.770	2.317	14.371
For cohort KEBEBASAN FISIK = RENDAH	1.777	1.372	2.301
For cohort KEBEBASAN FISIK = TINGGI	.308	.152	.624
N of Valid Cases	130		

ANC * SIKAP

Crosstab

Count

		SIKAP		Total
		RENDAH	TINGGI	
ANC	TIDAK LENGKAP	37	6	43
	LENGKAP	53	34	87
Total		90	40	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.529(b)	1	.003		
Continuity Correction(a)	7.390	1	.007		
Likelihood Ratio	9.304	1	.002		
Fisher's Exact Test				.004	.002
Linear-by-Linear Association	8.464	1	.004		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.23.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for ANC (TIDAK LENGKAP / LENGKAP)	3.956	1.508	10.374
For cohort SIKAP = RENDAH	1.412	1.148	1.737
For cohort SIKAP = TINGGI	.357	.162	.785
N of Valid Cases	130		

1. Hubungan Otonomi dan Status ANC**ANC * OTONOMI****Crosstab**

Count

		OTONOMI		Total
		RENDAH	TINGGI	
ANC	TIDAK LENGKAP	36	7	43
	LENGKAP	27	60	87
Total		63	67	130

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	31.983(b)	1	.000		
Continuity Correction(a)	29.908	1	.000		
Likelihood Ratio	34.117	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000

Linear-by-Linear Association	31.737	1	.000		
N of Valid Cases	130				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 20.84.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for ANC (TIDAK LENGKAP / LENGKAP)	11.429	4.517	28.917
For cohort OTONOMI = RENDAH	2.698	1.920	3.789
For cohort OTONOMI = TINGGI	.236	.118	.472
N of Valid Cases	130		

3, Hasil Analisis Multivariabel

a. Hubungan Otonomi dan Penggunaan Kontrasepsi Berdasarkan Karakteristik Sosiodemografi

MODEL 1

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
TIDAK	0
YA	1

Block 0: Beginning Block

Classification Table(a,b)

	Observed	Predicted		Percentage Correct	
		KONTRASEPSI			
		TIDAK	YA		
Step 0	KONTRASEPSI	TIDAK	0	11	.0
		YA	0	119	100.0
	Overall Percentage				91.5

a Constant is included in the model.

b The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	
Step 0	Constant	2.381	.315	57.095	1	.000	10.818

Variables not in the Equation

	Score	df	Sig.		
Step 0	Variables	OTONOMI FISIK	4.994	1	.025
	Overall Statistics		4.994	1	.025

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

	Chi-square	df	Sig.	
Step 1	Step	5.987	1	.014
	Block	5.987	1	.014
	Model	5.987	1	.014

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	69.387	.045	.102

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	.000	0	.

Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test

		KONTRASEPSI = TIDAK		KONTRASEPSI = YA		Total
		Observed	Expected	Observed	Expected	
Step 1	1	10	10.000	67	67.000	77
	2	1	1.000	52	52.000	

Classification Table(a)

		Observed		Predicted		
				KONTRASEPSI		Percentage Correct
				TIDAK	YA	
Step 1	KONTRASEPSI	TIDAK		0	11	.0
		YA		0	119	100.0
Overall Percentage						91.5

a The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1(a)	OTONOMI FISIK	2.049	1.065	3.702	1	.054	7.761	.963	62.579
	Constant	1.902	.339	31.481	1	.000	6.700		

a Variable(s) entered on step 1: OTONOMI FISIK.

MODEL 2

Dependent Variable Ecoding

Original Value	Internal Value
TIDAK	0
YA	1

Block 0: Beginning Block

Classification Table(a,b)

		Observed		Predicted		
				KONTRASEPSI		Percentage Correct
				TIDAK	YA	
Step 0	KONTRASEPSI	TIDAK		0	11	.0
		YA		0	119	100.0
Overall Percentage						91.5

a Constant is included in the model.

b The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	2.381	.315	57.095	1	.000	10.818

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	OTONOMI FISIK	4.994	1	.025
		TINGKAT EKONOMI	2.300	1	.129
	Overall Statistics		9.015	2	.011

Block 1: Method = Enter**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	10.098	2	.006
	Block	10.098	2	.006
	Model	10.098	2	.006

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	65.276	.075	.170

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	3.476	2	.176

Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test

		KONTRASEPSI = TIDAK		KONTRASEPSI = YA		Total
		Observed	Expected	Observed	Expected	
Step 1	1	6	5.241	14	14.759	20
	2	4	4.759	53	52.241	57
	3	0	.759	24	23.241	24
	4	1	.241	28	28.759	29

Classification Table(a)

		Observed		Predicted		Percentage Correct
				KONTRASEPSI		
				TIDAK	YA	
Step 1	KONTRASEPSI	TIDAK		0	11	.0
		YA		0	119	100.0
Overall Percentage						91.5

a The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1(a)	OTONOMI FISIK	2.386	1.088	4.807	1	.028	10.873	1.288	91.784
	TINGKAT EKONOMI	-1.360	.670	4.128	1	.042	.257	.069	.953
	Constant	2.396	.470	26.025	1	.000	10.977		

a Variable(s) entered on step 1: OTONOMI FISIK, TINGKAT EKONOMI.

Correlation Matrix

		Constant	OTONOMI FISIK	TINGKAT EKONOMI
Step 1	Constant	1.000	-.120	-.670
	OTONOMI FISIK	-.120	1.000	-.175

TINGKAT EKONOMI	-670	-175	1.000
-----------------	------	------	-------

**b. Hubungan Otonomi dan Status ANC Berdasarkan Karakteristik Sosiodemografi
MODEL 1**

Block 0: Beginning Block

Classification Table(a,b)

		Observed		Predicted		Percentage Correct
				ANC		
				TIDAK LENGKAP	LENGKAP	
Step 0	ANC	TIDAK LENGKAP		0	43	.0
		LENGKAP		0	87	100.0
	Overall Percentage					66.9

a Constant is included in the model.

b The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	.705	.186	14.291	1	.000	2.023

variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	OTONOMI	31.983	1	.000
	Overall Statistics		31.983	1	.000

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	34.117	1	.000
	Block	34.117	1	.000
	Model	34.117	1	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	130.911	.231	.321

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	.000	0	.

Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test

		ANC = TIDAK LENGKAP		ANC = LENGKAP		Total
		Observed	Expected	Observed	Expected	
Step 1	1	36	36.000	27	27.000	63
	2	7	7.000	60	60.000	67

Classification Table(a)

		Observed		Predicted		Percentage Correct
				ANC		
				TIDAK LENGKAP	LENGKAP	

			TIDAK LENGKAP	LENGKAP	
Step 1	ANC	TIDAK LENGKAP	36	7	83.7
		LENGKAP			
		LENGKAP	27	60	69.0
		Overall Percentage			73.8

a The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1(a)	OTONOMI	2.436	.474	26.454	1	.000	11.429	4.517	28.917
	Constant	-.288	.255	1.277	1	.258	.750		

a Variable(s) entered on step 1: OTONOMI.

Correlation Matrix

		Constant	OTONOMI
Step 1	Constant	1.000	-.538
	OTONOMI	-.538	1.000

MODEL 2

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
TIDAK LENGKAP	0
LENGKAP	1

Block 0: Beginning Block

Classification Table(a,b)

		Observed	Predicted		Percentage Correct
		ANC		TIDAK LENGKAP	
		TIDAK LENGKAP	LENGKAP		
Step 0	ANC	TIDAK LENGKAP	0	43	.0
		LENGKAP	0	87	100.0
		Overall Percentage			66.9

a Constant is included in the model.

b The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	.705	.186	14.291	1	.000	2.023

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	OTONOMI	31.983	1	.000
		TINGKAT PENDIDIKAN	8.714	1	.003
		Overall Statistics	35.704	2	.000

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	40.186	2	.000
	Block	40.186	2	.000
	Model	40.186	2	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	124.841	.266	.370

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	.302	2	.860

Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test

		ANC = TIDAK LENGKAP		ANC = LENGKAP		Total
		Observed	Expected	Observed	Expected	
Step 1	1	34	33.647	20	20.353	54
	2	2	2.353	7	6.647	9
	3	6	6.353	41	40.647	47
	4	1	.647	19	19.353	20

Classification Table(a)

		Observed		Predicted		Percentage Correct
				ANC		
				TIDAK LENGKAP	LENGKAP	
Step 1	ANC	TIDAK LENGKAP		34	9	79.1
		LENGKAP		20	67	77.0
Overall Percentage						77.7

a The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1(a)	OTONOMI	2.359	.483	23.890	1	.000	10.578	4.108	27.240
	TINGKAT PENDIDIKAN	1.541	.692	4.967	1	.026	4.671	1.204	18.120
	Constant	-.503	.276	3.313	1	.069	.605		

a Variable(s) entered on step 1: OTONOMI, TINGKAT PENDIDIKAN.

Correlation Matrix

		Constant	OTONOMI	TINGKAT PENDIDIKAN
Step 1	Constant	1.000	-.528	-.302
	OTONOMI	-.528	1.000	.026
	TINGKAT PENDIDIKAN	-.302	.026	1.000

MODEL 3**Dependent Variable Encoding**

Original Value	Internal Value
TIDAK LENGKAP	0
LENGKAP	1

Block 0: Beginning Block

Classification Table(a,b)

		Observed	Predicted		Percentage Correct
			ANC		
			TIDAK LENGKAP	LENGKAP	
Step 0	ANC	TIDAK LENGKAP	0	43	.0
		LENGKAP	0	87	100.0
		Overall Percentage			66.9

a Constant is included in the model.

b The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	.705	.186	14.291	1	.000	2.023

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.	
Step 0	Variables	OTONOMI	31.983	1	.000	
		TINGKAT EKONOMI	28.511	1	.000	
			Overall Statistics	51.583	2	.000

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	67.180	2	.000
	Block	67.180	2	.000
	Model	67.180	2	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	97.847	.404	.561

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	.139	2	.933

Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test

		ANC = TIDAK LENGKAP		ANC = LENGKAP		Total
		Observed	Expected	Observed	Expected	
Step 1	1	35	35.118	12	11.882	47
	2	7	6.882	32	32.118	39
	3	1	.882	15	15.118	16
	4	0	.118	28	27.882	28

Classification Table(a)

		Observed	Predicted		Percentage Correct
			ANC		
			TIDAK LENGKAP	LENGKAP	
Step 0	ANC	TIDAK LENGKAP			
		LENGKAP			
		Overall Percentage			

Step 1	ANC	TIDAK LENGKAP	35	8	81.4
		LENGKAP	12	75	86.2
	Overall Percentage				84.6

a The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1(a)	OTONOMI	2.624	.530	24.531	1	.000	13.793	4.883	38.964
	TINGKAT EKONOMI	3.925	1.068	13.511	1	.000	50.656	6.247	410.755
	Constant	-1.084	.334	10.545	1	.001	.338		

a Variable(s) entered on step 1: OTONOMI, TINGKAT EKONOMI.

Correlation Matrix

		Constant	OTONOMI	TINGKAT EKONOMI
Step 1	Constant	1.000	-.619	-.275
	OTONOMI	-.619	1.000	.132
	TINGKAT EKONOMI	-.275	.132	1.000

MODEL 4

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
TIDAK LENGKAP	0
LENGKAP	1

Block 0: Beginning Block

Classification Table(a,b)

			Observed		Predicted		Percentage Correct
					ANC		
					TIDAK LENGKAP	LENGKAP	
Step 0	ANC	TIDAK LENGKAP			0	43	.0
		LENGKAP			0	87	100.0
	Overall Percentage						66.9

a Constant is included in the model.

b The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	.705	.186	14.291	1	.000	2.023

Variables not in the Equation

				Score	df	Sig.
Step 0	Variables	OTONOMI		31.983	1	.000
		TINGKAT PENDIDIKAN		8.714	1	.003
		TINGKAT EKONOMI		28.511	1	.000
	Overall Statistics			55.064	3	.000

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	73.651	3	.000

Block	73.651	3	.000
Model	73.651	3	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	91.376	.433	.602

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	.632	5	.986

Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test

		ANC = TIDAK LENGKAP		ANC = LENGKAP		Total
		Observed	Expected	Observed	Expected	
Step 1	1	33	32.734	8	8.266	41
	2	2	2.380	4	3.620	6
	3	6	6.307	21	20.693	27
	4	1	.851	12	12.149	13
	5	1	.578	11	11.422	12
	6	0	.142	23	22.858	23
	7	0	.007	8	7.993	8

Classification Table(a)

	Observed	Predicted			
		ANC		Percentage Correct	
		TIDAK LENGKAP	LENGKAP		
Step 1	ANC	TIDAK LENGKAP	33	10	76.7
		LENGKAP	8	79	90.8
	Overall Percentage				86.2

a The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1(a)	OTONOMI	2.564	.551	21.631	1	.000	12.992	4.409	38.281
	TINGKAT PENDIDIKAN	1.795	.764	5.525	1	.019	6.022	1.348	26.915
	TINGKAT EKONOMI	4.035	1.080	13.945	1	.000	56.530	6.801	469.866
	Constant	-1.376	.376	13.402	1	.000	.253		

a Variable(s) entered on step 1: OTONOMI, TINGKAT PENDIDIKAN, TINGKAT EKONOMI.

Correlation Matrix

		Constant	OTONOMI	TINGKAT PENDIDIKAN	TINGKAT EKONOMI
Step 1	Constant	1.000	-.619	-.361	-.299
	OTONOMI	-.619	1.000	.102	.151
	TINGKAT PENDIDIKAN	-.361	.102	1.000	.088
	TINGKAT EKONOMI	-.299	.151	.088	1.000

MODEL 5**Dependent Variable Encoding**

Original Value	Internal Value
TIDAK LENGKAP	0
LENGKAP	1

Block 0: Beginning Block**Classification Table(a,b)**

		Observed	Predicted		Percentage Correct
			TIDAK LENGKAP	ANC LENGKAP	
Step 0	ANC	TIDAK LENGKAP	0	43	.0
		LENGKAP	0	87	100.0
		Overall Percentage			66.9

a Constant is included in the model.

b The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	.705	.186	14.291	1	.000	2.023

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	OTONOMI	31.983	1	.000
		STATUS PEKERJAAN	3.657	1	.056
		TINGKAT EKONOMI	28.511	1	.000
Overall Statistics			51.618	3	.000

Block 1: Method = Enter**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	67.577	3	.000
	Block	67.577	3	.000
	Model	67.577	3	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	97.451	.405	.564

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	.993	3	.803

Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test

		ANC = TIDAK LENGKAP		ANC = LENGKAP		Total
		Observed	Expected	Observed	Expected	
Step 1	1	34	34.533	12	11.467	46
	2	1	.580	0	.420	1
	3	7	6.507	28	28.493	35

4	1	1.239	18	17.761	19
5	0	.141	29	28.859	29

Classification Table(a)

		Observed		Predicted		Percentage Correct
				ANC		
				TIDAK LENGKAP	LENGKAP	
Step 1	ANC	TIDAK LENGKAP		35	8	81.4
		LENGKAP		12	75	86.2
		Overall Percentage				84.6

a The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1(a)	OTONOMI	2.579	.533	23.416	1	.000	13.188	4.639	37.488
	STATUS PEKERJAAN	.778	1.295	.361	1	.548	2.177	.172	27.534
	TINGKAT EKONOMI	3.903	1.069	13.330	1	.000	49.560	6.098	402.826
	Constant	-1.102	.336	10.760	1	.001	.332		

a Variable(s) entered on step 1: OTONOMI, STATUS PEKERJAAN, TINGKAT EKONOMI.

Correlation Matrix

		Constant	OTONOMI	STATUS PEKERJAAN	TINGKAT EKONOMI
Step 1	Constant	1.000	-.604	-.104	-.273
	OTONOMI	-.604	1.000	-.084	.135
	STATUS PEKERJAAN	-.104	-.084	1.000	-.012
	TINGKAT EKONOMI	-.273	.135	-.012	1.000

MODEL 6

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
TIDAK LENGKAP	0
LENGKAP	1

Block 0: Beginning Block

Classification Table(a,b)

		Observed		Predicted		Percentage Correct
				ANC		
				TIDAK LENGKAP	LENGKAP	
Step 0	ANC	TIDAK LENGKAP		0	43	.0
		LENGKAP		0	87	100.0
		Overall Percentage				66.9

a Constant is included in the model.

b The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	.705	.186	14.291	1	.000	2.023

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	OTONOMI	31.983	1	.000
		BENTUK KELUARGA	1.960	1	.161
		TINGKAT EKONOMI	28.511	1	.000
	Overall Statistics		52.094	3	.000

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	67.814	3	.000
	Block	67.814	3	.000
	Model	67.814	3	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	97.214	.406	.565

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	3.242	5	.663

Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test

		ANC = TIDAK LENGKAP		ANC = LENGKAP		Total
		Observed	Expected	Observed	Expected	
Step 1	1	28	26.222	6	7.778	34
	2	7	8.898	6	4.102	13
	3	4	5.111	22	20.889	26
	4	3	1.768	10	11.232	13
	5	1	.880	15	15.120	16
	6	0	.085	17	16.915	17
	7	0	.035	11	10.965	11

Classification Table(a)

		Observed	Predicted		Percentage Correct
		ANC			
		TIDAK LENGKAP	LENGKAP		
Step 1	ANC	TIDAK LENGKAP	35	8	81.4
		LENGKAP	12	75	86.2
	Overall Percentage				84.6

a The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1(a)	OTONOMI	2.623	.532	24.300	1	.000	13.778	4.856	39.094
	BENTUK KELUARGA	.441	.556	.629	1	.428	1.554	.523	4.619
	TINGKAT EKONOMI	3.887	1.069	13.225	1	.000	48.785	6.003	396.452
	Constant	-1.215	.379	10.282	1	.001	.297		

a Variable(s) entered on step 1: OTONOMI, BENTUK KELUARGA, TINGKAT EKONOMI.

Correlation Matrix

		Constant	OTONOMI	BENTUK KELUARGA	TINGKAT EKONOMI
Step 1	Constant	1.000	-.570	-.468	-.237
	OTONOMI	-.570	1.000	.050	.130
	BENTUK KELUARGA	-.468	.050	1.000	-.013
	TINGKAT EKONOMI	-.237	.130	-.013	1.000

MODEL 7

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
TIDAK LENGKAP	0
LENGKAP	1

Block 0: Beginning Block

Classification Table(a,b)

		Observed	Predicted		Percentage Correct
		ANC			
		TIDAK LENGKAP	LENGKAP		
Step 0	ANC	TIDAK LENGKAP	0	43	.0
		LENGKAP	0	87	100.0
Overall Percentage					66.9

a Constant is included in the model.

b The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	.705	.186	14.291	1	.000	2.023

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	OTONOMI	31.983	1	.000
		TINGKAT PENDIDIKAN	8.714	1	.003
		STATUS PEKERJAAN	3.657	1	.056
		TINGKAT EKONOMI	28.511	1	.000
Overall Statistics			55.065	4	.000

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	73.655	4	.000
	Block	73.655	4	.000
	Model	73.655	4	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	91.373	.433	.602

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1			

1	.523	5	.991
---	------	---	------

Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test

		ANC = TIDAK LENGKAP		ANC = LENGKAP		Total
		Observed	Expected	Observed	Expected	
Step 1	1	33	32.736	8	8.264	41
	2	2	2.378	4	3.622	6
	3	6	5.863	19	19.137	25
	4	1	1.233	13	12.767	14
	5	1	.641	12	12.359	13
	6	0	.122	19	18.878	19
	7	0	.027	12	11.973	12

Classification Table(a)

	Observed	Predicted		Percentage Correct	
		ANC			
		TIDAK LENGKAP	LENGKAP		
Step 1	ANC	TIDAK LENGKAP	33	10	76.7
		LENGKAP	8	79	90.8
	Overall Percentage				86.2

a The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1(a)	OTONOMI	2.560	.557	21.137	1	.000	12.931	4.342	38.508
	TINGKAT PENDIDIKAN	1.785	.782	5.214	1	.022	5.962	1.288	27.603
	STATUS PEKERJAAN	.072	1.225	.003	1	.953	1.075	.097	11.868
	TINGKAT EKONOMI	4.030	1.084	13.832	1	.000	56.249	6.727	470.351
	Constant	-1.377	.376	13.404	1	.000	.252		

a Variable(s) entered on step 1: OTONOMI, TINGKAT PENDIDIKAN, STATUS PEKERJAAN, TINGKAT EKONOMI.

Correlation Matrix

		Constant	OTONOMI	TINGKAT PENDIDIKAN	STATUS PEKERJAAN	TINGKAT EKONOMI
Step 1	Constant	1.000	-.611	-.349	-.014	-.297
	OTONOMI	-.611	1.000	.128	-.139	.159
	TINGKAT PENDIDIKAN	-.349	.128	1.000	-.215	.102
	STATUS PEKERJAAN	-.014	-.139	-.215	1.000	-.075
	TINGKAT EKONOMI	-.297	.159	.102	-.075	1.000

MODEL 8

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
TIDAK LENGKAP	0
LENGKAP	1

Block 0: Beginning Block

Classification Table(a,b)

Observed	Predicted
----------	-----------

			ANC		Percentage Correct
			TIDAK LENGKAP	LENGKAP	
Step 0	ANC	TIDAK LENGKAP	0	43	.0
		LENGKAP	0	87	100.0
Overall Percentage					66.9

a Constant is included in the model.

b The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	.705	.186	14.291	1	.000	2.023

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	OTONOMI	31.983	1	.000
		TINGKAT PENDIDIKAN	8.714	1	.003
		STATUS PEKERJAAN	3.657	1	.056
		BENTUK KELUARGA	1.960	1	.161
Overall Statistics			37.563	4	.000

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	43.858	4	.000
	Block	43.858	4	.000
	Model	43.858	4	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	121.169	.286	.398

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	8.055	5	.153

Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test

		ANC = TIDAK LENGKAP		ANC = LENGKAP		Total
		Observed	Expected	Observed	Expected	
Step 1	1	26	23.664	8	10.336	34
	2	8	9.440	11	9.560	19
	3	1	2.598	7	5.402	8
	4	4	4.866	23	22.134	27
	5	3	1.511	13	14.489	16
	6	0	.703	14	13.297	14
	7	1	.218	11	11.782	12

Classification Table(a)

Observed		Predicted	
		ANC	Percentage Correct

			TIDAK LENGKAP	LENGKAP	
Step 1	ANC	TIDAK LENGKAP	26	17	60.5
		LENGKAP	8	79	90.8
Overall Percentage					80.8

a The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1(a)	OTONOMI	2.343	.496	22.274	1	.000	10.413	3.935	27.553
	TINGKAT PENDIDIKAN	1.646	.715	5.294	1	.021	5.187	1.276	21.079
	STATUS PEKERJAAN	1.010	1.188	.723	1	.395	2.746	.268	28.173
	BENTUK KELUARGA	.841	.497	2.867	1	.090	2.319	.876	6.137
	Constant	-.828	.341	5.893	1	.015	.437		

a Variable(s) entered on step 1: OTONOMI, TINGKAT PENDIDIKAN, STATUS PEKERJAAN, BENTUK KELUARGA.

Correlation Matrix

		Constant	OTONOMI	TINGKAT PENDIDIKAN	STATUS PEKERJAAN	BEKELUARGA
Step 1	Constant	1.000	-.506	-.338	-.111	
	OTONOMI	-.506	1.000	.076	-.084	
	TINGKAT PENDIDIKAN	-.338	.076	1.000	-.057	
	STATUS PEKERJAAN	-.111	-.084	-.057	1.000	
	BENTUK KELUARGA	-.558	.136	.159	.067	

MODEL 9

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
TIDAK LENGKAP	0
LENGKAP	1

Block 0: Beginning Block

Classification Table(a,b)

			Observed		Predicted	
					ANC	Percentage Correct
					TIDAK LENGKAP	L E N G K A P
Step 0	ANC	TIDAK LENGKAP			0	43
		LENGKAP			0	87
Overall Percentage						100.0
						66.9

a Constant is included in the model.

b The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	.705	.186	14.291	1	.000	2.023

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	OTONOMI	31.983	1	.000
		TINGKAT PENDIDIKAN	8.714	1	.003
		STATUS PEKERJAAN	3.657	1	.056
		BENTUK KELUARGA	1.960	1	.161
		TINGKAT EKONOMI	28.511	1	.000
	Overall Statistics		55.695	5	.000

Block 1: Method = Enter**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	74.959	5	.000
	Block	74.959	5	.000
	Model	74.959	5	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	90.068	.438	.609

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	7.841	7	.347

Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test

		ANC = TIDAK LENGKAP		ANC = LENGKAP		Total
		Observed	Expected	Observed	Expected	
Step 1	1	26	24.128	3	4.872	29
	2	7	8.618	5	3.382	12
	3	2	2.381	4	3.619	6
	4	4	4.185	11	10.815	15
	5	2	2.118	10	9.882	12
	6	0	.896	13	12.104	13
	7	2	.503	10	11.497	12
	8	0	.132	15	14.868	15
	9	0	.039	16	15.961	16

Classification Table(a)

		Observed	Predicted		Percentage Correct
		ANC			
		TIDAK LENGKAP	LENGKAP		
Step 1	ANC	TIDAK LENGKAP	33	10	76.7
		LENGKAP	8	79	90.8
	Overall Percentage				86.2

a The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1(a)	OTONOMI	2.549	.562	20.610	1	.000	12.800	4.258	38.478
	TINGKAT	1.872	.792	5.590	1	.018	6.498	1.377	30.659

PENDIDIKAN								
STATUS PEKERJAAN	.265	1.231	.047	1	.829	1.304	.117	14.559
BENTUK KELUARGA	.665	.586	1.287	1	.257	1.944	.617	6.127
TINGKAT EKONOMI	3.952	1.084	13.291	1	.000	52.024	6.216	435.380
Constant	-1.600	.438	13.368	1	.000	.202		

a Variable(s) entered on step 1: OTONOMI, TINGKAT PENDIDIKAN, STATUS PEKERJAAN, BENTUK KELUARGA, TINGKAT EKONOMI.

Correlation Matrix

		Constant	OTONOMI	TINGKAT PENDIDIKAN	STATUS PEKERJAAN	BENTUK KELUARGA	TINGKAT EKONOMI
Step 1	Constant	1.000	-.559	-.364	-.077	-.499	-.247
	OTONOMI	-.559	1.000	.135	-.129	.062	.152
	TINGKAT PENDIDIKAN	-.364	.135	1.000	-.189	.127	.094
	STATUS PEKERJAAN	-.077	-.129	-.189	1.000	.123	-.075
	BENTUK KELUARGA	-.499	.062	.127	.123	1.000	-.012
	TINGKAT EKONOMI	-.247	.152	.094	-.075	-.012	1.000