

**KESETARAAN SUAMI ISTRI DALAM PENGAMBILAN
KEPUTUSAN BIDANG KESEHATAN IBU DAN ANAK
DI SUMATERA BARAT :
Analisis Data SDKI 2007**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Sains
Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan

**WINDI PRAMUDYAWARDANI
NPM : 0706191581**



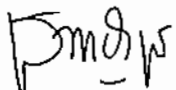
**UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM PASCASARJANA
KAJIAN KEPENDUDUKAN DAN KETENAGAKERJAAN
DEPOK
JULI 2009**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Windi Pramudyawardani

NPM : 0706191581

Tanda Tangan : 

Tanggal : 22 Juli 2009

LEMBAR PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Windi Pramudyawardani
NPM : 0706191581
Program : Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan
Judul Tesis : Kesetaraan Suami Istri Dalam Pengambilan Keputusan
Bidang Kesehatan Ibu dan Anak di Sumatera Barat :
Analisis Data SDKI 2007

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Sains pada Program Studi Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan Program Pascasarjana Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Ketua Penguji : Omas Bulan Samosir, Ph.D

Pembimbing I : Prof. Drs. I Gusti Ngurah Agung, M.Sc, Ph.D

Pembimbing II : Dra. Merry Sri Widyanti K., M.Si

Penguji : Ir. Muda Saputra, M.Si

Penguji : Dwini Handayani, SE, M.Si

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 22 Juli 2009



KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum warohmatullohiwabarokatuh

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat-Nya saya dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Sains pada Program Studi Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan Program Pascasarjana Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa akan sangat sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak sejak masa perkuliahan sampai selesainya penyusunan tesis ini. Oleh karena itu dari lubuk hati yang paling dalam saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Prof. Drs. I Gusti Ngurah Agung, M.Sc., Ph.D, selaku dosen pembimbing I yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini;
2. Ibu Dra. Merry Sri Widyanti K., M.Si selaku dosen pembimbing II yang tak pernah bosan menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk membimbing saya dalam penyusunan tesis ini;
3. Ibu Prof. Sri Moertiningsih Adioetomo Ph.D, selaku Ketua Program Studi Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan yang telah memberikan arahan dan masukan sejak awal perkuliahan hingga akhir penulisan tesis ini;
4. Ibu Omas Bulan Samosir, Ph.D, selaku ketua penguji yang telah memberi arahan dan masukan demi kesempurnaan tesis ini;
5. Bapak Ir. Muda Saputra, M.Si dan Ibu Dwini Handayani, SE, M.Si selaku penguji yang telah memberikan arahan dan masukan demi kesempurnaan tesis ini;
6. Bapak Ir. Muchsin Ayub, Kepala BPS Provinsi Sumatera Barat dan Bapak Bakhtaruddin, SE, Kepala BPS Kota Padang yang telah memberi izin untuk melanjutkan studi.
7. Mas Hendro Sujatmoko dan Mbak Anasi Chusumah Yuniati sebagai staf akademik yang telah banyak membantu kelancaran studi dari awal perkuliahan hingga penyusunan tesis ini;

8. Kedua orang tua tercinta dan adik-adik yang tak pernah putus memberikan dukungan dan doa;
9. Bapak ibu mertua dan keluarga tersayang di Halim yang selalu mendukung, mengerti dan menentramkan;
10. Sinta, Meri, dan Uni Lena yang selalu bersama di saat suka maupun duka dari awal sampai akhir masa kuliah;
11. Mas Agung, Rudi, Dodi dan teman-teman di Pondok Biru yang selalu bersedia memberikan waktu luang untuk berdiskusi dan selalu memberi motivasi sehingga membantu kelancaran penulisan tesis ini;
12. Teman-teman satu angkatan di S2KK yang telah membuat hari-hari kuliah menjadi menyenangkan;

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini membawa manfaat bagi siapapun yang membacanya.

Wassalamu'alaikum warohmatullohiwabarokatuh.

Depok, 22 Juli 2009

Windi Pramudyawardani

**LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Windi Pramudyawardani
NPM : 0706191581
Program Studi: Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan
Program : Pascasarjana
Jenis karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**Kesetaraan Suami Istri Dalam Pengambilan Keputusan
Bidang Kesehatan Ibu dan Anak di Sumatera Barat :
Analisis Data SDKI 2007**

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 22 Juli 2009
Yang menyatakan



(Windi Pramudyawardani)

ABSTRAK

Nama : Windi Pramudyawardani
Program Studi : Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan
Judul : Kesetaraan Suami Istri dalam Pengambilan Keputusan Bidang Kesehatan Ibu dan Anak di Sumatera Barat : Analisis Data SDKI 2007

Masyarakat Minangkabau adalah masyarakat yang menganut sistim matrilineal dimana garis keturunan dilihat dari pihak ibu, harta warisan diserahkan kepada anak perempuan dan seorang suami tinggal bersama dalam lingkungan keluarga besar istri. Ibu berperan sentral dalam pendidikan, kesehatan dan kesejahteraan keluarga sedangkan ayah lebih berfungsi sebagai *mamak* di lingkungan matrilokalnya.

Saat ini dalam masyarakat Minangkabau telah terjadi perubahan sosial yang menggeser *extended family* ke *nuclear family*. Hubungan suami istri makin dekat sementara hubungan ayah dan anak makin menguat. Di sisi lain, seiring dengan bertambahnya tanggung jawab seorang perempuan Minang terhadap keluarga intinya, perannya dalam keluarga besarnya makin berkurang. Hal ini tidak mustahil telah menyebabkan munculnya fenomena rendahnya kesetaraan jender pada masyarakat Minang seperti yang terjadi pada masyarakat patrilineal.

Penelitian ini ingin melihat bagaimanakah pola pengambilan keputusan antara suami istri di Sumatera Barat, terutama mengenai pemeriksaan kesehatan ibu dan pengobatan medis anak. Di samping itu penelitian ini juga ingin melihat faktor apa sajakah yang mempengaruhi siapa dalam keluarga yang mengambil keputusan terakhir mengenai kedua hal tersebut.

Metode analisis yang digunakan adalah metode analisis deskriptif dan metode analisis inferensial. Metode analisis deskriptif dilakukan untuk melihat gambaran umum pola pengambilan keputusan di Sumatera Barat dengan membuat tabulasi silang antara setiap variabel terikat dengan setiap variabel bebas. Metode analisis inferensial digunakan untuk melakukan estimasi parameter dan pengujian hipotesa adanya pengaruh variabel tingkat pendidikan istri, status bekerja istri, umur kawin pertama, selisih umur suami istri, jumlah anak masih hidup dan daerah tempat tinggal terhadap cara pengambilan keputusan.

Dari hasil penelitian didapat bahwa tingkat pendidikan istri, status bekerja istri dan jumlah anak adalah variabel yang berpengaruh signifikan terhadap siapa yang mengambil keputusan mengenai pengobatan medis anak. Sedangkan umur kawin pertama dan daerah tempat tinggal memiliki hubungan signifikan akan tetapi besar dan arah hubungan tersebut tidak diketahui. Sementara itu tingkat pendidikan istri, status bekerja istri dan selisih umur suami istri berpengaruh signifikan terhadap pengambil keputusan mengenai pemeriksaan kesehatan istri. Variabel daerah tempat tinggal berhubungan signifikan dengan besar dan arah hubungan tidak diketahui.

Kata kunci :

Pengambilan keputusan, kesetaraan suami istri, kesetaraan jender, Minangkabau, matrilineal

ABSTRACT

Name : Windi Pramudyawardani
Study Program : Population and Man Power Study
Title : Husband and Wife Equality in Decision Making of Mother and Child Health Issue in West Sumatera : Analysis of 2007 Demographic and Health Survey

Minangkabau people is a matrilineal society, where descent and descent-group formation are organized according to the female line, inheritance property given to daughters, and husband lives at the residence of wife after marriage. In this society, mother has major role in education, health and wealth of the family, while father functions as *mamak* in his own matrilineal society (due to his mother line). Nowadays, there is social change in this society from extended family to nuclear family where husband and wife relationship is closer and father and son relationship is stronger. On the other hand, the increasing of mother's responsibility to her nuclear family has decreased her role in her extended family. Therefore it is possible that the social change causes low gender equality in Minangkabau people as occurs in patrilineal society.

The basic aim of the study is to understand the pattern of decision making between husband and wife in West Sumatera especially in mother and child health issue. The study also aims to discuss the factors that effecting one who will be the final decision maker due to this issue.

In order to discuss the study, the descriptive analysis and inferential analysis have been undertaken. Descriptive analysis method is used to see general pattern of decision making in West Sumatera by making cross tabulation between every variable. Inferential analysis method has been undertaken to estimate the parameter and hypothesis of the influence of wife education level, wife working status, age at first union, age difference between husband and wife, number of children and region of living on how the decision making is done.

The present paper gives an outline that wife education level, wife working status, and number of children have significant influence on who will make decision of child medical treatment. while age at first union and region of living have significant relation though the size and the direction of it is unknown. On the other side, wife education level, wife working status, age difference between husband and wife have significant influence on medical check up. Region of living has significant relation though the size and the direction of it is unknown.

Key words :
Decision making, gender equality, Minangkabau, matrilineal

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL	xii
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	8
1.3 Tujuan Penelitian	9
1.4 Kegunaan Penelitian	9
2. TINJAUAN PUSTAKA	11
2.1 Jender dalam Pembangunan	11
2.2 Jender sebagai Konstruksi Budaya	12
2.3 Kesetaraan Jender	13
2.4 Pengambilan Keputusan dalam Keluarga	15
2.5 Hubungan Suami Istri dalam Masyarakat Minangkabau	18
2.6 Perubahan Sosial dalam Masyarakat Minangkabau	21
2.7 Determinan Pengambilan Keputusan di Bidang Kesehatan Ibu dan Anak dalam Keluarga	23
2.8 Hipotesis	30
3. METODE PENELITIAN	33
3.1 Sumber Data	33
3.2 Sampel Penelitian	34
3.3 Operasional Variabel	35
3.4 Metode Analisis	39
3.4.1 Metode Analisis Deskriptif	39
3.4.2 Metode Analisis Inferensial	42
3.5 Keterbatasan Penelitian	49
4. HASIL DAN PEMBAHASAN	50
4.1 Analisis Deskriptif	50
4.1.1 Analisis Univariat	50
4.1.2 Analisis Bivariat	51
4.1.2.1 Pengambilan Keputusan Mengenai Pengobatan Medis Anak	51
4.1.2.2 Pengambilan Keputusan Mengenai Pemeriksaan Kesehatan Istri	56
4.1.3 Analisis Multivariat	61

4.2	Analisis Inferensial	76
4.2.1	Model yang Mempelajari Pengaruh Status Bekerja Istri Terhadap Pengambil Keputusan Menurut Setiap Kelompok Tingkat Pendidikan Istri	76
4.2.2	Model yang Mempelajari Pengaruh Tingkat Pendidikan Istri Terhadap Pengambil Keputusan Menurut Setiap Kelompok Status Bekerja Istri	81
4.2.3	Model yang Mempelajari Pengaruh Jumlah Anak Terhadap Pengambil Keputusan Menurut Setiap Kelompok Tingkat Pendidikan dan Status Bekerja Istri ...	85
4.2.4	Model yang Mempelajari Pengaruh Selisih Umur Suami-Istri Terhadap Pengambil Keputusan Menurut Setiap Kelompok Tingkat Pendidikan dan Status Bekerja Istri ...	87
4.2.5	Model yang Mempelajari Pengaruh Umur Kawin Pertama Terhadap Pengambil Keputusan Menurut Setiap Kelompok Tingkat Pendidikan dan Status Bekerja Istri ...	93
4.2.6	Model yang Mempelajari Pengaruh Daerah Tempat Tinggal Terhadap Pengambil Keputusan Menurut Setiap Kelompok Tingkat Pendidikan dan Status Bekerja Istri ...	98
5.	KESIMPULAN	101
5.1	Kesimpulan	101
5.2	Saran dan Implikasi Kebijakan	103
	DAFTAR PUSTAKA	104
	LAMPIRAN	107

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Kerangka Pikir Teoritis Kesetaraan Suami-Istri Dalam Pengambilan Keputusan Keluarga	26
Gambar 2.2	Kerangka Pikir Operasional Kesetaraan Suami-Istri Dalam Pengambilan Keputusan Keluarga	29
Gambar 2.3	Kerangka Pikir Analisis Kesetaraan Suami-Istri Dalam Pengambilan Keputusan Keluarga	30
Gambar 3.1	Diagram Alur Pemilihan Sampel Penelitian	35
Gambar 4.1	Grafik Pengambil Keputusan Akhir Tentang Pengobatan Medis Anak	50
Gambar 4.2	Grafik Pengambil Keputusan Akhir Tentang Pemeriksaan Kesehatan Istri	51



DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Indeks Kesetaraan dan Keadilan Jender Multivariat di Sumatera Barat dan Indonesia Tahun 1999	5
Tabel 3.1	Matriks Variabel Operasional	39
Tabel 3.2	Distribusi Frekuensi Variabel X dan Y	40
Tabel 3.3	Jumlah dan <i>Odds Ratio</i> Pengambil Keputusan dalam Keluarga Menurut Tingkat Pendidikan Istri	41
Tabel 3.4	Parameter Model Pengambil Keputusan Menurut Tingkat Pendidikan (D) dan Status Bekerja Istri (K)	43
Tabel 3.5	Parameter Model Pengambil Keputusan Menurut Status Bekerja (K) dan Tingkat Pendidikan Istri (D)	44
Tabel 3.6	Parameter Model Pengambil Keputusan Menurut Tingkat Pendidikan (D), Status Bekerja (K) dan Umur Kawin Pertama Istri (U)	45
Tabel 3.7	Parameter Model Pengambil Keputusan Menurut Tingkat Pendidikan (D), Status Bekerja Istri (K) dan Selisih Umur Suami Istri (S)	46
Tabel 3.8	Parameter Model Pengambil Keputusan Menurut Tingkat Pendidikan (D), Status Bekerja Istri (K) dan Jumlah Anak (A)	47
Tabel 3.9	Parameter Model Pengambil Keputusan Menurut Tingkat Pendidikan (D), Status Bekerja Istri (K) dan Daerah Tempat Tinggal (T)	48
Tabel 4.1	Jumlah, Persentase dan <i>Odds Ratio</i> Pengambil Keputusan Akhir Tentang Pengobatan Medis Anak Menurut Karakteristik Istri, Keluarga dan Lingkungan	52
Tabel 4.2	Jumlah, Persentase dan <i>Odds Ratio</i> Pengambil Keputusan Akhir Tentang Pemeriksaan Kesehatan Istri Menurut Karakteristik Istri, Keluarga dan Lingkungan	58
Tabel 4.3	Distribusi Persentase dan <i>Odds Ratio</i> Pengambil Keputusan Tentang Pengobatan Medis Anak Menurut Tingkat Pendidikan dan Status Bekerja Istri	62
Tabel 4.4	Distribusi Persentase dan <i>Odds Ratio</i> Pengambil Keputusan Tentang Pemeriksaan Kesehatan Istri Menurut Tingkat Pendidikan dan Status Bekerja Istri	63
Tabel 4.5	Distribusi Persentase dan <i>Odds Ratio</i> Pengambil Keputusan Tentang Pengobatan Medis Anak Menurut Status Bekerja dan Tingkat Pendidikan Istri	63

Tabel 4.6	Distribusi Persentase dan <i>Odds Ratio</i> Pengambil Keputusan Tentang Pemeriksaan Kesehatan Istri Menurut Status Bekerja dan Tingkat Pendidikan Istri	64
Tabel 4.7	Distribusi Persentase dan <i>Odds Ratio</i> Pengambil Keputusan Tentang Pengobatan Medis Anak Menurut Tingkat Pendidikan, Status Bekerja dan Umur Kawin Pertama Istri ...	65
Tabel 4.8	Distribusi Persentase dan <i>Odds Ratio</i> Pengambil Keputusan Tentang Pemeriksaan Kesehatan Istri Menurut Tingkat Pendidikan, Status Bekerja dan Umur Kawin Pertama Istri ...	67
Tabel 4.9	Distribusi Persentase dan <i>Odds Ratio</i> Pengambil Keputusan Tentang Pengobatan Medis Anak Menurut Tingkat Pendidikan, Status Bekerja Istri dan Selisih Umur Suami Istri	68
Tabel 4.10	Distribusi Persentase dan <i>Odds Ratio</i> Pengambil Keputusan Tentang Pemeriksaan Kesehatan Istri Menurut Tingkat Pendidikan, Status Bekerja Istri dan Selisih Umur Suami Istri	70
Tabel 4.11	Distribusi Persentase dan <i>Odds Ratio</i> Pengambil Keputusan Tentang Pengobatan Medis Anak Menurut Tingkat Pendidikan, Status Bekerja Istri dan Jumlah Anak	71
Tabel 4.12	Distribusi Persentase dan <i>Odds Ratio</i> Pengambil Keputusan Tentang Pemeriksaan Kesehatan Istri Menurut Tingkat Pendidikan, Status Bekerja Istri dan Jumlah Anak	72
Tabel 4.13	Distribusi Persentase dan <i>Odds Ratio</i> Pengambil Keputusan Tentang Pengobatan Medis Anak Menurut Tingkat Pendidikan, Status Bekerja Istri dan Daerah Tempat Tinggal	73
Tabel 4.14	Distribusi Persentase dan <i>Odds Ratio</i> Pengambil Keputusan Tentang Pemeriksaan Kesehatan Istri Menurut Tingkat Pendidikan, Status Bekerja Istri dan Daerah Tempat Tinggal	75
Tabel 4.15	Hasil Estimasi Parameter Model Logistik Pengambil Keputusan Tentang Pengobatan Medis Anak (MA) Menurut Tingkat Pendidikan (D) dan Status Bekerja Istri (K)	76
Tabel 4.16	Hasil Estimasi Parameter Model Logistik Pengambil Keputusan Tentang Pemeriksaan Kesehatan Istri (KI) Menurut Tingkat Pendidikan (D) dan Status Bekerja Istri (K)	79
Tabel 4.17	Hasil Estimasi Parameter Model Logistik Pengambil Keputusan Tentang Pengobatan Medis Anak (MA) Menurut Status Bekerja (K) dan Tingkat Pendidikan Istri (D)	82
Tabel 4.18	Hasil Estimasi Parameter Model Logistik Pengambil Keputusan Tentang Pemeriksaan Kesehatan Istri (KI) Menurut Status Bekerja (K) dan Tingkat Pendidikan Istri (D)	84
Tabel 4.19	Hasil Pengujian Pengaruh Umur Kawin Pertama Terhadap Pengambil Keputusan Mengenai Pengobatan Medis Anak Menurut Tingkat Pendidikan dan Status Bekerja Istri	86

Tabel 4.20	Hasil Pengujian Pengaruh Umur Kawin Pertama Terhadap Pengambil Keputusan Mengenai Pemeriksaan Kesehatan Istri Menurut Tingkat Pendidikan dan Status Bekerja Istri	87
Tabel 4.21	Hasil Estimasi Parameter Model Logistik Pengambil Keputusan Tentang Pengobatan Medis Anak (MA) Menurut Tingkat Pendidikan (D), Status Bekerja Istri (K) dan Selisih Umur Suami-Istri (S)	89
Tabel 4.22	Hasil Estimasi Parameter Model Logistik Pengambil Keputusan Tentang Pemeriksaan Kesehatan Istri (KI) Menurut Tingkat Pendidikan (D), Status Bekerja Istri (K) dan Selisih Umur Suami-Istri (S)	91
Tabel 4.23	Hasil Estimasi Parameter Model Logistik Pengambil Keputusan Tentang Pengobatan Medis Anak (MA) Menurut Tingkat Pendidikan (D), Status Bekerja Istri (K) dan Jumlah Anak (A)	94
Tabel 4.24	Hasil Estimasi Parameter Model Logistik Pengambil Keputusan Tentang Pemeriksaan Kesehatan Istri (KI) Menurut Tingkat Pendidikan (D), Status Bekerja Istri (K) dan Jumlah Anak (A)	96
Tabel 4.25	Hasil Pengujian Pengaruh Daerah Tempat Tinggal Terhadap Pengambil Keputusan Dalam Keluarga Mengenai Pengobatan Medis Anak Menurut Tingkat Pendidikan dan Status Bekerja Istri	99
Tabel 4.26	Hasil Pengujian Pengaruh Daerah Tempat Tinggal Terhadap Pengambil Keputusan Dalam Keluarga Mengenai Pemeriksaan Kesehatan Istri Menurut Tingkat Pendidikan dan Status Bekerja Istri	99



*Karya ini kupersembahkan kepada suami terkasih
yang dukungan dan cintanya tidak bisa diungkapkan dengan kata-kata
serta kepada anak-anakku tersayang,
semoga ilmu pengetahuan menerangi jalan kalian
dalam menuju kebesaran Sang Khalik*

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesetaraan gender telah menjadi isu internasional dan menumbuhkan berbagai konsensus. Satu momen penting adalah Konvensi Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi Terhadap Perempuan (*Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women – CEDAW*) pada tahun 1979. Konvensi ini menyediakan dasar untuk mewujudkan kesetaraan antara perempuan dan laki-laki dengan memastikan adanya akses dan kesempatan yang sama dalam kehidupan politik dan publik - termasuk hak untuk memilih dan dipilih - serta pendidikan, kesehatan dan lapangan pekerjaan. Konvensi ini telah disetujui oleh Indonesia dengan UU no 7 tahun 1984 (dengan perkecualian pasal 29).

Konvensi ini telah banyak mengubah sudut pandang mengenai perempuan sehingga pada tahun 1994 diadakan Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan (*International Conference on Population and Development – ICPD*) di Kairo. Konferensi ini membawa suatu strategi pembangunan baru yang memusatkan perhatian pada terpenuhinya kebutuhan manusia secara individu (*people centered development*) dimana kuncinya adalah pemberdayaan perempuan dan pemberian lebih banyak pilihan kepada mereka melalui perluasan akses terhadap pendidikan, pelayanan kesehatan, peningkatan keterampilan dan lapangan pekerjaan (UNFPA, 1994). Pemberdayaan perempuan ini adalah untuk tercapainya sasaran persamaan dan keadilan antara laki-laki dan perempuan, memungkinkan perempuan untuk mewujudkan potensinya, dan melibatkan perempuan sebagai pembuat keputusan dalam segala aspek kehidupan ekonomi, politik dan budaya.

Setahun kemudian, tepatnya 1995, di Beijing diadakan konferensi tingkat dunia mengenai perempuan (*The Fourth World Conference On Women*) dan berhasil mendeklarasikan Landasan Aksi Beijing (*Beijing Platform for Action - BPFA*). Deklarasi yang diikuti oleh Indonesia ini menekankan bahwa kesetaraan dalam pengambilan keputusan sangat penting dalam pemberdayaan perempuan. BPFA juga menyatakan bahwa partisipasi sejajar antara perempuan dan laki-laki

dalam pengambilan keputusan tidak hanya berkaitan dengan keadilan ataupun demokrasi tetapi juga agar keinginan dan kebutuhan perempuan turut diperhatikan. Untuk mencapai tujuan itu BPFA mendeklarasikan program aksi yang meliputi 12 area kritis, yaitu : (1) Perempuan dan Kemiskinan; (2) Pendidikan dan Pelatihan untuk Perempuan; (3) Perempuan dan Kesehatan; (4) Kekerasan terhadap Perempuan; (5) Perempuan dan Konflik Bersenjata; (6) Perempuan dan Ekonomi; (7) Perempuan dalam Kekuasaan dan Pengambilan Keputusan; (8) Mekanisme Kelembagaan untuk Kemajuan Perempuan; (9) Hak Asasi Manusia, Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi; (10) Perempuan dan Media; (11) Perempuan dan Lingkungan; (12) Anak Perempuan. Perempuan sedunia tiap tahun berkumpul di Perserikatan Bangsa-Bangsa, New York, untuk melaporkan kemajuan pelaksanaan BPFA di masing-masing negara, saling tukar-menukar pengalaman dan menggalang kerjasama multilateral atau pun bilateral.

Bagi masyarakat Indonesia sendiri, kesetaraan atau kemitrasejajaran laki-laki dan perempuan bukanlah hal baru. Pada tahun 1995, tepat pada Hari Ibu, Presiden RI telah mencanangkan kemitrasejajaran laki-laki dan perempuan sebagai gerakan nasional. Dikatakan bahwa : "Dengan kemitrasejajaran pria dan wanita yang harmonis, kita bangun bangsa Indonesia yang maju dan sejahtera lahir dan batin". Kemitrasejajaran perempuan dan laki-laki merupakan kesepakatan nasional yang harus mewarnai seluruh kehidupan bangsa.

Menurut UU no.10 keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami dan atau istri dengan atau tanpa anaknya. Sedangkan keluarga sejahtera adalah keluarga yang diikat melalui perkawinan yang sah dan mampu memenuhi kebutuhan material dan spiritual, bertakwa kepada Tuhan YME, mempunyai hubungan yang harmonis, serasi dan seimbang antar anggota keluarga, antar keluarga dan antara keluarga dan lingkungan. Dari definisi keluarga dalam UU tersebut tampak bahwa kesejahteraan dalam keluarga membutuhkan adanya hubungan yang seimbang dan setara antar anggota keluarga baik laki-laki maupun perempuan.

Propinsi Sumatera Barat pada tahun 2007 memiliki estimasi jumlah penduduk sebesar 4.697.800 orang dimana lebih dari separuh yaitu 50,8 persen adalah perempuan dan 49,2 persen laki-laki. Penduduk di Sumatera Barat

didominasi oleh etnis Minangkabau dan dikenal unik dalam memandang hubungan antara suami dan istri. Keunikannya terutama terletak pada caranya menempatkan perempuan dalam struktur sosialnya. Posisi perempuan dalam suatu lingkungan keluarga luas (*extended family*) di *rumah gadang* sangat kuat dibandingkan laki-laki. Seorang anak perempuan diutamakan memiliki tempat kediaman yang tetap dalam lingkungan rumah gadangnya. Hal ini menurut adat dan agama Islam yang dipeluk oleh orang Minang adalah karena seorang perempuan tidak dibenarkan tidur dan berdiam di sembarang tempat. Sedangkan seorang laki-laki tidak memiliki larangan untuk tidur atau berdiam dimanapun seperti di surau, mesjid, kedai ataupun menumpang di rumah orang lain. Karena itu perempuan lebih diutamakan untuk mendapatkan tempat dalam rumah gadangnya dibandingkan laki-laki (Hakimy, 1978).

Di masyarakat tradisional Minang seorang perempuan yang sudah menikah akan tetap tinggal di rumah ibunya. Dia bertugas merawat, membimbing dan mendidik anak serta semua anggota keluarga di *rumah gadang* tersebut. Perempuan juga bertugas mengelola, memelihara sekaligus memiliki kekayaan keluarga dalam *rumah gadang*. Dengan demikian kesejahteraan seluruh anggota keluarga tergantung pada kearifan para perempuan walaupun musyawarah kerabat kerap dilaksanakan untuk membuat keputusan mengenai hal-hal besar. Posisi terhormat bagi perempuan tersebut tercermin pada sebutan *Bundo Kanduang* yaitu golongan perempuan yang diagungkan dan dimuliakan dalam suatu keluarga besar (Hakimy, 1978).

Sang suami, yang merupakan *urang sumando* adalah tamu bagi keluarga istrinya. Sebagai tamu ia tidak dibebani tanggung jawab dan tugas kepada istri dan anak-anaknya (Amir B., 1984). Dia juga tidak memiliki hak untuk campur tangan dalam keluarga istrinya. Karena pola tersebut, seorang laki-laki hanya ada di rumah istri pada malam hari. Pada siang hari ia berada atau bekerja di rumah keluarga ibunya. Seperti yang disebutkan oleh Roza (1990) tempat tinggal yang sah dari seorang suami adalah di lingkungan matrilokalinya yaitu rumah ibunya. Disana ia berfungsi sebagai "mamak", bertanggung jawab terhadap keponakan-keponakannya dan harus menjaga harta pusaka kaumnya. Walaupun demikian,

oleh keluarga istrinya, seorang suami tetap dihormati, dimanjakan dan diperlakukan secara hati-hati.

Sistem matrilineal yang dianut etnis Minang tersebut saat ini telah banyak mengalami perubahan karena adanya proses pembangunan yang telah memasuki kehidupan masyarakat Minangkabau. Sairin (1992) menyebutkan bahwa telah terjadi pergeseran nilai kekerabatan dari keluarga besar (*extended famili*) ke keluarga inti (*nuclear family*) pada sistim kekerabatan (*kinship*) masyarakat Minang. Karena pergeseran ini keluarga inti atau batih mulai menampakkan bentuknya dalam masyarakat, tanggung jawab ayah dan ibu terhadap anak-anaknya semakin membesar serta hubungan ayah dan anak menguat sementara hubungan dengan anggota keluarga lain diluar keluarga inti melemah.

Akan tetapi perubahan sosial ini pun membawa dampak negatif dengan makin berkurangnya peran perempuan Minang yang dahulu dominan. Bila sebelumnya perempuan dianggap sebagai tumpuan kegiatan keluarga besarnya maka sekarang dia lebih banyak bertanggung jawab pada keluarga intinya, yaitu suami dan anak-anaknya. Hal ini tidak mustahil telah menyebabkan munculnya fenomena rendahnya kesetaraan jender pada masyarakat Minang seperti yang terjadi pada masyarakat patrilineal.

Rendahnya kesetaraan jender ini tercermin dari nilai IPM, IPJ dan IDJ Sumatera Barat. Seperti yang kita ketahui, pencapaian pembangunan manusia secara umum dapat dilihat dengan besaran IPM (Indeks Pembangunan Manusia) sedangkan pencapaian pembangunan berwawasan jender dapat dilihat dengan IPJ (Indeks Pembangunan Jender). Ketidaksetaraan jender dalam suatu wilayah dapat dilihat dari seberapa besar disparitas antara IPM dan IPJ ini. Semakin tinggi kesetaraan jendernya maka semakin kecil selisih antara IPM dan IPJ. IPM tahun 2002 untuk Propinsi Sumatera Barat telah memasuki level menengah atas yaitu 67,5 dan menduduki peringkat ke-8 dari 30 propinsi di Indonesia (BPS, 2003). IPJ pada tahun yang sama masih pada level menengah bawah yaitu sebesar 60,7 (peringkat 9). Pada tahun 2005, IPM Sumatera Barat mengalami kenaikan menjadi 71,2 dan menempati peringkat 9 sedangkan peringkat IPJ naik ke nomor 6 dengan besaran yang mengalami kenaikan menjadi 63 (BPS, 2006).

Dari besaran-besaran IPM dan IPJ pada tahun 2002 dan 2005 tersebut ada dua hal yang terlihat. Pertama, selisih yang cukup besar antara IPM dan IPJ menunjukkan adanya ketidaksetaraan gender yang masih cukup signifikan. Kedua, membesarnya selisih IPM dan IPJ pada kedua tahun tersebut menunjukkan bahwa ketidaksetaraan tersebut tidak mengalami perubahan bahkan bisa dikatakan memburuk.

Pencapaian pemberdayaan gender pun dapat dilakukan dengan memperhatikan besaran IDJ (Indeks Pemberdayaan Gender). Formulasi penghitungan IDJ dapat secara langsung menunjukkan peranan perempuan dibandingkan peranan laki-laki. IDJ Sumatera Barat pada tahun 2002 sebesar 54,2 berarti peranan perempuan baru mencapai 54,2 persen dari peranan yang dilakukan laki-laki dalam proses pengambilan keputusan di semua aspek kehidupan politik, ekonomi dan sosial (BPS, 2003).

Sementara itu, berbeda dengan nilai IPM, IPJ dan IDJ yang masih menunjukkan adanya ketimpangan gender, Indeks Kesetaraan dan Keadilan Gender (IKKJ) pada beberapa aspek sosial ekonomi berikut telah memperlihatkan rasio cukup bagus antara perempuan dan laki-laki.

Tabel 1.1 Indeks Kesetaraan dan Keadilan Gender Multivariat di Sumatera Barat dan Indonesia Tahun 1999

IKKJ (1)	Sumatera Barat (2)	Indonesia (3)
IKKJ tidak bersekolah untuk anak usia 6-12 tahun	1,18	0,92
IKKJ tidak bersekolah untuk anak usia 13-15 tahun	0,11	1,04
IKKJ tidak bersekolah untuk anak usia 16-18 tahun	0,45	1,28
IKKJ tidak bersekolah untuk anak usia 19-24 tahun	1,20	1,53
IKKJ penduduk 15-55 tahun bekerja di sektor formal	0,44	0,37
IKKJ penduduk 15-55 tahun bekerja di sektor non formal	0,53	0,52
IKKJ anak dibawah 15 tahun untuk bekerja	0,80	0,83

Sumber : Agung dan Bustami (2004)

Pada Tabel 1.1 diatas, IKKJ tidak bersekolah untuk anak usia 6-12 tahun dan 19-24 tahun di Sumatera Barat bernilai diatas 1 yang berarti perempuan pada kelompok usia 6-12 tahun dan 19-24 tahun memiliki resiko lebih besar untuk tidak bersekolah dibandingkan laki-laki pada kelompok usia yang sama. Sedangkan IKKJ tidak bersekolah untuk anak usia 13-15 tahun dan 16-18 tahun bernilai kurang dari 1 yang menunjukkan bahwa perempuan pada kedua kelompok umur tersebut beresiko lebih kecil dari laki-laki pada kelompok umur yang sama untuk tidak bersekolah. Hal ini mengindikasikan kesetaraan yang cukup bagus untuk anak usia 13-18 tahun.

Dari Tabel 1.1 diatas juga terlihat bahwa IKKJ penduduk usia 15-55 tahun untuk bekerja di sektor formal dan informal bernilai kurang dari 1. Hal tersebut menunjukkan bahwa peluang perempuan usia 15-55 tahun lebih kecil untuk bekerja di sektor formal dan informal dibandingkan laki-laki di usia yang sama. Sedangkan nilai IKKJ anak dibawah 15 tahun untuk bekerja justru menunjukkan suatu hal yang bagus yaitu bahwa peluang anak perempuan dibawah 15 tahun untuk bekerja lebih kecil dari peluang anak laki-laki.

Perlu dicatat bahwa meskipun IPM, IPG, IDG dan IKKJ merupakan suatu indeks komposit yang cukup lengkap akan tetapi indeks-indeks ini hanya memperlihatkan posisi perempuan secara umum (agregat) dalam masyarakat. Sedangkan bagaimanakah posisi perempuan Minang saat ini dalam keluarga, terutama dalam hal pengambilan keputusan di keluarga inti, akan ditelaah lebih dalam pada penelitian ini.

Rumah tangga, atau keluarga adalah suatu tempat dimana berlangsung suatu proses produksi dengan sumber daya manusia sebagai keluaran utama. Kualitas sumber daya manusia yang dihasilkan rumah tangga sangat bergantung pada bagaimana proses produksi itu berlangsung. Berlangsungnya proses produksi tentunya sangat ditentukan oleh apa dan bagaimana keputusan yang diambil dalam rumah tangga.

Siapakah yang berperan dalam pengambilan keputusan di rumah tangga, apakah laki-laki (dalam hal ini adalah suami), perempuan (istri) ataukah secara bersama-sama, tentunya bervariasi untuk setiap rumah tangga dan persoalan yang dihadapi. Rosaldo dan Lamphere (1974) membagi secara tegas persoalan

pengambilan keputusan rumah tangga tersebut menjadi dua sektor yaitu sektor domestik dan sektor publik. Sektor domestik merupakan lingkungan dalam rumah tangga dan sektor publik adalah lingkungan di luar rumah tangga.

Pembedaan kedua sektor ini tidaklah sama untuk setiap masyarakat. Pada masyarakat dengan budaya patriarkat yang kuat sektor domestik biasanya adalah bidang untuk perempuan dan sektor publik adalah tanggung jawab laki-laki sebagai pencari nafkah. Pada masyarakat dengan budaya matriarkat seperti pada suku Minangkabau tradisional pun, sektor domestik tersebut biasanya juga merupakan ranah yang diperuntukkan bagi perempuan. Hanya, pada masyarakat matriarkat perempuan juga memiliki fungsi dalam struktur sosialnya, dalam hal ini adalah keluarga besarnya.

Penelitian ini hanya akan dibatasi pada pengambilan keputusan di sektor domestik. Penelitian ini ingin melihat bagaimanakah kesetaraan suami dan istri dalam rumah tangga terutama dalam hal-hal yang dianggap sebagai wewenang istri. Sektor domestik inipun, karena cakupannya yang luas, akan dibatasi pada bidang kesehatan ibu dan anak saja.

Seperti yang kita ketahui, kesehatan merupakan salah satu modal utama dalam pembentukan kualitas sumber daya manusia yang baik. Ibu yang sehat akan turut mempengaruhi kesehatan anggota keluarganya yang lain dan dapat mendorong anggota keluarganya untuk lebih kreatif dan produktif. Ibu yang sehat akan dapat dengan baik membantu pertumbuhan fisik, mental dan kecerdasan anak-anaknya sehingga anak-anaknya bisa menjadi pribadi yang sehat, utuh, mandiri, kreatif dan dapat diandalkan.

Menurut laporan WHO, UNICEF, UNFPA dan The World Bank (2005) untuk periode 2002-2003 Indonesia, dimana Sumatera Barat merupakan salah satu bagiannya, masih mengalami kematian ibu sebesar 307 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini masih cukup tinggi dan Indonesia juga masih termasuk dalam kelompok C yaitu negara-negara dengan angka kematian ibu tinggi dan registrasi kematian yang belum berjalan sebagaimana mestinya.

Angka kematian ibu yang tinggi tersebut seyogyanya menjadi perhatian dan masalah bagi semua pihak. Keluarga sebagai pihak yang paling dekat dengan ibu adalah pihak yang paling diharapkan dukungannya. Kesehatan seorang ibu

(istri) seharusnya tidak hanya menjadi masalah diri sendiri tetapi juga menjadi masalah keluarga terutama suami.

Masalah perawatan kesehatan anak memang telah lama menjadi perhatian. Akan tetapi saat ini angka kematian bayi di Propinsi Sumatera Barat walaupun telah mengalami penurunan dari tahun ke tahun (SDKI 1994-2007) masih menduduki posisi tertinggi di Sumatera. Propinsi ini mencapai angka 68 kematian per 1000 kelahiran pada tahun 1994 (BPS, 2007) dan 47 kematian per 1000 kelahiran pada tahun 2007 (BPS, 2007). Sumatera Barat bahkan telah tertinggal dari Riau dan Bengkulu yang pada tahun 1994 masih mencapai 72 dan 74 kematian per 1000 kelahiran dan pada tahun 2007 telah mencapai 37 dan 46. Fenomena ini haruslah menjadi perhatian semua pihak, terutama didalam keluarga. Keikutsertaan bapak (suami) dalam memecahkan masalah kesehatan anak haruslah lebih ditingkatkan. Keharmonisan dan kekompakan pasangan dalam penanganan masalah anak tentunya akan membuat anak lebih terawat dan dapat tumbuh lebih baik.

1.2 Perumusan Masalah

Sistem kekerabatan matrilineal yang dianut masyarakat Minangkabau menempatkan perempuan dalam posisi yang kuat. Hal ini nampaknya mulai berubah seiring dengan masuknya pengaruh budaya lain. Pergeseran ini tentunya mempengaruhi bentuk hubungan antara suami istri dalam rumah tangga terutama cara pengambilan keputusannya. Penelitian ini ingin melihat bagaimanakah cara suami istri dalam mengambil keputusan di rumah tangganya apakah didominasi suami, didominasi istri atau dilakukan secara bersama (egaliter).

Kesehatan ibu dan anak adalah hal-hal yang dianggap sebagai tugas dan wewenang istri. Demi lancarnya kegiatan dalam rumah tangga dan tercapainya tujuan utama rumah tangga (yaitu sumber daya manusia yang berkualitas) maka akan lebih baik bila dalam rumah tangga tersebut terdapat kesetaraan dan kebersamaan antara suami istri. Bagaimanapun, hubungan dan kerjasama yang baik antara suami istri dapat menghasilkan keputusan yang lebih baik dan berkualitas.

Dari permasalahan diatas ada dua pertanyaan penelitian yang dapat diajukan :

1. bagaimanakah pola pengambilan keputusan antara suami istri di Sumatera Barat ?
2. faktor apakah yang berperan dalam cara pengambilan keputusan tersebut ?

1.3 Tujuan Penelitian

Penelitian ini secara umum bertujuan untuk mengetahui pola pengambilan keputusan di bidang kesehatan pada masyarakat Sumatera Barat. Pola pengambilan keputusan tersebut akan memperlihatkan bentuk hubungan perkawinan yang lazim ada di Sumatera Barat. Penelitian ini kemudian ingin mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi cara pengambilan keputusan tersebut.

Secara khusus tujuan penelitian ini adalah :

1. untuk mempelajari perbedaan kecenderungan siapa yang mengambil keputusan di keluarga dalam pengobatan medis anak dan pemeriksaan kesehatan ibu menurut karakteristik istri yaitu tingkat pendidikan dan status bekerjanya.
2. untuk mempelajari perbedaan kecenderungan siapa yang mengambil keputusan di keluarga dalam pengobatan medis anak dan pemeriksaan kesehatan istri menurut karakteristik keluarga yaitu umur kawin pertama, selisih umur suami istri dan jumlah anak masih hidup.
3. untuk mempelajari perbedaan kecenderungan siapa yang mengambil keputusan di keluarga dalam pengobatan medis anak dan pemeriksaan kesehatan istri menurut karakteristik lingkungan yaitu daerah tempat tinggal.
4. untuk mempelajari perbedaan pengambil keputusan antara tingkat faktor atau karakteristik istri, keluarga dan lingkungan.

1.4 Kegunaan Penelitian

Dari penelitian ini diharapkan dapat diketahui sejauh mana peranan perempuan dalam keluarga di Sumatera Barat, apakah masih dalam budaya tradisional atautkah telah mengalami degradasi seperti yang ditunjukkan oleh IPM,

IPJ dan IDJ. Penelitian ini juga diharapkan dapat memberikan masukan bagi perencanaan program pemberdayaan perempuan di Sumatera Barat. Secara umum penelitian ini juga diharapkan akan menambah literatur mengenai peranan perempuan Minang dalam pengambilan keputusan di keluarga.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Untuk mendukung penelitian ini diperlukan pemahaman kontekstual mengenai konsep dari kesetaraan suami istri atau kesetaraan jender itu sendiri juga mengenai pengambilan keputusan dalam keluarga. Setelah itu akan ditelaah sekilas mengenai bagaimana jender atau secara lebih spesifik hubungan antara suami dan istri dalam masyarakat Minangkabau serta perubahan sosial yang terjadi didalamnya. Perubahan sosial tersebut telah menyebabkan bergesernya peran perempuan Minangkabau dan berubahnya struktur sosial dalam keluarga besar Minangkabau. Berikutnya akan dibahas mengenai variabel-variabel yang dipakai dalam penelitian ini dan diduga memiliki pengaruh secara substansial terhadap pola pengambilan keputusan dalam keluarga.

2.1 Jender dalam Pembangunan

Dalam perkembangannya, program pemberdayaan perempuan mengalami tiga tahapan (Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan). Pada tahap awal program tersebut banyak memakai paradigma perempuan dalam pembangunan (*women in development-WID*) yang lebih menekankan pada masalah mengejar ketertinggalan perempuan dibandingkan laki-laki dalam berbagai bidang pembangunan. Pada tahap awal ini perempuan baru menjadi sasaran dalam berbagai program pembangunan. Dalam tahapan berikutnya paradigma tersebut berubah menjadi perempuan dan pembangunan (*women and development -- WAD*). Disini perempuan mulai dituntut keterlibatannya secara aktif dalam berbagai program pembangunan tidak hanya sebagai obyek tetapi juga sebagai subyek.

Pada kedua tahap ini program pembangunan lebih diarahkan pada pembangunan fisik dan ekonomi perempuan dan belum mempertimbangkan manfaat pembangunan secara adil terhadap perempuan dan laki-laki. Pengalaman menunjukkan bahwa meskipun telah banyak dicapai kemajuan dalam peningkatan peran perempuan dalam pembangunan tetapi masih saja terjadi kesenjangan jender (*gender gap*) seperti masih rendahnya peluang yang dimiliki perempuan

untuk bekerja dan bersekolah, rendahnya akses terhadap sumber daya ekonomi dan teknologi ataupun masih terbatasnya partisipasi perempuan dalam proses pengambilan keputusan di bidang kebijakan publik seperti lembaga legislatif. Dalam konteks rumah tangga pun terkadang perempuan masih dianggap sebagai pencari nafkah tambahan walaupun sebenarnya telah memberikan kontribusi yang berarti bagi kesejahteraan rumah tangga. Hal ini menyebabkan munculnya satu paradigma baru dalam pembangunan yaitu jender dan pembangunan (*gender and development – GAD*).

GAD adalah kebijakan yang dibuat dengan mempertimbangkan kebutuhan, kepentingan dan aspirasi perempuan dan laki-laki dalam proses perumusan dan pembuatan rancangan programnya (Kementrian Negara Pemberdayaan Perempuan). Perencanaan program dilakukan dengan terlebih dahulu melakukan analisis jender sehingga diharapkan keterlibatan semua pihak baik perempuan maupun laki-laki (kesetaraan perempuan dan laki-laki) dapat memperkecil kesenjangan jender yang ada dan pada akhirnya dapat mereduksi banyak permasalahan jender (*gender issues*).

2.2 Jender Sebagai Konstruksi Budaya

Jender berbeda dengan *sex* (jenis kelamin). Seks adalah pembagian jenis kelamin manusia yang membedakan laki-laki dan perempuan dengan semua atribut yang melekat padanya, seperti seorang perempuan itu dapat hamil dan menyusui, seorang laki-laki dapat membuahi. Menurut Linda L. Lindsey seperti yang dikutip Nasaruddin Umar (2001) seks lebih menitikberatkan aspek biologis seseorang meliputi perbedaan komposisi kimia dan hormon dalam tubuh, anatomi fisik, fungsi reproduksi dan sebagainya. Sedangkan menurut definisi Tim Pemberdayaan Perempuan Departemen Agama RI (2001), seks adalah kondisi biologis yang telah ditentukan Tuhan dan karena itu permanen, tidak bisa berubah, tidak bisa dipertukarkan dan bersifat universal.

Jender adalah suatu konsep yang digunakan untuk membedakan laki-laki dan perempuan beserta atribut-atribut sosial yang melekat pada kedua jenis kelamin tersebut. Menurut Lips dalam Umar (2001), jender adalah harapan-harapan budaya terhadap laki-laki dan perempuan (*cultural expectations for*

women and men). Sedangkan Lindsey, juga dalam Umar (2001), menyatakan bahwa bidang kajian gender adalah semua ketetapan masyarakat perihal penentuan seseorang sebagai laki-laki dan perempuan (*what a given defines as masculine or feminine is a component of gender*). Gender sebenarnya lebih berkaitan dengan sifat maskulinitas yang dilekatkan pada laki-laki dan feminitas yang dilekatkan pada perempuan. Maskulinitas dan feminitas seseorang berkaitan dengan karakteristik psikologis dan perilaku yang secara kompleks telah dipelajari seseorang melalui pengalaman sosialnya (Sadli, 1995).

Dengan begitu gender merupakan suatu konsep sosial dan dapat berubah-ubah menurut dimensi tempat dan waktu sebab setiap kelompok masyarakat memiliki budaya yang berbeda dalam menilai sifat dan memberi peran pada laki-laki dan perempuan. Gender juga berubah sesuai sudut pandang agama, ideologi, etnis, budaya dan historis.

2.3 Kesetaraan Gender

Sayangnya perbedaan gender yang dikonstruksi budaya ini melahirkan perbedaan-perbedaan bagi laki-laki dan perempuan misalnya peran gender tradisional perempuan dinilai lebih rendah daripada peran gender tradisional laki-laki. Perbedaan ini kemudian menimbulkan banyak permasalahan dan kemudian cenderung menimbulkan ketidakadilan dan ketidaksetaraan. Ketidakadilan dan ketidaksetaraan gender ini selanjutnya akan terwujud dalam bentuk diskriminasi, marginalisasi, subordinasi, stereotipe, kekerasan dan beban ganda bagi perempuan.

Diskriminasi adalah perbedaan perlakuan yang diberikan pada seseorang karena alasan jenis kelamin, ras, agama dan lain sebagainya. Diskriminasi atas dasar peran, fungsi dan hubungan laki-laki perempuan disebut diskriminasi gender. Misalnya perempuan tidak memerlukan sekolah tinggi karena pada akhirnya akan kembali ke dapur dan melayani suami.

Marginalisasi adalah pemiskinan terhadap perempuan akibat adanya pandangan bahwa perempuan lebih rendah kapasitas dan kapabilitasnya daripada laki-laki. Misalnya, karena dianggap lebih lemah seorang perempuan diberi pekerjaan yang lebih mudah daripada laki-laki dengan konsekuensi upah yang

lebih rendah. Marjinalisasi ini tidak hanya terjadi dalam satu rumah tangga melainkan juga di masyarakat bahkan negara.

Subordinasi adalah suatu kondisi dimana perempuan ditempatkan pada tempat kedua setelah laki-laki. Kondisi ini terjadi karena perempuan dianggap irasional, emosional, lemah dan tidak bisa memimpin. Akibatnya perempuan tidak bisa mengembangkan potensi, menunjukkan nilai-nilai dirinya dan sulit menempati posisi-posisi strategis dalam masyarakat.

Stereotipe adalah pemberian label-label negatif pada perempuan oleh masyarakat. Stereotipe ini banyak terdapat dalam tradisi masyarakat bahkan terkadang dibakukan dalam lembaga pendidikan. Misalnya stereotipe bahwa perempuan memiliki sifat sabar dan teliti membuat pekerjaan sekretaris maupun pengelola masalah keuangan banyak diserahkan pada perempuan. Sebaliknya pekerjaan seperti teknisi ataupun montir lebih banyak diserahkan pada laki-laki karena adanya stereotipe maskulin pada kedua jenis pekerjaan itu.

Kekerasan yang terjadi akibat perbedaan jender disebut *gender-based violence*. Kekerasan ini bisa berupa kekerasan fisik seperti pemukulan, pemerkosaan dan pelecehan seksual, bisa juga berupa kekerasan verbal seperti penghinaan. Kekerasan ini bisa mengakibatkan luka fisik dan mental.

Beban ganda biasanya dialami oleh perempuan yang harus bekerja untuk menunjang perekonomian keluarga. Secara tradisional peran jender perempuan adalah pada sektor domestik yaitu mengelola rumah tangga dan laki-laki adalah pada sektor publik yaitu bekerja diluar rumah. Pembagian peran seperti ini telah tersosialisasikan begitu dalam di masyarakat sehingga timbul tradisi bahwa perempuan bertanggung jawab atas terlaksananya seluruh kegiatan domestik. Apabila pekerjaan rumah tangga terbengkalai maka yang harus merasa bersalah adalah perempuan. Beban ini menjadi berlipat bila perempuan juga harus bekerja untuk mendapatkan uang bagi keluarga.

Peran ganda perempuan ini dapat menimbulkan konflik peran yang dapat mempengaruhi kelancaran jalannya kegiatan dalam keluarga (Ihromi, 1990). Apabila kondisi beban ganda ini terjadi maka sangat diperlukan kerjasama, kompromi dan saling pengertian antara suami dan istri. Pembagian peran

domestik antara suami dan istri bisa dilakukan seperti istri menyiapkan sarapan untuk keluarga, suami menyiapkan anak untuk berangkat ke sekolah atau istri memasak, suami mencuci piring. Pembagian peran seperti ini bisa bervariasi tergantung pada kompromi dan kesepakatan yang dilakukan suami istri. Untuk dapat melakukan pembagian peran seperti ini tentulah diperlukan hubungan yang setara antara suami istri, masing-masing dapat menerima dan memahami kelebihan dan kekurangan satu sama lain, untuk kemudian saling melengkapi.

Kesetaraan (kemitrasejajaran) yang harmonis antara perempuan dan laki-laki adalah kondisi dinamis, dimana perempuan dan laki-laki memiliki kesamaan hak, kewajiban, kedudukan, peranan dan kesempatan yang dilandasi sikap dan perilaku saling menghormati, saling menghargai, saling membantu dan saling mengisi dalam pembangunan berbagai bidang (Kantor Menteri Negara Urusan Peranan Wanita, 1995). Dengan kesetaraan dan keadilan jender, laki-laki dan perempuan dapat menikmati hak-hak sebagai manusia dan bersama-sama berperan aktif dalam pembangunan. Kesetaraan ini dituntut tidak hanya dalam dunia kerja atau dalam lingkungan publik saja, tetapi juga diperlukan di dalam keluarga atau dalam lingkup domestik.

Studi mengenai kesetaraan jender pada tingkat paling dasar adalah studi mengenai hubungan antara laki-laki dan perempuan, suami istri, dalam keluarga. Untuk mengetahui bagaimana pola hubungan, atau dengan kata lain, pembagian kekuasaan, antara suami istri biasanya dilihat bagaimana pola pengambilan keputusannya. Seperti yang dikatakan Scanzoni dan Scanzoni dalam Lestari (1990, p. 87), metode yang sering digunakan untuk mengukur kekuasaan dalam perkawinan/keluarga (*marital power* atau *family power*) adalah dengan menanyakan pada responden tentang siapa yang mengambil keputusan terakhir tentang sejumlah persoalan dalam keluarga.

2.4 Pengambilan Keputusan dalam Keluarga

Menurut Horton (1984) dalam Ruspita (2008), keluarga merupakan kelompok sosial yang terbentuk melalui hubungan darah, perkawinan, adopsi dan yang tinggal bersama dalam suatu rumah tangga. Kelompok keluarga terbagi atas tiga bagian, pertama keluarga batih/inti (*nuclear family*) yang terdiri atas pasangan

suami istri dengan atau tanpa anak-anaknya. Kedua, keluarga luas/besar (*extended family*) yang terdiri dari keluarga inti ditambah kerabat lain dengan siapa hubungan baik dipelihara dan dipertahankan. Ketiga, keluarga hubungan kerabat sedarah (*consanguine family*) yang merupakan kelompok luas dari saudara-saudara sedarah dengan pasangan dan anak mereka.

Dalam suatu keluarga diperlukan suatu interaksi yang baik antar sesamanya yang mendorong keberlangsungan keluarga tersebut. Interaksi yang baik dan harmonis terutama harus ada pada suami dan istri. Jenis interaksi atau hubungan yang cocok bagi setiap pasangan tentu berbeda-beda. Perbedaan jenis interaksi itu akan menciptakan perkawinan dengan bermacam-macam bentuk.

Menurut Peplau dalam Paludi (1998), secara garis besar ada tiga bentuk perkawinan : (1) perkawinan egaliter; (2) perkawinan tradisional dan (3) perkawinan modern. Dalam perkawinan egaliter, kedua pasangan memiliki kekuasaan yang sama. Pada perkawinan tradisional, suami lebih dominan dan para istri lebih banyak memegang peran sebagai pengurus rumah tangga dan membesarkan anak. Sedangkan pada perkawinan modern, dominasi suami sudah lebih berkurang, istri diperbolehkan bekerja tetapi suami tetap dianggap sebagai pencari nafkah utama sehingga urusan anak dan rumah tangga tetap diserahkan kepada istri.

Seperti yang telah disebutkan sebelumnya, pembagian kekuasaan dalam keluarga dapat dilihat dari cara pasangan suami istri mengambil keputusan. Menurut Elan (1981, p.9) pengambilan keputusan adalah suatu proses yang dinamik dari interaksi antar semua peserta yang turut menentukan suatu pilihan maupun kebijakan tertentu baik yang resmi maupun tidak resmi. Sedangkan pengambil keputusan adalah seseorang yang bertanggung jawab untuk merumuskan kebijakan yang harus dijalankan.

Proses dinamik dari pengambilan keputusan tersebut pada dasarnya adalah hasil interaksi antara individu-individu yang terlibat didalamnya dengan komunitas dan lingkungannya. Proses itu diawali dengan pembentukan karakteristik individu-individu itu sendiri yang telah ada sebelum proses pengambilan keputusan dimulai, dilanjutkan dengan interaksi antar individu yang

terlibat (dalam satu rumah tangga) dan interaksi antara individu-individu tersebut dengan lingkungannya. Karena itu dalam proses pengambilan keputusan di rumah tangga terdapat empat faktor yang berpengaruh, yaitu individu yang terlibat (dalam hal ini suami dan istri), lingkungan rumah tangga yang merupakan hasil interaksi kedua individu tersebut, dan komunitas dimana mereka berada. Hal ini seperti yang disebutkan oleh Saputra (2003).

Pola pengambilan keputusan itu sendiri memiliki banyak variasi. Sayogyo (1981) mengemukakan lima variasi pola pengambilan keputusan dalam keluarga : 1) hanya oleh istri; 2) hanya oleh suami; 3) oleh suami dan istri secara bersama dengan pengaruh istri lebih besar; 4) juga secara bersama oleh suami istri tetapi dengan pengaruh suami lebih besar; dan 5) pengambilan keputusan secara bersama dan setara oleh suami istri dimana terdapat saling ketergantungan satu sama lain. Sedangkan bentuk keputusan yang disorot oleh Sayogyo dalam penelitian tersebut adalah : keputusan di bidang produksi rumah tangga, pengeluaran kebutuhan pokok, proses reproduksi, kegiatan sosial dan keikutsertaan perempuan dalam grup dan lembaga sosial khususnya di tingkat desa.

Bertolak pada penelitian Sayogyo diatas dan menambahkan anak-anak untuk melihat pengaruh anggota keluarga lain, Lestari (1990) memakai enam variasi cara pengambilan keputusan yaitu 1) istri; 2) suami; 3) suami dan istri dimana istri lebih dominan; 4) suami dan istri dimana suami lebih dominan; 5) istri dan anak-anak yang sudah besar; 6) suami, istri dan anak-anak yang sudah besar. Dalam penelitian ini persoalan yang ditanyakan adalah siapa yang menentukan menu makan sehari-hari, pembelian perabot rumah tangga dan pendidikan anak.

Dalam Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2007, terdapat empat macam cara pengambilan keputusan dalam keluarga. Selain keputusan oleh suami atau istri, terdapat cara pengambilan keputusan yang dipengaruhi oleh orang lain. Akan tetapi dalam penelitian ini karena yang diamati adalah bentuk hubungan suami istri maka sebagai kategori dalam variabel terikatnya hanya dimasukkan tiga cara pengambilan keputusan, yaitu :

1. pengambilan keputusan oleh istri
2. pengambilan keputusan oleh suami
3. pengambilan keputusan secara bersama

Sedangkan bentuk keputusan yang akan diteliti adalah dua macam keputusan di bidang kesehatan mengingat kesehatan adalah modal utama pembentukan manusia berkualitas. Disamping itu, bidang kesehatan adalah bidang tempat perempuan biasa memiliki wewenang. Kedua keputusan tersebut adalah :

1. keputusan dalam pengobatan medis anak
2. keputusan dalam pemeriksaan kesehatan istri

2.5 Hubungan Suami istri dalam Masyarakat Minangkabau

Menurut Suryadi (2009) etnis Minangkabau kini adalah satu-satunya kelompok masyarakat matriarkat beragama Islam terbesar di dunia yang masih tersisa. Menurut Hadler dalam Suryadi (2009) tersebut, etnis Minangkabau telah berhasil mempertahankan eksistensi sistem matriarkat mereka. Sementara di berbagai tempat lain di dunia sistem matriarkat telah punah karena pengaruh ideologi-ideologi dari luar.

Menurut Hakimy (1978), ada lima hal yang merupakan ciri khas sistem matrilineal Minangkabau tradisional :

1. Keturunan Ditarik dari Garis Ibu

Garis keturunan yang ditarik dari nasab ibu ini membuat seorang anak termasuk dalam suku ibunya. Secara tradisional hal ini dimaksudkan agar manusia menghormati perempuan sebagai kaum ibu yang melahirkannya. Di samping itu, seorang ibu merupakan pembentuk sifat dan watak anak-anaknya. Karena itu ditangan ibulah terletak masa depan generasi berikutnya. Hal ini seperti tampak pada pantun berikut (Hakimy, 1978, h.78) :

*Kalau karuah aie di hulu, sampai ka muaro karuah juo
 Kalau kuriak induaknyo, rintiak anaknyo,
 Tuturan atok jatuah ka palambahan*

2. Rumah adalah Tempat Kediaman untuk Perempuan

Istilah "pulang ke rumah *urang gaek* (rumah ibu)" menunjukkan bahwa rumah adalah suatu lingkungan matriloal (lingkungan ibu) bagi seseorang. Rumah adalah tempat kediaman bagi perempuan : kamar-kamar didalam rumah diutamakan untuk anak perempuan, seorang bapak akan lebih memprioritaskan membuat rumah bagi anak perempuannya, suami akan tinggal di rumah istrinya dan bila bercerai dia akan pergi dari rumah istrinya (*sigai mancari anau, anau tatap sigai baranjak*).

3. Sumber Ekonomi Dikelola oleh Perempuan

Masyarakat Minang adalah masyarakat agraris yang menempatkan perempuan sebagai pengelola sawah ladang dan *banda buatan* mereka. Pengelolaan ini lebih terkait dengan fungsi manajerial sementara pekerjaan dan pengawasan di lapangan tetap dilakukan oleh laki-laki. Di lain pihak, hak kepemilikan sawah itu sendiri juga diserahkan kepada perempuan dengan pertimbangan bahwa perempuan akan lebih bisa mememanfaatkannya untuk kepentingan keluarga besarnya.

4. Hasil Produksi Disimpan oleh Perempuan

Adanya kepercayaan bahwa kaum perempuan lebih ekonomis daripada laki-laki membuat hukum adat menyerahkan penyimpanan hasil sawah, ladang dan kolam kepada kaum perempuan. *Rangkiang* sebagai lumbung penyimpan berada di depan *rumah gadang* tempat *bundo kanduang* tinggal. Hal ini membuat kekuasaan yang dimiliki kaum perempuan menjadi sangat besar.

5. Perempuan Mempunyai Hak Suara dalam Musyawarah

Perempuan, terutama *bundo kanduang*, mempunyai suara dan pendapat yang sama menentukan seperti perempuan dalam musyawarah untuk mengambil keputusan. Bila persetujuan dari kaum perempuan belum didapatkan maka keputusan yang diambil dianggap belum sah.

Dari lima keistimewaan perempuan Minang diatas maka dapat terlihat bagaimana pola hubungan suami istri Minang tradisional. Menurut Amir B. (1984) ada dua jenis hubungan suami istri dalam keluarga Minang tradisional :

1. Hubungan suami istri di *rumah gadang*

Sesudah suatu perkawinan, seorang suami tinggal bersama istrinya di *rumah gadang* bersama keluarga istrinya. Disana sang suami tidak dituntut tanggung jawab terhadap istri dan anak-anaknya karena kewajiban tersebut telah dipikul bersama oleh keluarga besar istri di *rumah gadang*. Sebaliknya, dalam lingkungan matrilokalnya (keluarga asalnya) seorang laki-laki telah memiliki tanggung jawab sendiri sebagai "mamak" terhadap keponakan-keponakannya juga sebagai pengurus sawah dan ladang keluarga ibunya. Karena itu seorang laki-laki hanya berada di rumah istri pada waktu malam, di siang hari dia lebih banyak bekerja di keluarga matrilokalnya sendiri (Amir B, 1984). Pola seperti ini sedikitnya membuat tidak adanya kedekatan antara suami istri sementara berbagai macam pengambilan keputusan dalam rumah tangga, seperti pendidikan anak maupun perawatan kesehatan keluarga, lebih banyak dilakukan oleh istri dan keluarga besarnya.

2. Hubungan suami istri dalam keluarga batih

Beberapa suami istri tidak lagi tinggal di dalam *rumah gadang*. Hal ini mungkin disebabkan oleh telah sempitnya *rumah gadang* maupun karena adanya perbedaan pendapat antara suami istri dengan keluarga besarnya. Rumah baru ini biasanya masih berada dalam lingkup suku atau kaum pihak istri sehingga keluarga batih ini tetap terikat oleh norma dan adat yang berlaku dalam keluarga besar istri. Walaupun demikian dalam keluarga jenis ini telah terdapat hubungan yang lebih kuat antara suami istri. Suami telah terlibat dalam urusan rumah tangga sehari-hari juga dalam mengambil keputusan mengenai urusan rumah tangga. Lebih jauh lagi bahkan suami telah mengambil alih tanggung jawab terhadap istri dan anak-anaknya hingga mengurangi perhatian suami terhadap keluarga besarnya sendiri.

Akan tetapi tentu saja telah timbul berbagai penyesuaian dan kompromi dalam hukum adat tersebut yang disebabkan terjadinya perubahan sosial dalam struktur dan budaya masyarakat Minangkabau.

2.6 Perubahan Sosial dalam Masyarakat Minangkabau

Setiap perubahan yang terjadi dalam struktur ataupun organisasi sosial masyarakat disebut perubahan sosial. Perubahan sosial selalu akan terjadi dalam masyarakat dimanapun karena pengaruh interaksi dengan kelompok-kelompok masyarakat lain maupun karena perubahan yang terjadi dalam struktur masyarakat itu sendiri. Termasuk didalam perubahan sosial ini adalah naik turunnya peran dan posisi perempuan dalam masyarakatnya.

Engels (dalam Tong, 1997) menduga bahwa sesungguhnya peran perempuan sangat besar di masa lalu. Munculnya kapitalisme kemudian membuat perkawinan menjadi monogami dengan laki-laki sebagai "pemilik". Perkembangan kapitalisme ini merupakan representasi dominasi laki-laki yang menegaskan proses pengalihan kepemilikan oleh laki-laki kepada anak. Dominasi itu sendiri merupakan bentuk patriarki yang tercipta melalui pembagian kelas akibat kepemilikan oleh laki-laki dan ketidakpemilikan oleh perempuan.

Umar (2001) dalam Ruspita (2008) juga menyatakan bahwa dalam catatan sejarah masyarakat tradisional seperti masyarakat agraris di Asia yang sering hidup secara komunal, biasanya memiliki bentuk keluarga *extended* atau keluarga besar. Dalam pola hidup komunal ini, proses produksi dilakukan di dalam rumah dan pengasuhan anak atau pekerjaan rumah tangga lain dibantu anggota keluarga yang lain. Ketika peran pencari nafkah dilakukan secara bersama atau dilakukan oleh laki-laki di luar rumah maka pekerjaan rumah tangga dilakukan oleh istri bersama anggota keluarga lain. Kapitalisme kemudian menghancurkan konsep keluarga tradisional yang menganut pola hidup komunal atau bentuk keluarga luas menjadi keluarga inti. Perubahan struktur keluarga komunal menjadi keluarga inti yang terdiri dari ibu, ayah dan anak membawa pekerjaan rumah tangga menjadi kewajiban perempuan sebagai istri dan ibu (Moore, 2003, dalam Ruspita, 2008).

Masyarakat Minangkabau juga tidak lepas dari perubahan sosial ini.

Dimulai dengan masuknya agama Islam, Tuanku Imam Bonjol kemudian berusaha mencari kompromi antara adat Minangkabau dengan hukum Islam yang patriarkat (Hadler dalam Suryadi, 2009). Disini muncullah doktrin *adat basandi*

syarak, syarak basandi kitabullah yang telah menimbulkan kontroversi selama bertahun-tahun kemudian akan tetapi ternyata dapat tetap bertahan hingga kini.

Kolonialisme Belanda kemudian masuk dan Sumatera Barat digabungkan ke dalam Hindia Belanda. Pemerintah kolonial memaksakan budaya patriarkat kepada masyarakat Minang. Perempuan Minang "diikat" dalam *rumah gadang* mereka, dibatasi akses dan gerakannya. Pada periode ini peran perempuan Minang banyak tereduksi dan mengalami perubahan sehingga pada awal abad ke-20 terjadilah transformasi sosial di Sumatera Barat seiring dengan derasnya arus pergerakan diberbagai belahan lain Indonesia (Hadler dalam Suryadi, 2009). Akan tetapi transformasi tersebut belum banyak memperbaiki nasib perempuan Minang yang sudah terlanjur tereduksi oleh kolonialisme.

Arus kapitalisme makin deras mengalir dengan dibukanya jalan lintas barat Sumatera. Potensi alam Sumatera Barat telah mendorong para kapitalis datang dan mengeksploitasi secara besar-besaran. Akibatnya terjadi banyak perubahan dalam budaya dan struktur sosial masyarakat (Herwandi dkk, 2006). Berbagai masalah tanah, ganti rugi dan hak waris telah mengubah pola hubungan kekerabatan. Berkurangnya lapangan pekerjaan dan arus urbanisasi membuat kaum muda makin tertarik pada kota. Terjadilah pergeseran struktural secara perlahan-lahan dari masyarakat agraris ke masyarakat industri.

Pada saat itulah keluarga-keluarga batih makin melepaskan diri dari *rumah gadang* mereka. Dan terjadilah apa yang menurut Sairin (1992) pergeseran nilai kekerabatan dari keluarga besar (*extended famili*) ke keluarga inti (*nuclear family*). Seorang suami sudah betul-betul berfungsi sebagai kepala keluarga dan ditangannyalah sepenuhnya terletak tanggung jawab terhadap keluarga. Seorang istri pun telah menjadi ibu yang bertanggung jawab atas kelangsungan rumah tangganya, waktunya tidak lagi terbagi untuk menghadapi persoalan keluarga besarnya. Akan tetapi hubungan dengan keluarga besar merenggang. Keeratan pertalian antara *mamak* dan kemenakan melonggar karena tanggung jawab *mamak* telah diambil alih oleh ayah. Dilain pihak hubungan ayah dan anak menguat (Sairin, 1992). Seperti yang juga dikatakan Asnawi (1992), telah terjadi kecenderungan bergesernya kehidupan kepada norma keluarga kecil.

Munculnya keluarga inti ini pun memunculkan dikotomi pada kehidupan keluarga. Tanggung jawab ke dalam diserahkan kepada istri seperti membersihkan rumah, merawat anak dan lain sebagainya. Sedangkan tanggung jawab keluar seperti mencari nafkah dan kegiatan kemasyarakatan lainnya diserahkan kepada suami (Amir B., 1983). Hal ini membuat seorang istri merasa sangat tergantung pada suami karena masa depan diri dan anak-anak berada di tangan suaminya. Dominasi laki-laki pun menguat sementara peran perempuan melemah. Hal inilah yang kemudian dapat membuka peluang munculnya ketidaksetaraan gender dalam keluarga.

2.7 Determinan Pengambilan Keputusan di Bidang Kesehatan dalam Keluarga

Berbagai penelitian tentang kesetaraan gender biasanya melihat karakteristik perempuan sebagai determinannya. Hal ini dikarenakan pada umumnya posisi perempuan lebih lemah dari laki-laki, status dan fasilitas yang didapat perempuan juga lebih rendah daripada laki-laki. Bila kesetaraan gender tersebut hendak dicapai maka hal yang utama adalah memperbaiki kondisi perempuan, dengan kata lain memberdayakan perempuan hingga bisa mendapatkan kesetaraan dengan laki-laki.

Pemberdayaan perempuan akan menambah pengetahuan perempuan mengenai hubungan egaliter antara laki-laki dan perempuan dan akan memacu tumbuhnya kesadaran perempuan tentang kesetaraan gender.

Penelitian tentang pengambilan keputusan dalam rumah tangga sebelumnya telah dilakukan oleh Sayogyo (1981) di pedesaan Jawa untuk melihat bagaimana keputusan diambil oleh perempuan dan laki-laki sehubungan dengan kegiatan dan kesejahteraan rumah tangga. Menurut Sayogyo, faktor-faktor yang berhubungan dengan peranan wanita dalam pengambilan keputusan adalah karakteristik wanita itu sendiri yaitu pendidikan, pengalaman, keterampilan dan kekayaan yang disumbangkan wanita tersebut pada perkawinan.

Senada dengan penelitian Sayogyo, Lestari (1990) juga melakukan penelitian mengenai pengambilan keputusan dalam keluarga menggunakan data

hasil wawancara dengan 160 wanita bekerja dan tidak bekerja di daerah Jatirawamangun. Hasilnya menunjukkan bahwa secara umum istri yang bekerja menunjukkan peran yang lebih besar dibandingkan istri yang tidak bekerja dalam mengambil keputusan.

Begitu juga dengan Molo (1995) di daerah Jawa. Hasilnya menunjukkan bahwa gaji/upah yang diterima perempuan sangat penting dalam meningkatkan peranan perempuan dalam mengambil keputusan. Selain itu pendidikan dan kekayaan relatif perempuan juga berpengaruh terhadap keikutsertaan perempuan dalam pengambilan keputusan. Selanjutnya dikatakan dengan meningkatnya status sosial ekonomi rumah tangga akan meningkatkan pengaruh suami dalam proses pengambilan keputusan. Di daerah pedesaan Jawa, suami adalah pencari nafkah utama dalam rumah tangga sehingga status sosial ekonomi rumah tangga yang makin baik akan makin memperkuat status suami dalam rumah tangga.

Demikian juga Singarimbun (1996) mengatakan bahwa kombinasi kemajuan pendidikan, usia kawin yang meningkat, selisih umur suami dan istri yang makin kecil dan mobilitas yang tinggi bagi wanita dapat meningkatkan peran wanita dalam mengambil keputusan di rumah tangga.

Jejeebhoy (2000) mencoba mengeksplorasi otonomi perempuan di tingkat rumah tangga dalam konteks pedesaan India. Ukuran otonomi yang dilihat adalah pengambilan keputusan di bidang ekonomi, dalam urusan yang berkaitan dengan anak, dalam urusan yang berkaitan dengan perkawinan, kebebasan melakukan gerakan, hubungan dengan suami dan akses terhadap sumber daya. Sedangkan faktor-faktor yang dinilai mempengaruhi otonomi adalah pendidikan, penghasilan, umur ketika kawin, perbedaan umur dengan pasangan, lama perkawinan, jumlah anak, adanya anak laki-laki dan besar mas kawin.

Saputra (2001) yang meneliti mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi otonomi perempuan dalam pengambilan keputusan mendapati bahwa perempuan yang bekerja, perempuan dengan tingkat pendidikan lebih tinggi, perempuan yang kawin pada usia lebih tua dan perempuan tanpa ibu mertua sebagai anggota rumah tangga ternyata memiliki otonomi lebih besar dalam mengambil keputusan di rumah tangga. Sedangkan variabel lainnya yaitu tingkat penghasilan perempuan,

status pekerjaan perempuan, daerah tempat tinggal, agama, perbedaan umur suami istri, lama perkawinan dan perempuan sebagai kepala rumah tangga yang semula diduga memiliki hubungan kuat dengan otonomi perempuan, menurut data yang digunakan ternyata tidak memiliki hubungan yang signifikan.

Khanam (2003) juga meneliti mengenai pola pengambilan keputusan pada pasangan dengan istri yang bekerja dan dengan istri yang tidak bekerja. Sampel diambil di daerah Mymensingh, Bangladesh sejumlah 120 pasangan. Hasilnya menunjukkan bahwa suami dengan istri tidak bekerja lebih dominan dalam pengambilan keputusan sedangkan pasangan suami istri yang bekerja menunjukkan kerjasama dalam mengambil keputusan. Pada pemodelan istri, analisis inferensnya menunjukkan bahwa pendidikan dan pekerjaan istri mempunyai hubungan positif dengan keterlibatan istri dalam pengambilan keputusan. Sementara dari model suami, pendidikan dan pekerjaan istri berhubungan negatif dengan keterlibatan suami dalam pengambilan keputusan sedangkan ideologi dan pelatihan jender berhubungan positif terhadap keterlibatan suami dalam pengambilan keputusan.

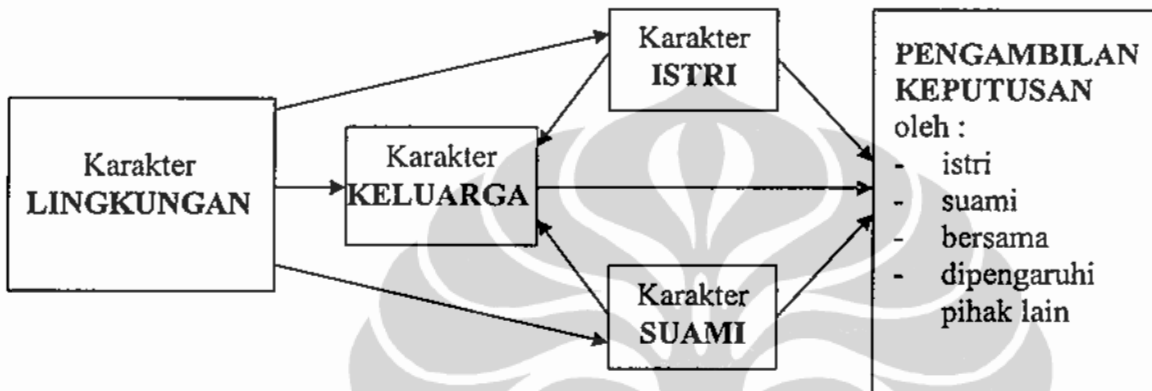
Penelitian mengenai pengambilan keputusan di bidang kesehatan umumnya belum banyak dilakukan sehingga sebagai landasan teori untuk faktor-faktor yang mempengaruhinya akan dipakai landasan teori untuk faktor-faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan secara umum.

Berdasarkan berbagai penelitian diatas, variabel-variabel yang mempengaruhi kesetaraan suami istri dalam mengambil keputusan dapat dikelompokkan kedalam empat kelompok, seperti yang dilakukan oleh Saputra (2003), yaitu :

1. **Karakter individu istri**, seperti umur, pendidikan, agama, aktivitas utama, status bekerja, lapangan usaha, umur ketika memasuki perkawinan.
2. **Karakter individu suami**, seperti aktivitas utama, status pekerjaan dan lapangan usaha.
3. **Karakter rumah tangga**, seperti selisih umur suami istri, selisih pendidikan suami istri, lama perkawinan, lokasi rumah tangga, perbandingan penghasilan suami/istri, status ibu mertua dari istri.

4. **Karakter komunitas**, seperti sistem kekerabatan dalam rumah tangga, perbandingan sumber daya orang tua dan mertua.

Dengan demikian kerangka pikir teoritis untuk kesetaraan suami istri dalam pengambilan keputusan di rumah tangga dapat disusun sebagai berikut :



Gambar 2.1 Kerangka Pikir Teoritis Kesetaraan Suami istri Dalam Pengambilan Keputusan Keluarga

Karena banyak sekali hal-hal yang dapat mempengaruhi dalam suatu pengambilan keputusan maka dalam penelitian ini akan dilakukan pembatasan-pembatasan. Salah satunya adalah dengan melihat faktor yang mempengaruhi peranan perempuan dalam pengambilan keputusan dari sisi istri. Seperti yang kita ketahui, perempuan adalah pihak yang selalu dianggap lebih lemah. Maka bila hendak mencapai kesetaraan jender, yang harus dilakukan adalah memberdayakan perempuan. Seperti yang dikatakan oleh Wallerstein and Bernstein (Jejeebhoy, 2000) : "*Empowerment* adalah suatu proses aksi sosial untuk meningkatkan partisipasi masyarakat, organisasi dan komunitas sehingga mereka dapat mengontrol hidup mereka dalam komunitas dan masyarakat yang lebih besar. Dengan perspektif itu *empowerment* bukan dimaksudkan untuk menguasai atau mendominasi orang lain melainkan untuk mendapatkan kemampuan bekerja bersama orang lain sehingga perubahan dapat dilakukan". Dengan demikian dalam penelitian ini karakter suami tidak akan dibahas lebih lanjut.

Seperti yang disebutkan oleh Sayogyo (1981), faktor yang paling mempengaruhi peran perempuan dalam pengambilan keputusan adalah karakter perempuan itu sendiri yang dibentuk oleh pendidikannya. Pendidikan adalah suatu kegiatan pembinaan sikap mental yang dapat menentukan tingkah laku. Pendidikan yang diperoleh seseorang dapat mengubah pola pikir dan wawasannya. Bersamaan dengan itu cara pandang orang tersebut terhadap dirinya pun turut berubah. Hal itupun kemudian akan mempengaruhi cara orang tersebut dalam mengambil keputusan. Demikian pula dengan hasil penelitian Singarimbun (1996), rendahnya sumber daya pribadi istri berupa pendidikan formal menyebabkan wewenang dalam keluarga lebih banyak ditangan suami. Penelitian Khanam (2003) juga menunjukkan bahwa pendidikan istri mempengaruhi kemandiriannya dalam mengambil keputusan serta mempengaruhi pula caranya dalam berinteraksi dengan suami.

Penelitian Khanam di Bangladesh tersebut juga menyatakan bahwa selain pendidikan, pekerjaan istri juga memiliki pengaruh signifikan terhadap keterlibatan istri dalam pengambilan keputusan. Pemegang wewenang terhadap sumber ekonomi keluarga akan memiliki kekuasaan lebih dalam pengambilan keputusan dalam keluarga. Hal tersebut juga ditegaskan oleh Lestari (1990) dan Saputra (2003). Singarimbun (1996) lebih memilih untuk memasukkan gaji/upah sebagai faktor yang mempengaruhi otonomi perempuan. Tingkat gaji memang memiliki hubungan kuat dengan otonomi perempuan. Akan tetapi perbedaan otonomi secara substansi lebih tampak pada kelompok perempuan yang tidak bekerja dan perempuan bekerja. Karena itu pada penelitian ini akan dipakai status perempuan sebagai salah satu variabel yang mempengaruhi peran perempuan dalam pengambilan keputusan.

Untuk mewakili karakter keluarga akan dipakai variabel usia saat kawin pertama, perbedaan umur antara suami istri dan jumlah anak masih hidup.

Perkawinan di usia muda tidak dianjurkan sebab selain berdampak negatif terhadap kesehatan ibu dan anak, juga berdampak negatif terhadap statusnya dalam keluarga. Perempuan yang kawin di usia muda sebenarnya belum siap secara fisik dan mental. Perkawinan usia muda juga akan menghambat perempuan

dalam memperoleh pendidikan lebih tinggi dan dengan demikian tidak akan meningkatkan otonominya dalam mengambil keputusan. Menurut Jejeebhoy (2000), perempuan yang menunda perkawinan akan lebih mandiri, otonomi dan harga dirinya juga akan lebih tinggi dibandingkan perempuan yang menikah lebih awal.

Perbedaan umur yang besar antara suami istri juga memicu perbedaan kesetaraan antara suami istri dalam rumah tangga. Menurut Hanum (1997), selisih umur yang jauh akan membuat kematangan seorang perempuan tertinggal dibandingkan suaminya. Akibatnya terdapat ketergantungan emosional antara istri terhadap suami yang akan menyebabkan ketidak sejajaran antara suami dan istri dalam rumah tangga. Singarimbun (1996) menyatakan bahwa selisih umur suami dan istri yang semakin kecil akan membuat peran perempuan makin menguat.

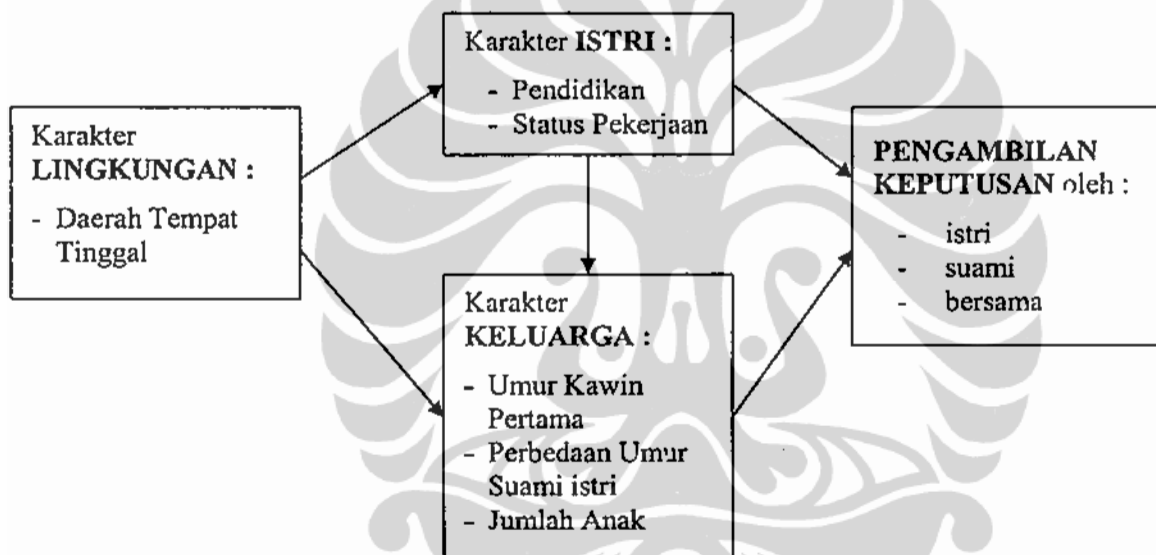
Pada masyarakat tradisional, martabat seorang perempuan ditentukan oleh jumlah anak yang dilahirkannya (Boserup, 1984). Hal ini berkaitan dengan fungsi reproduksi yang dimiliki perempuan sehingga semakin banyak anak semakin berhasil pula perempuan itu dalam memenuhi fungsi reproduksinya. Penelitian Jejeebhoy (2000) pun menunjukkan hasil bahwa jumlah anak memiliki hubungan positif dengan peran perempuan dalam mengambil keputusan. Demikian juga dengan penelitian Speizer dkk (2005) di Honduras yang menyebutkan bahwa pada pasangan yang tidak memiliki anak kekuasaan lebih tinggi dalam mengambil keputusan cenderung dipegang oleh suami.

Sebagai variabel yang mewakili karakteristik lingkungan, digunakan variabel daerah tempat tinggal yang secara umum dianggap dapat mewakili perbedaan kultur antara perkotaan dan pedesaan. Secara teknis variabel ini memang disediakan oleh Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia untuk menggambarkan secara umum perbedaan budaya dan kekerabatan antara masyarakat perkotaan yang lebih individual dengan masyarakat desa yang lebih komunal. Hasil penelitian Saputra (2003) memang tidak menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara daerah tempat tinggal dengan otonomi perempuan. Akan tetapi karena variabel ini dianggap penting dan dirasa dapat

mewakili karakter lingkungan maka variabel ini tetap dimasukkan ke dalam model.

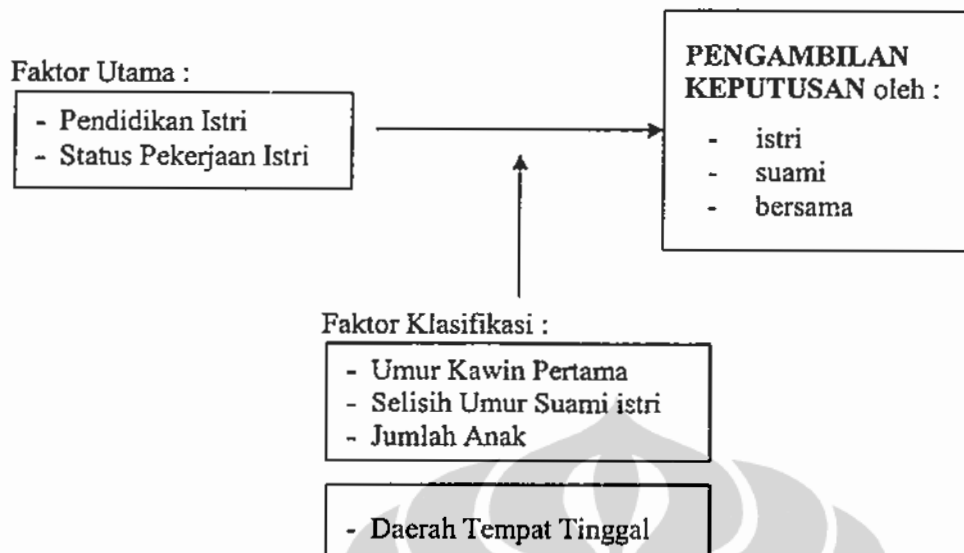
Pembatasan lingkup penelitian juga dilakukan pada siapa yang mengambil keputusan. Dalam hal ini karena yang ingin diteliti adalah pola hubungan antara suami istri maka pengaruh orang lain dalam pengambilan keputusan itu ditiadakan.

Dengan pertimbangan diatas, maka kerangka pikir operasional disusun sebagai berikut :



Gambar 2.2 Kerangka Pikir Operasional Kesetaraan Suami Istri dalam Pengambilan Keputusan Keluarga

Karena variabel diatas terlalu banyak untuk dimasukkan ke dalam satu model sekaligus maka model akan dibentuk berdasarkan kelompok variabel. Kelompok variabel pertama terdiri dari dua variabel yang dianggap paling penting dalam penelitian ini yaitu tingkat pendidikan istri, status bekerja istri. Kedua variabel ini disebut faktor utama. Keempat variabel lain akan berfungsi sebagai faktor klasifikasi. Dengan demikian akan dibentuk kerangka pikir analisis sebagai berikut :



Gambar 2.3 Kerangka Pikir Analisis Kesetaraan Suami Istri dalam Pengambilan Keputusan Keluarga

2.8 Hipotesis

Hipotesis yang akan diuji dalam penelitian ini adalah :

1. Ada perbedaan kecenderungan antara istri yang berpendidikan lebih rendah untuk mengambil keputusan sendiri daripada bersama suami dibandingkan dengan istri yang berpendidikan tinggi pada setiap kelompok status pekerjaan istri baik mengenai pengobatan medis anak maupun untuk pemeriksaan kesehatan istri.
2. Ada perbedaan kecenderungan antara istri yang tidak bekerja dan yang bekerja tidak dibayar untuk mengambil keputusan sendiri daripada bersama suami dibandingkan dengan istri yang bekerja dibayar, pada setiap kelompok pendidikan istri baik mengenai pengobatan medis anak maupun untuk pemeriksaan kesehatan istri.
3. Ada perbedaan kecenderungan antara suami yang istrinya berpendidikan lebih rendah untuk mengambil keputusan sendiri daripada bersama istri dibandingkan dengan suami yang istrinya berpendidikan tinggi pada setiap

kelompok status pekerjaan istri baik mengenai pengobatan medis anak maupun untuk pemeriksaan kesehatan istri.

4. Ada perbedaan kecenderungan antara suami yang istrinya tidak bekerja dan bekerja tidak dibayar untuk mengambil keputusan sendiri daripada bersama istri dibandingkan dengan suami yang istrinya bekerja dibayar, pada setiap kelompok pendidikan istri baik mengenai pengobatan medis anak maupun untuk pemeriksaan kesehatan istri.
5. Ada perbedaan kecenderungan antara istri yang kawin pertamanya pada umur kurang dari 21 tahun untuk mengambil keputusan sendiri daripada bersama suami dibandingkan istri yang kawin pertamanya pada umur 21 tahun keatas pada setiap kelompok pendidikan istri dan status bekerja istri baik mengenai pengobatan medis anak maupun untuk pemeriksaan kesehatan istri.
6. Ada perbedaan kecenderungan antara suami yang istrinya kawin pertama pada umur kurang dari 21 tahun untuk mengambil keputusan sendiri daripada bersama istri dibandingkan dengan suami yang istrinya kawin pertama pada umur 21 tahun keatas pada setiap kelompok pendidikan istri dan status bekerja istri baik mengenai pengobatan medis anak maupun untuk pemeriksaan kesehatan istri.
7. Ada perbedaan kecenderungan antara istri yang selisih umurnya 5 tahun atau lebih untuk mengambil keputusan sendiri daripada bersama suami dibandingkan istri yang selisih umurnya kurang dari 5 tahun untuk setiap kelompok pendidikan istri dan status bekerja istri baik mengenai pengobatan medis anak maupun untuk pemeriksaan kesehatan istri.
8. Ada perbedaan kecenderungan antara suami yang selisih umurnya 5 tahun atau lebih dengan istri untuk mengambil keputusan sendiri daripada bersama istri dibandingkan suami yang selisih umurnya kurang dari 5 tahun dengan istri, pada setiap kelompok pendidikan istri dan status bekerja istri baik mengenai pengobatan medis anak maupun untuk pemeriksaan kesehatan istri.
9. Ada perbedaan kecenderungan antara istri yang jumlah anaknya 1-2 orang untuk mengambil keputusan sendiri daripada bersama suami dibandingkan istri yang jumlah anaknya 3 orang atau lebih, pada setiap kelompok

pendidikan istri dan status bekerja istri baik mengenai pengobatan medis anak maupun untuk pemeriksaan kesehatan istri.

10. Ada perbedaan kecenderungan antara suami yang jumlah anaknya 1-2 orang untuk mengambil keputusan sendiri daripada bersama istri dibandingkan suami yang jumlah anaknya 3 orang atau lebih, pada setiap kelompok pendidikan istri dan status bekerja istri baik mengenai pengobatan medis anak maupun untuk pemeriksaan kesehatan istri.
11. Ada perbedaan kecenderungan antara istri yang tinggal di desa untuk mengambil keputusan sendiri daripada bersama suami dibandingkan istri yang tinggal di kota, pada setiap kelompok pendidikan istri dan status bekerja istri baik mengenai pengobatan medis anak maupun untuk pemeriksaan kesehatan istri.
12. Ada perbedaan kecenderungan antara suami yang tinggal di desa untuk mengambil keputusan sendiri daripada bersama istri dibandingkan suami yang tinggal di kota, pada setiap kelompok pendidikan istri dan status bekerja istri baik mengenai pengobatan medis anak maupun untuk pemeriksaan kesehatan istri.

BAB 3 METODE PENELITIAN

Pada bab ini akan dibahas mengenai data, sampel, definisi operasional variabel-variabel serta metode yang digunakan dalam penelitian ini.

3.1 Sumber Data

Sumber data yang digunakan disini adalah data sekunder yang berasal dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007 yang diselenggarakan oleh Badan Pusat Statistik (BPS). Hingga saat ini BPS telah menyelenggarakan kegiatan SDKI sebanyak empat kali yaitu pada tahun 1991, 1994, 1997 dan 2002. Sebagai bagian dari program internasional, pertanyaan-pertanyaan dalam survei ini secara umum merujuk pada DHS (*Demographic and Health Survey*). SDKI secara khusus dirancang untuk mengumpulkan berbagai informasi mengenai tingkat kelahiran, kematian, prevalensi KB dan kesehatan terutama kesehatan reproduksi (BPS, 2007). Meskipun demikian, dalam survei tersebut tersedia juga informasi-informasi yang diperlukan untuk penelitian ini.

Kegiatan SDKI 2007 mencakup pencatatan rumah tangga dan tiga modul individu yaitu :

1. Modul Wanita Pernah Kawin (WPK), untuk responden wanita pernah kawin berusia 15-49 tahun.
2. Modul Pria Kawin (PK), untuk responden pria kawin berusia 15-54 tahun.
3. Modul Remaja (R), untuk responden remaja usia 15-24 tahun.

Informasi untuk penelitian ini didapatkan dari wanita pernah kawin berusia 15-49 tahun yang dicacah dengan modul WPK.

Pemilihan sampel wanita pernah kawin usia 15-49 tahun dalam SDKI 2007 dilakukan dengan metode *sampling two stage design* yaitu pemilihan sampel dalam dua tahap (BPS, 2007). Tahap pertama, dari daftar blok sensus terpilih Sakernas 2007, masing-masing untuk daerah perkotaan dan pedesaan, dilakukan pemilihan sampel blok sensus secara sistematis. Pada setiap blok sensus tersebut kemudian dilakukan tahapan kedua yaitu pemilihan 25 rumah tangga secara sistematis dengan kerangka sampelnya hasil listing Sakernas 2007. Di setiap

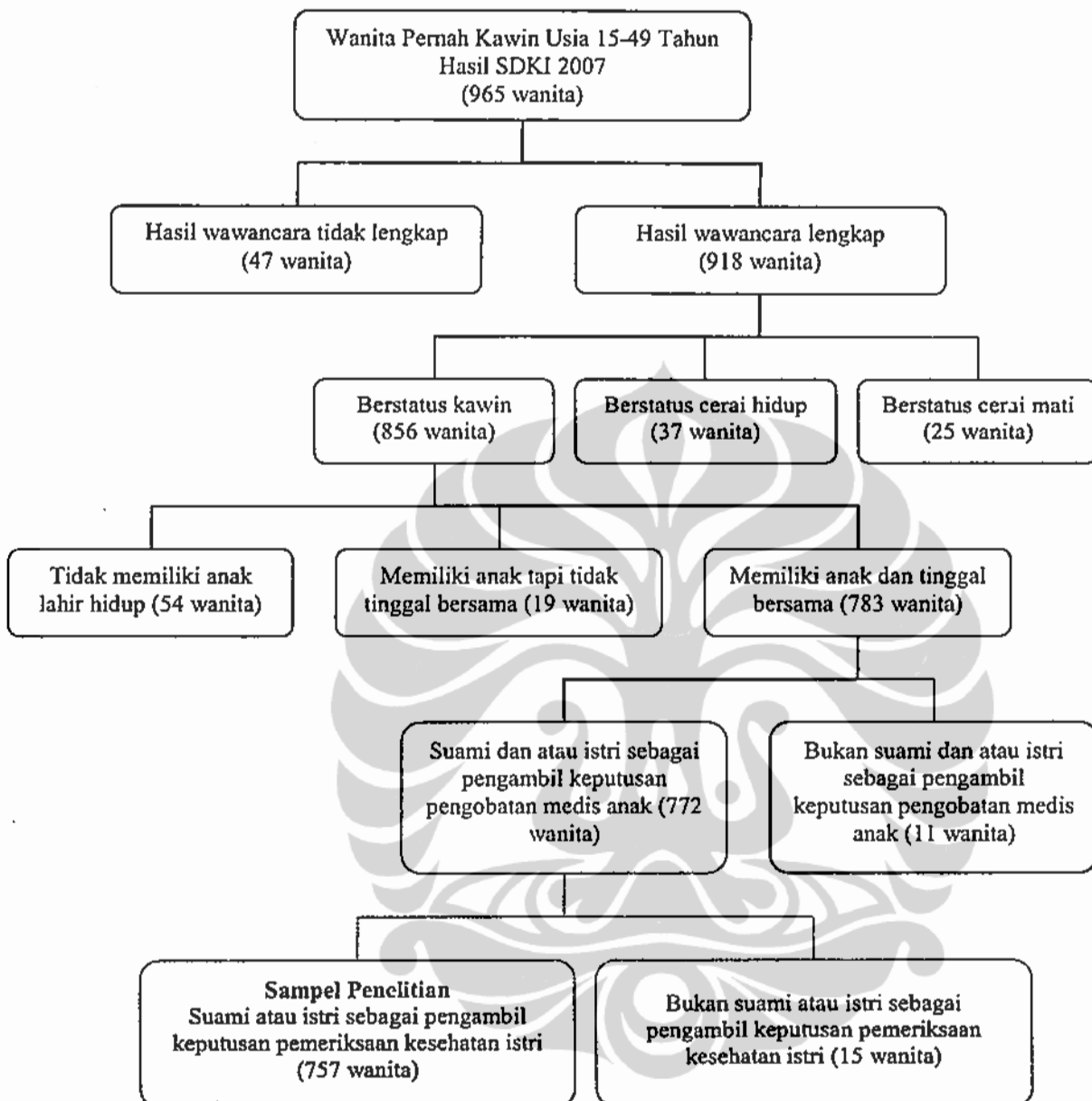
rumah tangga terpilih ini, apabila didalamnya terdapat wanita pernah kawin berusia 15-49 tahun, akan dilakukan wawancara dengan wanita tersebut sebagai responden.

Berbeda dengan SDKI sebelumnya, SDKI 2007 telah mencakup semua propinsi di Indonesia. Akan tetapi, sesuai dengan tujuan penelitian, disini hanya akan dipakai hasil SDKI 2007 untuk propinsi Sumatera Barat saja.

3.2 Sampel Penelitian

Populasi penelitian ini adalah semua wanita pernah kawin berusia 15-49 tahun di Sumatera Barat yang terpilih menjadi responden SDKI 2007. Populasi ini berjumlah 965 responden yang kemudian dipilih kembali berdasarkan kelengkapan hasil wawancara. Karena penelitian ini bermaksud melihat pola hubungan pada pasangan suami istri maka dari 918 wanita dengan hasil wawancara lengkap ini kemudian dipilih kembali yang sedang berstatus kawin.

Dari 856 wanita terpilih ini selanjutnya akan dilakukan pemilihan kembali sehingga pada akhirnya terbentuk dua set sampel yang memenuhi syarat sebagai unit analisis penelitian ini. Set sampel pertama adalah unit analisis dimana karakteristik istri, rumah tangga dan lingkungannya akan dilihat pengaruhnya terhadap siapa yang mengambil keputusan terakhir mengenai pengobatan medis anak. Pada set sampel kedua akan diteliti pengaruh karakteristik istri, rumah tangga dan lingkungan yang dimiliki terhadap siapa yang mengambil keputusan terakhir tentang pemeriksaan kesehatan istri. Adapun alur pemilihan sampelnya dapat dilihat pada gambar 3.1.



Gambar 3.1 Diagram Alur Pemilihan Sampel Penelitian

3.3 Operasional Variabel

Dalam penelitian ini definisi operasional variabel yang digunakan adalah sebagai berikut :

1. Pengambil Keputusan Akhir Tentang Pengobatan Medis Anak

Variabel yang diambil dari pertanyaan 489A pada kuesioner ini menggambarkan siapa yang membuat keputusan akhir untuk mencari

pertolongan medis saat anak sakit. Pada kuesioner disediakan pilihan jawaban untuk orang lain sebagai pengambil keputusan. Untuk penelitian ini kategori hanya akan dibatasi pada suami istri saja sebagai pengambil keputusan. Apabila suami mengambil keputusan bersama orang lain maka akan dimasukkan kedalam kategori suami sebagai pengambil keputusan. Demikian juga bila istri mengambil keputusan bersama orang lain akan dimasukkan kedalam kategori istri sebagai pengambil keputusan. Dengan demikian variabel ini memiliki tiga kategori :

- 1 : istri
- 2 : suami
- 3 : bersama

2. Pengambil Keputusan Tentang Pemeriksaan Kesehatan Istri

Variabel ini diambil dari pertanyaan 719 dan menunjukkan siapa yang biasanya memutuskan mengenai pemeriksaan kesehatan istri. Seperti halnya pengambilan keputusan mengenai pengobatan medis anak, variabel ini disederhanakan menjadi hanya memiliki tiga kategori saja :

- 1 : istri
- 2 : suami
- 3 : bersama

3. Tingkat Pendidikan Istri

Menurut BPS, tingkat pendidikan adalah jenjang pendidikan formal tertinggi yang ditamatkan oleh seseorang. Dalam penelitian ini tingkat pendidikan istri dibagi menjadi tiga kategori :

- 1 : rendah
- 2 : menengah
- 3 : tinggi

Kategori rendah merujuk pada istri yang pendidikannya tidak tamat SD kebawah. Kategori sedang adalah mereka yang pendidikannya tamat SD atau SLTP dan kategori tinggi adalah mereka yang pendidikannya tamat SLTA atau yang sederajat keatas. Variabel ini diolah dari pertanyaan 108 dan 109.

4. Status Pekerjaan Istri

Seperti yang banyak dikatakan dalam berbagai literatur, istri yang tidak bekerja cenderung bergantung secara emosional kepada suami, sementara

istri yang bekerja tetapi tidak mendapatkan imbalan juga masih memiliki kecenderungan untuk bergantung pada suami. Karena itu dalam penelitian ini status pekerjaan istri dikelompokkan menjadi tiga kategori :

- 1 : tidak bekerja
- 2 : bekerja tidak dibayar
- 3 : bekerja dibayar

Dimana konsep bekerja mengacu pada konsep BPS yaitu aktivitas yang dilakukan minimum 1 jam secara kontinyu dalam seminggu yang lalu dengan maksud menghasilkan atau membantu menghasilkan upah, gaji, laba atau penghasilan baik berupa barang ataupun uang. Variabel ini diperoleh dari pertanyaan 707, 708 dn 716 dalam kuesioner.

5. Umur Kawin Pertama

Variabel ini diperoleh dari pertanyaan 512. Umur kawin pertama adalah umur saat melakukan perkawinan atau pernikahan untuk pertama kali. Umur 21 tahun secara umum dianggap sebagai umur saat seseorang mencapai kedewasaan atau kematangan dalam berpikir sehingga menurut Undang-undang no.1 tahun 1974 tentang Perkawinan, tepatnya pasal 6, seseorang yang belum mencapai umur 21 tahun tidak dibenarkan melangsungkan perkawinan tanpa mendapat ijin dari orang tua atau wali. Dengan demikian variabel ini dibagi menjadi dua kategori :

- 1 : kurang dari 21 tahun
- 2 : 21 tahun atau lebih

6. Selisih Umur Suami istri

Selisih umur suami istri ini didapat dari mengurangkan umur suami dengan umur istri (pertanyaan 702 dikurangi pertanyaan 106). Variabel ini terbagi menjadi dua kategori :

- 1 : 5 tahun atau lebih
- 2 : kurang dari 5 tahun

Suami yang lebih tua 5 tahun atau lebih dibandingkan istrinya masuk kedalam kategori pertama. Suami yang lebih muda dan seusia masuk kedalam kategori kedua. Demikian juga suami yang lebih tua 1 sampai 4 tahun masuk kedalam kategori kedua. Pengkategorian ini dilakukan dengan memakai nilai rata-rata variabel sebagai dasar. Pengkategorian selisih umur

suami istri seperti diatas juga dilakukan oleh Meitei (2001) dengan alasan selisih umur 5 tahun antara suami istri telah menunjukkan adanya perbedaan kematangan antara kedua pihak.

7. Jumlah Anak Masih Hidup

Variabel ini didapatkan dari menjumlahkan jawaban pertanyaan 203 dan 205 dalam kuesioner. Jumlah anak masih hidup adalah jumlah anak yang dilahirkan seorang perempuan dan saat ini masih hidup. Speizer dkk (2005) menyatakan bahwa tidak memiliki anak cenderung mengurangi peran perempuan dalam mengambil keputusan dan dengan bertambahnya anak perilaku ini berubah. Mereka kemudian menggolongkan jumlah anak menjadi empat kategori. Pengkategorian dalam penelitian ini mengikuti apa yang telah dilakukan Speizer dkk dan melakukan penyederhanaan dengan menggabungkan kategori ketiga dan keempat menjadi satu kategori. Dengan demikian jumlah anak masih hidup dibagi kedalam tiga kategori :

- 1 : 1-2 orang
- 2 : 3 orang atau lebih

8. Daerah Tempat Tinggal

Variabel daerah tempat tinggal ini didapat dari pertanyaan 5 mengenai klasifikasi wilayah. Variabel ini dipilih karena dianggap dapat mewakili adanya pengaruh perbedaan lingkungan sekitar dan budaya pada hubungan antara suami istri. Sesuai dengan kuesioner, variabel ini terbagi dua :

- 1 : desa
- 2 : kota

Untuk lebih memudahkan, variabel dan kategorinya dapat dilihat pada matriks operasional variabel berikut ini.

Tabel 3.1 Matriks Variabel Operasional

Nama Variabel	Uraian	Skala Pengukuran	Kategori
(1)	(2)	(3)	(4)
MA	Pengambil keputusan tentang pengobatan medis anak	nominal	1 = istri 2 = suami 3 = bersama
KI	Pengambil keputusan tentang pemeriksaan kesehatan istri	nominal	1 = istri 2 = suami 3 = bersama
D	Tingkat pendidikan istri	ordinal	1 = rendah 2 = menengah 3 = tinggi
K	Status bekerja istri	nominal	1 = tidak bekerja 2 = bekerja tidak dibayar 3 = bekerja dibayar
U	Umur kawin pertama	ordinal	1 = kurang dari 21 tahun 2 = 21 tahun atau lebih
S	Selisih umur suami-istri	ordinal	1 = 5 tahun atau lebih 2 = kurang dari 5 tahun
A	Jumlah anak	ordinal	1 = 1-2 orang 2 = 3 orang atau lebih
T	Daerah tempat tinggal	nominal	1 = desa 2 = kota

3.4 Metode Analisis

Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan perangkat lunak SPSS 11.5. Metode analisis yang dipakai terdiri dari dua metode yaitu metode analisis deskriptif dan metode analisis inferensial.

3.4.1 Metode Analisis Deskriptif

Metode analisis deskriptif dilakukan untuk menyajikan data secara sederhana baik dalam bentuk tabel maupun grafik sehingga tetap informatif namun mudah dimengerti. Bentuk paling sederhana dari analisis deskriptif adalah analisis univariat. Analisis univariat ini seringkali tidak diperhatikan karena bentuknya yang sangat sederhana padahal analisis ini dapat digunakan untuk

melakukan evaluasi terhadap ukuran variabel yang ditinjau sebelum melanjutkan analisis seterusnya (Agung, 2004). Dalam penelitian ini analisis univariat dilakukan dengan menggunakan grafik.

Analisis bivariat juga akan digunakan untuk melihat gambaran umum pola pengambil keputusan di Sumatera Barat. Analisis ini dilakukan dengan membuat tabulasi silang antara setiap variabel terikat dengan setiap variabel bebas. Dalam tabel hasil tabulasi silang tersebut juga akan ditampilkan nilai *odds ratio*.

Menurut Agung (2004), dalam suatu tabel frekuensi 2X2 dari sampel bivariat (X,Y) statistik *odds* atau kecenderungan adalah rasio atau perbandingan antara banyaknya observasi dengan nilai X=1 yang termasuk kategori Y=1 dan Y=0. Sebagai contoh adalah tabel 2X2 berikut :

Tabel 3.2 Distribusi Frekuensi Variabel X dan Y

X	Y		Jumlah
	Y=1	Y=0	
(1)	(2)	(3)	(4)
X=1	a	b	a + b
X=0	c	d	c + d
Jumlah	a + c	b + d	n

Dari tabel diatas, statistik *odds* atau kecenderungan ini dapat dituliskan sebagai berikut :

$$Odds_1 = K(Y=1/Y=0 | X=1) = \frac{a}{b} \text{ dan}$$

$$Odds_2 = K(Y=1/Y=0 | X=0) = \frac{c}{d}$$

Oleh Nachrowi (2005) nilai *odds* ini didefinisikan sebagai risiko atau peluang terjadinya suatu peristiwa dibandingkan dengan peluang tidak terjadinya suatu peristiwa.

Odds Ratio kemudian akan membandingkan nilai *odds* antara kelompok pada kategori X = 1 dengan kategori acuan X = 0 (Agung, 2004), sehingga dapat ditulis sebagai berikut :

$$OR (X=1/X=0) = \frac{a/b}{c/d}$$

Nilai *Odds Ratio* ini akan menunjukkan risiko terjadinya peristiwa $Y=1$ pada $X=1$ dibandingkan risiko terjadinya peristiwa serupa, yaitu $Y=1$, pada $X=0$.

Apabila secara langsung kita terapkan pada kondisi yang dihadapi pada penelitian ini maka dapat dibuat tabel seperti dibawah ini dimana variabel Y adalah pengambil keputusan dalam keluarga dan memiliki 3 kategori yaitu istri, suami dan bersama. Variabel X dalam contoh ini adalah tingkat pendidikan istri yang juga memiliki 3 kategori yaitu rendah, menengah dan sedang.

Tabel 3.3 Jumlah dan *Odds Ratio* Pengambil Keputusan dalam Keluarga Menurut Tingkat Pendidikan Istri

Tingkat Pendidikan Istri (X)	Pengambil Keputusan (Y)			<i>Odd₁</i>	<i>Odd₂</i>
	1	2	3		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1	a	b	c	a/c	b/c
2	d	e	f	d/f	e/f
3	g	h	i	g/i	h/i
<i>Odds Ratio</i>			OR ₁	ai/cg	bi/ch
			OR ₂	di/fg	ei/fh

Apabila $Y=3$ adalah kategori yang dipakai sebagai acuan maka nilai *odds a/c* menunjukkan rasio, perbandingan, resiko atau peluang antara banyaknya istri sebagai pengambil keputusan dengan suami istri secara bersama sebagai pengambil keputusan pada kategori istri berpendidikan rendah. Sementara nilai *odds b/c* menunjukkan rasio, perbandingan, resiko atau peluang antara banyaknya suami sebagai pengambil keputusan dengan suami istri secara bersama sebagai pengambil keputusan pada kategori tingkat pendidikan istri rendah.

Selanjutnya, apabila kita pakai kategori $X=3$ sebagai acuan maka pada contoh diatas *odds rasionya* adalah ai/cg , resiko istri pada tingkat pendidikan rendah untuk bertindak sebagai pengambil keputusan adalah ai/cg kali resiko istri pada tingkat pendidikan tinggi untuk bertindak sebagai pengambil keputusan. Hal ini juga seperti yang dijelaskan oleh Nachrowi dan Usman (2005).

Menurut Agung (2008), karena *odds ratio* merupakan ukuran dasar statistik yang sederhana maka *odds ratio* mempunyai kelebihan mudah dimengerti sehingga lebih aplikatif dan secara umum dapat langsung digunakan oleh pengambil keputusan.

3.4.2 Metode Analisis Inferensial

Dalam penelitian ini, variabel tak bebasnya yaitu pengambil keputusan akhir (Y) adalah variabel yang memiliki bentuk kategorik. Demikian juga dengan variabel bebasnya yaitu tingkat pendidikan istri, status bekerja istri, umur perkawinan pertama, selisih umur suami istri, jumlah anak dan daerah tempat tinggal, semuanya merupakan variabel kategorik. Dengan demikian untuk melihat bagaimana pengaruh variabel bebas terhadap tak bebasnya akan diterapkan model regresi logistik multinomial.

Pada penelitian ini, model yang akan dibentuk untuk pengambil keputusan akhir tentang pengobatan medis anak dan pengambil keputusan akhir tentang pemeriksaan kesehatan istri adalah sama.

Menurut Agung (2004), pembuatan model dengan terlalu banyak variabel akan memperbesar kemungkinan timbulnya sel kosong yang dapat menyebabkan model regresi logistik tidak dapat diterapkan. Dengan mempertimbangkan hal tersebut dan berdasarkan kerangka analisis yang terdapat dalam Bab 2 maka pertama-tama akan dibentuk model yang hanya berisi faktor utama saja. Selanjutnya faktor klasifikasi akan dimasukkan satu persatu dengan menggunakan regresi logistik non-hierarki yaitu model regresi logistik yang hanya memuat faktor interaksinya.

Pada setiap model, untuk menguji pengaruh semua variabel dalam model secara bersama maka hipotesis yang diterapkan adalah :

$$H_0 \quad : \beta_{k1} = \beta_{k2} = \dots = \beta_{ki} = \dots = 0, \text{ untuk setiap } k \text{ dan } i$$

$$H_1 \quad : \text{bukan } H_0$$

Statistik yang dipakai untuk menguji hipotesis diatas adalah statistik Rasio Kesamaan Chi-Kuadrat atau *Likelihood Ratio Chi-square* (Agung, 2004). Statistik ini dapat langsung dilihat pada hasil pengolahan yang dilakukan dengan paket program SPSS 11.5. Dalam penelitian ini tingkat signifikansi yang digunakan adalah sebesar 10 %. Dengan demikian dari nilai G^2 dengan nilai-p kurang dari 10 persen maka H_0 akan ditolak, yang menunjukkan arti bahwa variabel yang dimasukkan ke dalam model beserta interaksinya secara bersama memiliki pengaruh terhadap variabel respon Y, dalam hal ini variabel siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga.

Adapun model yang akan dibentuk adalah sebagai berikut :

1. Model yang diterapkan untuk menguji pengaruh status bekerja istri (K) terhadap pengambil keputusan dalam rumah tangga (Y) menurut setiap kelompok tingkat pendidikan istri (D)

$$\ln\left(\frac{P_k}{P_3}\right) = \beta_{k0} + \beta_{k1}(D=1) + \beta_{k2}(D=2) + \beta_{k3}(D=1,K=1) + \beta_{k4}(D=1,K=2) \\ + \beta_{k5}(D=2,K=1) + \beta_{k6}(D=2,K=2) + \beta_{k7}(D=3,K=1) + \beta_{k8}(D=3,K=2) \\ + \varepsilon_k \dots\dots\dots(3.1)$$

Parameter model ini dapat disajikan seperti berikut ini :

Tabel 3.4 Parameter Model Pengambil Keputusan Menurut Tingkat Pendidikan (D) dan Status Bekerja Istri (K)

D	K			Selisih	
	1	2	3	(1)-(3)	(2)-(3)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1	$\beta_{k0} + \beta_{k1} + \beta_{k3}$	$\beta_{k0} + \beta_{k1} + \beta_{k4}$	$\beta_{k0} + \beta_{k1}$	β_{k3}	β_{k4}
2	$\beta_{k0} + \beta_{k2} + \beta_{k5}$	$\beta_{k0} + \beta_{k2} + \beta_{k6}$	$\beta_{k0} + \beta_{k2}$	β_{k5}	β_{k6}
3	$\beta_{k0} + \beta_{k7}$	$\beta_{k0} + \beta_{k8}$	β_{k0}	β_{k7}	β_{k8}

Hipotesis yang dapat diterapkan pada model diatas adalah :

$$H_0 : \beta_{ki} = 0, \text{ untuk } k = 1, 2 \text{ dan } i = 3, 4, \dots, 8$$

$$H_1 : \text{bukan } H_0$$

Hipotesis diatas akan menguji perbedaan pengaruh status bekerja istri terhadap kecenderungan istri atau suami sebagai pengambil keputusan dibandingkan kedua suami istri sebagai pengambil keputusan pada setiap kelompok tingkat pendidikan istri. Dengan demikian bila H_0 ditolak berarti terdapat perbedaan kecenderungan antara istri atau suami sebagai pengambil keputusan ataukah bersama-sama mengambil keputusan, pada kelompok istri yang tidak bekerja dan bekerja tidak dibayar dibandingkan kelompok istri yang bekerja dibayar untuk setiap kelompok tingkat pendidikan istri.

2. Model yang diterapkan untuk menguji pengaruh status bekerja istri (K) terhadap pengambil keputusan dalam rumah tangga (Y) menurut setiap kelompok tingkat pendidikan istri (D)

$$\ln\left(\frac{P_k}{P_3}\right) = \beta_{k0} + \beta_{k1}(K=1) + \beta_{k2}(K=2) + \beta_{k3}(K=1,D=1) + \beta_{k4}(K=1,D=2) \\ + \beta_{k5}(K=2,D=1) + \beta_{k6}(K=2,D=2) + \beta_{k7}(K=3,D=1) + \beta_{k8}(K=3,D=2) \\ + \varepsilon_k$$

Parameter modelnya dapat disajikan seperti dalam tabel berikut ini :

Tabel 3.5 Parameter Model Pengambil Keputusan Menurut Status Bekerja (K) dan Tingkat Pendidikan Istri (D)

K	D			Selisih	
	1	2	3	(1)-(3)	(2)-(3)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1	$\beta_{k0} + \beta_{k1} + \beta_{k3}$	$\beta_{k0} + \beta_{k1} + \beta_{k4}$	$\beta_{k0} + \beta_{k1}$	β_{k3}	β_{k4}
2	$\beta_{k0} + \beta_{k2} + \beta_{k5}$	$\beta_{k0} + \beta_{k2} + \beta_{k6}$	$\beta_{k0} + \beta_{k2}$	β_{k5}	β_{k6}
3	$\beta_{k0} + \beta_{k7}$	$\beta_{k0} + \beta_{k8}$	β_{k0}	β_{k7}	β_{k8}

Hipotesis yang akan diterapkan pada model diatas adalah :

$$H_0 : \beta_{ki} = 0, \text{ untuk } k = 1, 2 \text{ dan } i = 3, 4, \dots, 8 \\ H_1 : \text{bukan } H_0$$

Hipotesis diatas akan menguji perbedaan pengaruh tingkat pendidikan istri terhadap kecenderungan istri atau suami sebagai pengambil keputusan dibandingkan kedua suami istri sebagai pengambil keputusan pada setiap kelompok status bekerja istri. Dengan demikian bila H_0 ditolak berarti terdapat perbedaan kecenderungan antara istri atau suami sebagai pengambil keputusan ataukah bersama-sama mengambil keputusan, pada kelompok istri yang berpendidikan rendah dan menengah dibandingkan kelompok istri yang berpendidikan tinggi untuk setiap kelompok status bekerja istri.

- Model diterapkan untuk mempelajari pengaruh umur kawin pertama (U) terhadap pengambil keputusan dalam rumah tangga pada setiap kelompok tingkat pendidikan istri (D) dan status kerja istri (K)

$$\ln\left(\frac{P_k}{P_3}\right) = \beta_{k0} + \beta_{k1}(D=1,K=1) + \beta_{k2}(D=1,K=2) + \beta_{k3}(D=1,K=3) \\ + \beta_{k4}(D=2,K=1) + \beta_{k5}(D=2,K=2) + \beta_{k6}(D=2,K=3) + \beta_{k7}(D=3,K=1) \\ + \beta_{k8}(D=3,K=2) + \beta_{k9}(D=1,K=1,U=1) + \beta_{k10}(D=1,K=2,U=1) \\ + \beta_{k11}(D=1,K=3,U=1) + \beta_{k12}(D=2,K=1,U=1) + \beta_{k13}(D=2,K=2,U=1)$$

$$\begin{aligned}
 &+ \beta_{k14}(D=2,K=3,U=1) + \beta_{k15}(D=3,K=1,U=1) + \beta_{k16}(D=3,K=2,U=1) \\
 &+ \beta_{k17}(D=3,K=3,U=1) + \varepsilon_k \quad (3.2)
 \end{aligned}$$

Parameter model ini dapat disajikan seperti berikut ini :

Tabel 3.6 Parameter Model Pengambil Keputusan Menurut Tingkat Pendidikan (D), Status Bekerja (K) dan Umur Kawin Pertama Istri (U)

D	K	U		Selisih (3)-(4)
		1	2	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	1	$\beta_{k0} + \beta_{k1} + \beta_{k9}$	$\beta_{k0} + \beta_{k1}$	β_{k9}
1	2	$\beta_{k0} + \beta_{k2} + \beta_{k10}$	$\beta_{k0} + \beta_{k2}$	β_{k10}
1	3	$\beta_{k0} + \beta_{k3} + \beta_{k11}$	$\beta_{k0} + \beta_{k3}$	β_{k11}
2	1	$\beta_{k0} + \beta_{k4} + \beta_{k12}$	$\beta_{k0} + \beta_{k4}$	β_{k12}
2	2	$\beta_{k0} + \beta_{k5} + \beta_{k13}$	$\beta_{k0} + \beta_{k5}$	β_{k13}
2	3	$\beta_{k0} + \beta_{k6} + \beta_{k14}$	$\beta_{k0} + \beta_{k6}$	β_{k14}
3	1	$\beta_{k0} + \beta_{k7} + \beta_{k15}$	$\beta_{k0} + \beta_{k7}$	β_{k15}
3	2	$\beta_{k0} + \beta_{k8} + \beta_{k16}$	$\beta_{k0} + \beta_{k8}$	β_{k16}
3	3	$\beta_{k0} + \beta_{k17}$	β_{k0}	β_{k17}

Untuk menguji perbedaan pengaruh umur kawin pertama terhadap siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga pada setiap kelompok tingkat pendidikan dan status bekerja istri maka dilakukan uji hipotesis berikut :

$$\begin{aligned}
 H_0 &: \beta_{ki} = 0, \text{ untuk } k = 1, 2 \text{ dan } i = 9, 10, \dots, 17 \\
 H_1 &: \text{bukan } H_0
 \end{aligned}$$

Apabila H_0 ditolak berarti umur kawin pertama memiliki pengaruh signifikan terhadap siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga untuk setiap kelompok tingkat pendidikan dan status kerja istri.

4. Model yang diterapkan untuk mempelajari pengaruh selisih umur suami istri (S) terhadap pengambil keputusan dalam rumah tangga pada setiap kelompok tingkat pendidikan istri (D) dan status kerja istri (K)

$$\begin{aligned}
 \ln \left(\frac{P_k}{P_3} \right) = & \beta_{k0} + \beta_{k1}(D=1,K=1) + \beta_{k2}(D=1,K=2) + \beta_{k3}(D=1,K=3) \\
 & + \beta_{k4}(D=2,K=1) + \beta_{k5}(D=2,K=2) + \beta_{k6}(D=2,K=3) + \beta_{k7}(D=3,K=1) \\
 & + \beta_{k8}(D=3,K=2) + \beta_{k9}(D=1,K=1,S=1) + \beta_{k10}(D=1,K=2,S=1) \\
 & + \beta_{k11}(D=1,K=3,S=1) + \beta_{k12}(D=2,K=1,S=1) + \beta_{k13}(D=2,K=2,S=1)
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 &+ \beta_{k14}(D=2,K=3,S=1) + \beta_{k15}(D=3,K=1,S=1) + \beta_{k16}(D=3,K=2,S=1) \\
 &+ \beta_{k17}(D=3,K=3,S=1) + \varepsilon_k \quad (3.3)
 \end{aligned}$$

Parameter model ini dapat disajikan seperti berikut ini :

Tabel 3.7 Parameter Model Pengambil Keputusan Menurut Tingkat Pendidikan (D), Status Bekerja Istri (K) dan Selisih Umur Suami istri (S)

D	K	S		Selisih (3)-(4)
		1	2	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	1	$\beta_{k0} + \beta_{k1} + \beta_{k9}$	$\beta_{k0} + \beta_{k1}$	β_{k9}
1	2	$\beta_{k0} + \beta_{k2} + \beta_{k10}$	$\beta_{k0} + \beta_{k2}$	β_{k10}
1	3	$\beta_{k0} + \beta_{k3} + \beta_{k11}$	$\beta_{k0} + \beta_{k3}$	β_{k11}
2	1	$\beta_{k0} + \beta_{k4} + \beta_{k12}$	$\beta_{k0} + \beta_{k4}$	β_{k12}
2	2	$\beta_{k0} + \beta_{k5} + \beta_{k13}$	$\beta_{k0} + \beta_{k5}$	β_{k13}
2	3	$\beta_{k0} + \beta_{k6} + \beta_{k14}$	$\beta_{k0} + \beta_{k6}$	β_{k14}
3	1	$\beta_{k0} + \beta_{k7} + \beta_{k15}$	$\beta_{k0} + \beta_{k7}$	β_{k15}
3	2	$\beta_{k0} + \beta_{k8} + \beta_{k16}$	$\beta_{k0} + \beta_{k8}$	β_{k16}
3	3	$\beta_{k0} + \beta_{k17}$	β_{k0}	β_{k17}

Untuk menguji perbedaan pengaruh selisih umur suami istri terhadap siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga pada setiap kelompok tingkat pendidikan dan status bekerja istri maka dilakukan uji hipotesis berikut :

$$\begin{aligned}
 H_0 &: \beta_{ki} = 0, \text{ untuk } k = 1, 2 \text{ dan } i = 9, 10, \dots, 17 \\
 H_1 &: \text{bukan } H_0
 \end{aligned}$$

Sehingga apabila H_0 ditolak berarti terdapat perbedaan kecenderungan antara istri atau suami sebagai pengambil keputusan ataukah bersama-sama mengambil keputusan, pada kelompok istri yang selisih umurnya 5 tahun atau lebih dibandingkan kelompok istri yang selisih umurnya dengan suami kurang dari 5 tahun untuk setiap kelompok tingkat pendidikan dan status bekerja istri.

5. Model yang diterapkan untuk mempelajari pengaruh jumlah anak (A) terhadap pengambil keputusan dalam rumah tangga pada setiap kelompok tingkat pendidikan istri (D) dan status kerja istri (K)

$$\begin{aligned}
 \ln\left(\frac{P_k}{P_3}\right) &= \beta_{k0} + \beta_{k1}(D=1,K=1) + \beta_{k2}(D=1,K=2) + \beta_{k3}(D=1,K=3) \\
 &+ \beta_{k4}(D=2,K=1) + \beta_{k5}(D=2,K=2) + \beta_{k6}(D=2,K=3) + \beta_{k7}(D=3,K=1) \\
 &+ \beta_{k8}(D=3,K=2) + \beta_{k9}(D=1,K=1,A=1) + \beta_{k10}(D=1,K=2,A=1)
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 &+ \beta_{k11}(D=1,K=3,A=1) + \beta_{k12}(D=2,K=1,A=1) + \beta_{k13}(D=2,K=2,A=1) \\
 &+ \beta_{k14}(D=2,K=3,A=1) + \beta_{k15}(D=3,K=1,A=1) + \beta_{k16}(D=3,K=2,A=1) \\
 &+ \beta_{k17}(D=3,K=3,A=1) + \varepsilon_k \dots\dots\dots (3.4)
 \end{aligned}$$

Parameter model ini dapat disajikan seperti berikut ini :

Tabel 3.8 Parameter Model Pengambil Keputusan Menurut Tingkat Pendidikan (D), Status Bekerja Istri (K) dan Jumlah Anak (A)

D	K	A		Selisih (3)-(4)
		1	2	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	1	$\beta_{k0} + \beta_{k1} + \beta_{k9}$	$\beta_{k0} + \beta_{k1}$	β_{k9}
1	2	$\beta_{k0} + \beta_{k2} + \beta_{k10}$	$\beta_{k0} + \beta_{k2}$	β_{k10}
1	3	$\beta_{k0} + \beta_{k3} + \beta_{k11}$	$\beta_{k0} + \beta_{k3}$	β_{k11}
2	1	$\beta_{k0} + \beta_{k4} + \beta_{k12}$	$\beta_{k0} + \beta_{k4}$	β_{k12}
2	2	$\beta_{k0} + \beta_{k5} + \beta_{k13}$	$\beta_{k0} + \beta_{k5}$	β_{k13}
2	3	$\beta_{k0} + \beta_{k6} + \beta_{k14}$	$\beta_{k0} + \beta_{k6}$	β_{k14}
3	1	$\beta_{k0} + \beta_{k7} + \beta_{k15}$	$\beta_{k0} + \beta_{k7}$	β_{k15}
3	2	$\beta_{k0} + \beta_{k8} + \beta_{k16}$	$\beta_{k0} + \beta_{k8}$	β_{k16}
3	3	$\beta_{k0} + \beta_{k17}$	β_{k0}	β_{k17}

Hipotesis yang dapat diterapkan pada model diatas adalah :

$$\begin{aligned}
 H_0 &: \beta_{ki} = 0, \text{ untuk } k = 1,2 \text{ dan } i = 3, 4, \dots, 8 \\
 H_1 &: \text{bukan } H_0
 \end{aligned}$$

Hipotesis diatas akan menguji pengaruh jumlah anak terhadap siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga pada setiap tingkat pendidikan istri. Dengan demikian bila H_0 ditolak berarti jumlah anak memiliki pengaruh terhadap siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga pada setiap kelompok tingkat pendidikan dan status bekerja istri.

- Model yang diterapkan untuk mempelajari pengaruh daerah tempat tinggal (T) terhadap pengambil keputusan dalam rumah tangga pada setiap kelompok tingkat pendidikan istri (D) dan status kerja istri (K)

$$\begin{aligned}
 \ln \left(\frac{P_k}{P_3} \right) = & \beta_{k0} + \beta_{k1}(D=1,K=1) + \beta_{k2}(D=1,K=2) + \beta_{k3}(D=1,K=3) \\
 & + \beta_{k4}(D=2,K=1) + \beta_{k5}(D=2,K=2) + \beta_{k6}(D=2,K=3) + \beta_{k7}(D=3,K=1) \\
 & + \beta_{k8}(D=3,K=2) + \beta_{k9}(D=1,K=1,T=1) + \beta_{k10}(D=1,K=2,T=1) \\
 & + \beta_{k11}(D=1,K=3,T=1) + \beta_{k12}(D=2,K=1,T=1) + \beta_{k13}(D=2,K=2,T=1)
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
& + \beta_{k14}(D=2,K=3,T=1) + \beta_{k15}(D=3,K=1,T=1) + \beta_{k16}(D=3,K=2,T=1) \\
& + \beta_{k17}(D=3,K=3,T=1) + \varepsilon_k \dots\dots\dots (3.5)
\end{aligned}$$

Parameter model ini dapat disajikan seperti berikut ini :

Tabel 3.9 Parameter Model Pengambil Keputusan Menurut Tingkat Pendidikan, Status Bekerja Istri (K) dan Daerah Tempat Tinggal (T)

D	K	T		Selisih (3)-(4)
		1	2	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	1	$\beta_{k0} + \beta_{k1} + \beta_{k9}$	$\beta_{k0} + \beta_{k1}$	β_{k9}
1	2	$\beta_{k0} + \beta_{k2} + \beta_{k10}$	$\beta_{k0} + \beta_{k2}$	β_{k10}
1	3	$\beta_{k0} + \beta_{k3} + \beta_{k11}$	$\beta_{k0} + \beta_{k3}$	β_{k11}
2	1	$\beta_{k0} + \beta_{k4} + \beta_{k12}$	$\beta_{k0} + \beta_{k4}$	β_{k12}
2	2	$\beta_{k0} + \beta_{k5} + \beta_{k13}$	$\beta_{k0} + \beta_{k5}$	β_{k13}
2	3	$\beta_{k0} + \beta_{k6} + \beta_{k14}$	$\beta_{k0} + \beta_{k6}$	β_{k14}
3	1	$\beta_{k0} + \beta_{k7} + \beta_{k15}$	$\beta_{k0} + \beta_{k7}$	β_{k15}
3	2	$\beta_{k0} + \beta_{k8} + \beta_{k16}$	$\beta_{k0} + \beta_{k8}$	β_{k16}
3	3	$\beta_{k0} + \beta_{k17}$	β_{k0}	β_{k17}

Untuk menguji perbedaan pengaruh daerah tempat tinggal terhadap siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga pada setiap kelompok tingkat pendidikan dan status bekerja istri maka dilakukan uji hipotesis berikut :

$$\begin{aligned}
H_0 & : \beta_{ki} = 0, \text{ untuk } k = 1, 2 \text{ dan } i = 9, 10, \dots, 17 \\
H_1 & : \text{bukan } H_0
\end{aligned}$$

Apabila H_0 ditolak berarti daerah tempat tinggal memiliki pengaruh signifikan terhadap siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga untuk setiap kelompok tingkat pendidikan dan status kerja istri.

Sesudah melakukan analisis bivariat dan sebelum melakukan pemodelan, terlebih dahulu akan dilakukan tabulasi sampai interaksi tiga variabel terhadap variabel respon (*n-way tabulation*). Selain untuk melihat *odds ratio* antara variabel-variabel tersebut terhadap variabel respon, tabulasi juga berguna untuk mengetahui apakah terdapat sel kosong pada model yang akan dibuat. Apabila tidak terdapat sel kosong maka *odds ratio* dapat dihitung seluruhnya dan untuk selanjutnya pemodelan dapat dilakukan.

Bila terdapat sel yang tidak terisi pada tabulasi tersebut maka untuk melihat pengaruh dari faktor interaksi tersebut dilakukan tabulasi faktor sel.

Dengan asumsi tabulasi sempurna dimana dalam populasi sebenarnya sel tersebut terisi, selanjutnya dilakukan tabulasi silang antara faktor sel yang telah dibuat dengan variabel respon yaitu siapa yang mengambil keputusan tentang pengobatan medis anak dan pemeriksaan kesehatan istri (Agung, 2006). Dengan uji Pearson Chi-square kemudian akan diketahui apakah hubungan faktor interaksi tersebut signifikan dengan variabel respon. Namun demikian cara ini tidak membuat arah dan besar hubungan tersebut diketahui.

3.5 Keterbatasan Penelitian

Beberapa keterbatasan yang dimiliki penelitian ini berkaitan dengan cakupannya adalah sebagai berikut.

1. Pertanyaan mengenai pengobatan medis anak pada survei hanya ditanyakan kepada responden perempuan yang masih memiliki anak yang tinggal bersamanya, sehingga penelitian ini hanya dibatasi pada pasangan yang memiliki anak yang masih tinggal bersama. Dengan demikian bagaimana kesetaraan antara suami istri yang tidak memiliki anak tidak dapat diamati pada penelitian ini.
2. Anak yang diamati dalam penelitian ini tidak dibedakan antara anak balita dan non balita walaupun sesungguhnya kemungkinan ada perbedaan perlakuan cara pengambilan keputusan tentang pengobatan medis anak bagi anak balita dan non balita.
3. Peneliti tidak membedakan antara suami yang tinggal bersama atau tidak tinggal bersama istri dengan asumsi bahwa adanya teknologi telekomunikasi yang makin berkembang membuat jarak tidak lagi memiliki pengaruh besar pada intensitas hubungan kedua pihak.
4. Pada saat berbicara mengenai kesehatan ibu dan anak, biasanya didalamnya dibahas juga masalah Keluarga Berencana. Pada penelitian ini keputusan ber-KB tidak dimasukkan dalam pembahasan karena adanya permasalahan teknis. Sebaran data yang mengumpul di satu titik membuat hasil pengolahan tidak dapat dianalisa sehingga peneliti memutuskan untuk membatasi permasalahan pengambilan keputusan pada pengobatan medis anak dan pemeriksaan kesehatan istri saja.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Analisis Deskriptif

4.1.1 Analisis Univariat

Dari sampel penelitian perempuan berstatus kawin sejumlah 856 orang terpilih 757 orang yang memenuhi syarat sebagai unit analisa. Sebanyak 73 orang tidak dimasukkan kedalam analisis karena tidak memiliki anak atau memiliki anak tetapi tidak tinggal bersama anaknya. Sejumlah perempuan yang menjawab orang lain sebagai pengambil keputusan akhir dalam rumah tangganya juga tidak dimasukkan ke dalam unit analisa, perempuan dalam kelompok ini berjumlah 26 orang.

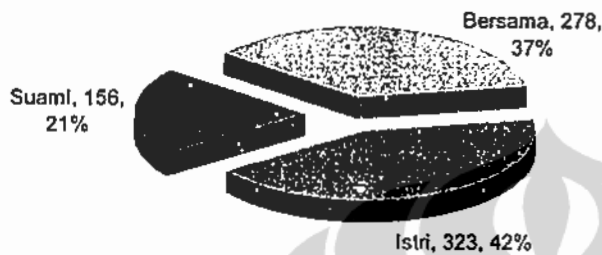
Dari 757 pasangan tersebut ternyata hampir separuh (46 persen) telah secara bersama mengambil keputusan akhir mengenai pengobatan medis anaknya yang menunjukkan adanya kerjasama yang baik pada pasangan-pasangan tersebut. Pada 34 persen pasangan, istri sebagai pengambil keputusan akhir dan pada 20 persen sisanya, suamilah yang bertindak sebagai pengambil keputusan akhir tentang pengobatan medis anak. Hal ini terlihat lebih jelas pada Gambar 4.1 di bawah ini.



Gambar 4.1 Grafik Pengambil Keputusan Akhir Tentang Pengobatan Medis Anak

Tidak seperti keputusan mengenai pengobatan medis anak, pada gambar 4.2 terlihat bahwa pada sebagian besar pasangan keputusan mengenai pemeriksaan kesehatan istri tampak lebih banyak diambil oleh istri sendiri (42 persen). Hal ini menunjukkan pada hampir separuh pasangan dalam sampel penelitian, masalah kesehatan istri belum menjadi masalah bersama keluarga. Di lain pihak hal ini juga menunjukkan adanya kemandirian dari para istri sehingga

dapat mengatasi sendiri masalah kesehatannya. Meskipun demikian pasangan yang memutuskan bersama masalah kesehatan istri juga menunjukkan persentase yang cukup besar (37 persen). Sementara pasangan yang menyerahkan keputusan akhir tentang masalah kesehatan istri pada suami berjumlah 21 persen.



Gambar 4.2 Grafik Pengambil Keputusan Akhir Tentang Pemeriksaan Kesehatan Istri

4.1.2 Analisis Bivariat

Selanjutnya pada Tabel 4.1 dan 4.2 disajikan gambaran tentang pengambil keputusan akhir mengenai pengobatan medis anak dan pemeriksaan kesehatan istri menurut faktor karakteristik istri yaitu tingkat pendidikan dan status pekerjaan istri, faktor rumah tangga yaitu umur istri ketika kawin pertama, selisih umur suami istri dan jumlah anak, serta faktor lingkungan yaitu daerah tempat tinggal.

4.1.2.1 Pengambilan Keputusan Mengenai Pengobatan Medis Anak

a. Perbedaan Pengambil Keputusan Antar Kelompok Karakteristik Istri, Keluarga dan Lingkungan

Dari Tabel 4.1 dibawah terlihat bahwa pada semua tingkat pendidikan istri persentase suami istri yang mengambil keputusan mengenai pengobatan medis anaknya secara bersama-sama lebih besar daripada persentase suami atau istri sendiri sebagai pengambil keputusan. Demikian juga bila dilihat pada semua kategori status kerja istri. Persentase pasangan yang mengambil keputusan bersama lebih besar daripada pasangan dimana istri sebagai pengambil keputusan, juga lebih besar daripada persentase pasangan dengan suami sebagai pengambil keputusan.

Tabel 4.1 Jumlah, Persentase dan *Odds Ratio* Pengambil Keputusan Akhir Tentang Pengobatan Medis Anak Menurut Karakteristik Istri, Keluarga dan Lingkungan

Karakteristik	Pengambil Keputusan				<i>Odds Ratio</i>	
	Istri	Suami	Bersama	Total	Istri	Suami
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Tingkat Pendidikan Istri *						
rendah	n	59	46	97	202	0.78 1.51
	%	29.21	22.77	48.02	100.00	
menengah	n	103	64	128	295	1.03 1.59
	%	34.92	21.69	43.39	100.00	
tinggi	n	97	39	124	260	1.00 1.00
	%	37.31	15.00	47.69	100.00	
Status Kerja Istri **						
tidak bekerja	n	92	47	116	255	1.10 1.43
	%	36.08	18.43	45.49	100.00	
bekerja tidak dibayar	n	60	60	85	205	0.98 2.49
	%	29.27	29.27	41.46	100.00	
bekerja dibayar	n	107	42	148	297	1.00 1.00
	%	36.03	14.14	49.83	100.00	
Umur Kawin Pertama *						
kurang dari 21 tahun	n	153	104	211	468	0.94 1.51
	%	32.69	22.22	45.09	100.00	
21 tahun atau lebih	n	106	45	138	289	1.00 1.00
	%	36.68	15.57	47.75	100.00	
Selisih umur suami-istri						
5 tahun atau lebih	n	141	82	174	397	1.20 1.23
	%	35.52	20.65	43.83	100.00	
Kurang dari 5 tahun	n	118	67	175	360	1.00 1.00
	%	32.78	18.61	48.61	100.00	
Jumlah anak						
1-2 orang	n	115	74	163	352	0.91 1.13
	%	32.67	21.02	46.31	100.00	
3 orang atau lebih	n	144	75	186	405	1.00 1.00
	%	35.56	18.52	45.93	100.00	
Daerah Tempat Tinggal *						
Desa	n	174	115	245	534	0.87 1.44
	%	32.58	21.54	45.88	100.00	
Kota	n	85	34	104	223	1.00 1.00
	%	38.12	15.25	46.64	100.00	

* signifikan pada $\alpha = 10\%$

** signifikan pada $\alpha = 5\%$

Pola seperti ini juga tampak pada setiap kategori dari variabel bebas lain, yaitu umur kawin pertama, selisih umur suami istri, jumlah anak dan daerah tempat tinggal. Hal ini menunjukkan bahwa pada sebagian besar pasangan di Sumatera Barat telah terdapat kesetaraan dalam pengambilan keputusan mengenai pengobatan medis anak. Tentunya hal tersebut adalah suatu yang menggembirakan sebab tidak seperti yang dikhawatirkan sebelumnya, perubahan sosial yang terjadi di dalam masyarakat Minangkabau tidak menyebabkan terjadinya penurunan peran perempuan di rumah tangga khususnya dalam hal pengobatan anak.

b. Odds Ratio Pengambil Keputusan Menurut Karakteristik Istri, Keluarga dan Lingkungan

1. Tingkat Pendidikan Istri

Dari nilai *Odds Ratio*, peluang istri berpendidikan rendah untuk bertindak sendiri sebagai pengambil keputusan daripada bersama dengan suami lebih rendah dibandingkan istri berpendidikan tinggi. Sedangkan peluang suami dengan istri berpendidikan rendah untuk bertindak sendiri sebagai pengambil keputusan daripada bersama dengan istri lebih tinggi daripada suami dengan istri berpendidikan tinggi. Walaupun perbedaan persentase dan nilai *odds ratio* tampak menunjukkan perbedaan yang cukup besar pada ketiga kategori tetapi nilai p sebesar 0,094 menyatakan bahwa tingkat pendidikan istri berpengaruh signifikan terhadap siapa yang mengambil keputusan akhir tentang pengobatan medis anak hanya pada α sebesar 10 %.

Hasil diatas sejalan dengan berbagai penelitian-penelitian sebelumnya, seperti Khanam (2003), bahwa tingkat pendidikan istri mempengaruhi caranya dalam mengambil keputusan dan dalam berinteraksi dengan suami. Seorang istri yang berpendidikan rendah akan lebih cenderung menyerahkan keputusan ke tangan suami sedangkan seorang istri yang berpendidikan lebih tinggi akan bisa memilih untuk memutuskan masalah pengobatan medis anaknya bersama-sama suami tanpa kehilangan kemampuan untuk mengambil keputusan sendiri bila diperlukan. Adanya pengaruh tingkat pendidikan terhadap kemampuan seorang istri dalam mengambil keputusan juga menunjukkan bahwa saat ini kebudayaan matrilineal Minangkabau memang telah mengalami perubahan sehingga

wewenang mengambil keputusan tidak lagi serta merta jatuh ke tangan istri seperti yang diatur oleh adat.

2. Status Kerja Istri

Dilihat dari hasil uji *Chi-square* yaitu nilai p sebesar 0,002, secara statistik variabel status kerja istri memiliki hubungan signifikan terhadap siapa yang mengambil keputusan mengenai pengobatan medis anak dalam rumah tangga. Dari nilai *odds ratio* variabel status bekerja istri memiliki hubungan yang ambigu dengan siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga mengenai pengobatan medis anak. Istri yang tidak bekerja ternyata mempunyai kecenderungan lebih tinggi untuk bertindak sendiri sebagai pengambil keputusan daripada bersama dengan suami dibandingkan istri yang bekerja dan dibayar. Sedangkan istri yang bekerja tidak dibayar kecenderungannya justru lebih rendah untuk memutuskan sendiri daripada bersama suami dibandingkan dengan istri yang bekerja dan mendapat bayaran. Hal ini mungkin disebabkan istri yang tidak bekerja tidak selalu berasal dari golongan ekonomi lemah sedangkan istri yang bekerja tetapi tidak dibayar memang biasanya berasal dari golongan berpendapatan rendah. Seorang istri dari golongan berpendapatan rendah biasanya memiliki ketergantungan emosional tinggi terhadap suami.

Sementara itu suami dengan istri yang tidak bekerja dan bekerja tapi tidak menerima pembayaran memiliki peluang lebih tinggi untuk bertindak sendiri sebagai pengambil keputusan mengenai pengobatan anak daripada bersama istri dibandingkan suami dengan istri yang bekerja dan dibayar. Hal ini sesuai dengan penelitian-penelitian sebelumnya bahwa pemegang wewenang terhadap sumber ekonomi keluarga akan memiliki kekuasaan lebih tinggi dalam mengambil keputusan.

3. Umur Kawin Pertama Istri

Karakteristik rumah tangga yang pertama yaitu umur kawin pertama, menunjukkan hubungan signifikan terhadap siapa yang mengambil keputusan tentang pengobatan medis anak pada α sebesar 10 %. Berdasarkan nilai *odds ratio*, istri yang kawin pertama pada usia kurang dari 21 tahun kecenderungannya untuk mengambil keputusan sendiri lebih rendah dibandingkan kelompok istri

yang kawin pertama pada usia 21 tahun atau lebih. Sedangkan suami yang istrinya kawin pertama kurang dari 21 tahun lebih tinggi kecenderungannya untuk mengambil keputusan sendiri daripada bersama istrinya dibandingkan suami yang istrinya kawin pertama pada usia 21 tahun atau lebih. Hasil tersebut tampaknya sejalan dengan penelitian Jejeebhoy (2000) bahwa perempuan yang menikah pada usia lebih tua akan lebih mandiri dan matang sehingga kemampuannya dalam mengambil keputusan sendiri juga akan lebih tinggi.

4. Selisih Umur Suami istri

Karakteristik rumah tangga yang kedua adalah selisih umur suami istri. Dari nilai-p tidak terlihat adanya hubungan signifikan dari variabel selisih umur suami istri terhadap siapa yang mengambil keputusan mengenai pengobatan medis anak.

Sedangkan nilai *odds ratio* menunjukkan bahwa seorang istri yang selisih umurnya 5 tahun atau lebih dari suaminya kecenderungannya lebih tinggi untuk memutuskan sendiri masalah pengobatan anaknya daripada bersama suami dibandingkan dengan istri yang selisih umurnya kurang dari 5 tahun. Hal ini berlawanan dengan penelitian Hanum (1997) yang menyatakan bahwa selisih umur yang jauh dari suami akan menyebabkan kematangan emosional istri jauh tertinggal sehingga istri menjadi tergantung pada suami. Istri yang selisih umurnya dari suami kurang dari 5 tahun nampaknya justru lebih cenderung memutuskan masalah pengobatan anaknya secara bersama dengan suami. Hal ini mungkin disebabkan kedekatan umur membawa juga kedekatan hubungan antara suami istri. Begitu juga umur yang lebih tua dari suami membuat seorang istri lebih cenderung memutuskan mengenai masalah pengobatan medis anaknya secara bersama-sama.

5. Jumlah Anak

Karakteristik keluarga yang terakhir adalah jumlah anak. Variabel ini juga tidak menunjukkan hubungan yang signifikan terhadap siapa yang mengambil keputusan. Sementara itu, nilai *odds ratio* menunjukkan bahwa istri dengan 1-2 anak kecenderungannya lebih kecil untuk memutuskan sendiri masalah pengobatan medis anaknya daripada istri dengan 3 anak atau lebih. Walaupun

secara statistik tidak menunjukkan hubungan yang signifikan, jumlah anak yang lebih banyak tampaknya meningkatkan kematangan dan pengalaman seorang perempuan dalam merawat anak. Dengan demikian jumlah anak yang lebih banyak akan membuat kemampuan seorang perempuan dalam mengambil keputusan sendiri juga meningkat. Hal ini sejalan dengan penelitian Jejeebhoy (2000) di India.

6. Daerah Tempat Tinggal

Variabel ini menunjukkan pengaruh yang signifikan pada α sebesar 10 %. Nilai *odds ratio* memperlihatkan bahwa pada pasangan yang tinggal di desa kecenderungan istri sendiri sebagai pengambil keputusan daripada bersama-sama lebih rendah daripada pada pasangan yang tinggal di kota. Sebaliknya kecenderungan pasangan untuk menyerahkan keputusan kepada suami daripada melakukan bersama-sama, lebih besar pada pasangan yang tinggal di desa daripada yang tinggal di kota. Nilai persentase juga menunjukkan pola yang sama dengan nilai *odds ratio* pada istri sebagai pengambil keputusan dan suami sebagai pengambil keputusan. Sementara pada pasangan yang mengambil keputusan bersama, persentasenya tidak jauh berbeda antara yang tinggal di desa dengan di kota.

4.1.2.2 Pengambilan Keputusan Mengenai Pemeriksaan Kesehatan Istri

Selanjutnya dari Tabel 4.2 terlihat gambaran tentang pengambil keputusan terakhir tentang kesehatan istri menurut karakteristik istri, karakteristik rumah tangga dan karakteristik lingkungan.

a. Perbedaan Pengambil Keputusan Antar Kelompok Karakteristik Istri, Keluarga dan Lingkungan

Pada kelompok istri berpendidikan rendah, persentase pengambil keputusan terbanyak adalah suami istri secara bersama-sama. Kemudian diikuti oleh istri sebagai pengambil keputusan terbanyak berikutnya. Sedangkan pada kelompok istri berpendidikan menengah dan tinggi, pengambil keputusan terbanyak justru istri sendiri baru diikuti oleh suami dan istri secara bersama-sama. Perbedaan antara kelompok berpendidikan rendah dengan kelompok

berpendidikan menengah dan tinggi ini tampaknya terjadi karena tingkat pendidikan istri membuat istri memiliki wawasan dan pengetahuan yang cukup luas mengenai diri dan kesehatannya sehingga mampu membuat keputusan sendiri mengenai perlu atau tidaknya pemeriksaan kesehatan dirinya.

Seperti pada tingkat pendidikan istri, pada kategori terendah variabel status bekerja istri yaitu kategori istri tidak bekerja, pengambil keputusan terbanyak adalah suami dan istri secara bersama-sama. Sedangkan pada istri yang bekerja tidak dibayar dan bekerja dibayar keputusan mengenai pemeriksaan kesehatan istri lebih banyak diambil oleh istri sendiri. Istri yang memiliki pekerjaan, walaupun tidak dibayar, akan merasa berkontribusi terhadap ekonomi rumah tangga sehingga dapat meningkatkan rasa percaya diri dan *powernya* dalam mengambil keputusan mengenai pemeriksaan kesehatan dirinya.

Pada kedua kategori umur kawin pertama, pengambil keputusan terbanyak mengenai pemeriksaan kesehatan istri adalah istri sendiri. Akan tetapi pada kategori umur kawin pertama istri 21 tahun atau lebih, persentase suami sebagai pengambil keputusan mengenai kesehatan istri sangat kecil. Hal ini kemungkinan disebabkan karena suami dengan istri pada kategori ini lebih menaruh kepercayaan kepada pengalaman dan kematangan sang istri sehingga menyerahkan masalah pemeriksaan kesehatan istri ini kepada sang istri sendiri.

Pada semua kategori yang terdapat pada variabel selisih umur suami istri, jumlah anak dan daerah tempat tinggal, persentase istri sebagai pengambil keputusan mengenai pemeriksaan kesehatan dirinya adalah yang paling besar. Hal ini menunjukkan bahwa istri-istri dari keluarga Minang tetap berdaya dan memiliki kemampuan untuk memutuskan sendiri masalah pemeriksaan kesehatan mereka seperti yang dilakukan oleh kaum perempuan dari generasi sebelumnya.

Tabel 4.2 Jumlah, Persentase dan *Odds Ratio* Pengambil Keputusan Mengenai Pemeriksaan Kesehatan Istri Menurut Karakteristik Istri, Keluarga dan Lingkungan

Karakteristik (1)	Pengambil Keputusan				<i>Odds Ratio</i>	
	Istri (2)	Suami (3)	Bersama (4)	Total (5)	Istri (6)	Suami (7)
Tingkat Pendidikan Istri **						
rendah	n	70	55	77	202	0,70 1,87
	%	34,65	27,23	38,12	100,00	
menengah	n	127	64	104	295	0,94 1,61
	%	43,05	21,69	35,25	100,00	
tinggi	n	126	37	97	260	1,00 1,00
	%	48,46	14,23	37,31	100,00	
Status Bekerja Istri *						
tidak bekerja	n	101	52	102	255	0,75 1,14
	%	39,61	20,39	40,00	100,00	
bekerja tidak dibayar	n	80,00	56,00	69,00	205	0,87 1,81
	%	39,02	27,32	33,66	100,00	
bekerja dibayar	n	142	48	107	297	1,00 1,00
	%	47,81	16,16	36,03	100,00	
Umur Kawin Pertama **						
Kurang dari 21 tahun	n	186	110	172	468	0,84 1,47
	%	39,74	23,50	36,75	100,00	
21 tahun atau lebih	n	137	46	106	289	1,00 1,00
	%	47,40	15,92	36,68	100,00	
Selisih Umur Suami Istri						
5 tahun atau lebih	n	174	79	144	397	1,09 0,95
	%	43,83	19,90	36,27	100,00	
Kurang dari 5 tahun	n	149	77	134	360	1,00 1,00
	%	41,39	21,39	37,22	100,00	
Jumlah Anak						
1-2 orang	n	152	65	135	352	0,94 0,76
	%	43,18	18,47	38,35	100,00	
3 orang atau lebih	n	171	91	143	405	1,00 1,00
	%	42,22	22,47	35,31	100,00	
Daerah Tempat Tinggal **						
Desa	n	209	125	200	534	0,72 1,57
	%	39,14	23,41	37,45	100,00	
Kota	n	114	31	78	223	1,00 1,00
	%	51,12	13,90	34,98	100,00	

* signifikan pada $\alpha = 10\%$

** signifikan pada $\alpha = 5\%$

b. Odds Ratio Pengambil Keputusan Menurut Karakteristik Istri, Keluarga dan Lingkungan

1. Pendidikan Istri

Karakteristik pertama yaitu tingkat pendidikan istri menunjukkan hubungan yang signifikan terhadap pengambil keputusan mengenai pemeriksaan kesehatan istri.

Nilai *odds ratio* menunjukkan bahwa istri yang berpendidikan lebih tinggi lebih cenderung mengambil keputusan sendiri daripada bersama dengan suami. Demikian juga semakin rendah tingkat pendidikan istri makin tinggi pula kecenderungannya untuk menyerahkan pengambilan keputusan kepada suami daripada melakukannya bersama-sama. Hal ini sesuai dengan penelitian Sayogyo (1981) yang menyatakan bahwa pendidikan seorang perempuan akan mempengaruhi peran perempuan tersebut dalam mengambil keputusan. Pendidikan akan dapat membuka wawasan dan pengetahuan seorang perempuan akan nilai diri dan lingkungannya sehingga akan membuatnya mampu mengambil keputusan sendiri terutama yang berkaitan dengan kesehatan dirinya.

2. Status Kerja Istri

Status bekerja istri menunjukkan hubungan signifikan terhadap pengambil keputusan mengenai pemeriksaan kesehatan istri pada tingkat α sebesar 10 %. Dari nilai *odds ratio*, kelompok istri yang bekerja dan dibayar juga terlihat lebih cenderung mengambil keputusan sendiri daripada bersama dengan suami dibandingkan kelompok istri yang tidak bekerja dan bekerja tidak dibayar. Sementara itu pasangan dengan istri yang tidak bekerja dan bekerja tidak dibayar lebih cenderung untuk menyerahkan pengambilan keputusan kepada suami daripada melakukannya bersama dibandingkan pasangan dengan istri yang bekerja dan dibayar.

Hasil diatas nyatalah menunjukkan bahwa adanya kontribusi seorang perempuan terhadap perekonomian keluarga akan membuat perempuan tersebut merasa memiliki sumber daya yang dapat digunakan kapan saja sesuai dengan kebutuhannya terutama menyangkut pemeriksaan kesehatan diri sendiri.

3. Umur Kawin Pertama Istri

Dari nilai p , variabel umur kawin pertama menunjukkan hubungan yang signifikan terhadap pengambil keputusan tentang pemeriksaan kesehatan istri. Sementara itu, *odds ratio*-nya memperlihatkan bahwa istri yang kawin pada umur 21 tahun keatas, lebih cenderung mengambil keputusan sendiri daripada bersama suami dibandingkan istri yang kawin pada umur kurang dari 21 tahun. Istri yang kawin pada umur yang lebih tua memang akan lebih matang dan mandiri sehingga lebih mampu dalam mengambil keputusan terutama mengenai kesehatan diri sendiri.

4. Selisih Umur Suami istri

Variabel selisih umur suami istri ternyata tidak menunjukkan hubungan yang signifikan pada siapa yang mengambil keputusan tentang pemeriksaan kesehatan istri. Berdasarkan nilai *odd ratio*, pada kelompok suami istri yang selisih umurnya 5 tahun atau lebih ternyata istrinya lebih cenderung untuk mengambil keputusan sendiri daripada bersama suami dibandingkan dengan kelompok suami istri yang selisih umurnya kurang dari 5 tahun

5. Jumlah Anak

Berdasarkan nilai p , variabel jumlah anak tampaknya juga tidak menunjukkan hubungan yang signifikan terhadap siapa yang mengambil keputusan akhir tentang pemeriksaan istri. Akan tetapi dari nilai *odd ratio* dapat diketahui bahwa istri yang mempunyai lebih banyak anak lebih cenderung untuk mengambil keputusan sendiri daripada berdua dengan suami dibandingkan istri yang mempunyai lebih sedikit anak. Sementara itu suami yang tidak punya anak lebih cenderung mengambil keputusan sendiri daripada berdua dengan istri dibandingkan suami yang punya 3 anak atau lebih. Suami yang punya anak hanya 1 atau 2 orang peluangnya lebih kecil untuk mengambil keputusan sendiri daripada berdua dengan istri dibandingkan suami yang punya 3 anak atau lebih.

5. Daerah Tempat Tinggal

Daerah tempat tinggal ternyata berhubungan signifikan terhadap siapa yang mengambil keputusan mengenai pemeriksaan kesehatan istri. Istri yang

tinggal di kota lebih cenderung mengambil keputusan sendiri daripada bersama suami dibandingkan istri yang tinggal di desa. Demikian sebaliknya dengan suami. Suami dari pasangan yang tinggal di desa lebih cenderung mengambil keputusan sendiri dibandingkan suami dari pasangan yang tinggal di kota. Adanya perbedaan budaya antar desa dan kota, juga akses informasi yang lebih bagus tampaknya membuat perempuan di kota lebih berdaya dalam mengambil keputusan. Di samping itu, tingkat pendidikan istri di kota yang lebih tinggi juga membuat istri yang tinggal di kota lebih memiliki wawasan dan kemampuan untuk mengambil keputusan terutama mengenai pemeriksaan kesehatan diri sendiri.

4.1.3 Analisis Multivariat

Pada bagian ini akan dibahas gambaran mengenai pengambil keputusan dalam rumah tangga berdasarkan beberapa kelompok variabel. Kelompok variabel pertama dan merupakan kelompok variabel utama yang diduga memiliki hubungan sangat kuat dengan siapa yang mengambil keputusan dalam rumah tangga terkait pengobatan medis anak dan pemeriksaan kesehatan ibu adalah kelompok variabel yang termasuk dalam karakteristik ibu. Selanjutnya analisis dilanjutkan dengan melihat pengaruh variabel-variabel lain yang termasuk variabel klasifikasi terhadap siapa yang mengambil keputusan dalam rumah tangga berdasarkan kelompok pendidikan dan status kerja istri.

1. Pengaruh Pendidikan dan Status Pekerjaan Istri Terhadap Pengambilan Keputusan Mengenai Kesehatan Anak dan Istri

Dari Tabel 4.3 dibawah terlihat bahwa secara umum makin tinggi pendidikan istri maka kecenderungannya untuk mengambil keputusan sendiri dibandingkan bersama suaminya juga makin tinggi. Kecenderungan istri untuk mengambil keputusan sendiri dibanding bersama juga lebih tinggi pada kelompok istri yang bekerja dan dibayar kecuali pada kelompok istri berpendidikan tinggi. Sedangkan kecenderungan suami untuk mengambil keputusan sendiri tentang pengobatan medis anaknya daripada bersama istri tampak lebih tinggi pada kelompok yang istrinya tidak bekerja dan bekerja tidak dibayar dibandingkan

yang istrinya bekerja dibayar. Hal tersebut terjadi pada setiap kelompok pendidikan istri.

Tabel 4.3 Distribusi Persentase dan *Odds Ratio* Pengambil Keputusan Tentang Pengobatan Medis Anak Menurut Tingkat Pendidikan dan Status Bekerja Istri

Pendidikan Istri	Status Kerja Istri	Persentase Pengambil Keputusan				<i>Odds Ratio</i>	
		Istri	Suami	Bersama	Total	Istri	Suami
		(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
rendah	tidak bekerja	28,85	23,08	48,08	100,00	0,692	1,309
	bekerja tidak dibayar	21,69	27,71	50,60	100,00	0,495	1,494
	bekerja dibayar	38,81	16,42	44,78	100,00	1,000	1,000
menengah	tidak bekerja	34,86	21,10	44,04	100,00	0,984	1,297
	bekerja tidak dibayar	32,56	27,91	39,53	100,00	1,024	1,910
	bekerja dibayar	37,00	17,00	46,00	100,00	1,000	1,000
tinggi	tidak bekerja	41,49	12,77	45,74	100,00	1,484	1,435
	bekerja tidak dibayar	38,89	36,11	25,00	100,00	2,545	7,429
	bekerja dibayar	33,85	10,77	55,38	100,00	1,000	1,000

Pada Tabel 4.4 dibawah terlihat bahwa pendidikan istri juga memiliki pengaruh terhadap meningkatnya kecenderungan istri untuk mengambil keputusan sendiri tentang pemeriksaan kesehatannya. Demikian juga dengan status pekerjaannya, terkecuali pada kelompok istri berpendidikan tinggi. Pada kelompok ini istri yang bekerja tidak dibayar justru lebih cenderung mengambil keputusan sendiri daripada bersama suaminya dibanding istri yang bekerja dan dibayar. Pada kelompok istri berpendidikan tinggi ini persentase istri sebagai pengambil keputusan tentang pemeriksaan kesehatannya tampak sangat besar. Kemandirian istri pada kelompok ini besar sedangkan keterlibatan suami dalam kesehatan istrinya tampak lebih kecil dibanding pada kelompok lain.

Tabel 4.4 Distribusi Persentase dan *Odds Ratio* Pengambil Keputusan Tentang Pemeriksaan Kesehatan Istri Menurut Tingkat Pendidikan dan Status Bekerja Istri

Pendidikan Istri	Status Kerja Istri	Persentase Pengambil Keputusan				<i>Odds Ratio</i>	
		Istri	Suami	Bersama	Total	Istri	Suami
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
rendah	tidak bekerja	28,85	25,00	46,15	100,00	0,517	0,929
	bekerja tidak dibayar	31,33	33,73	34,94	100,00	0,742	1,655
	bekerja dibayar	43,28	20,90	35,82	100,00	1,000	1,000
menengah	tidak bekerja	43,12	22,02	34,86	100,00	0,941	1,163
	bekerja tidak dibayar	39,53	24,42	36,05	100,00	0,835	1,248
	bekerja dibayar	46,00	19,00	35,00	100,00	1,000	1,000
tinggi	tidak bekerja	41,49	15,96	42,55	100,00	0,699	1,200
	bekerja tidak dibayar	55,56	19,44	25,00	100,00	1,592	2,489
	bekerja dibayar	51,54	11,54	36,92	100,00	1,000	1,000

2. Pengaruh Status Pekerjaan dan Pendidikan Istri Terhadap Pengambilan Keputusan Mengenai Kesehatan Anak dan Istri

Istri berpendidikan rendah dan menengah kecenderungannya untuk mengambil keputusan sendiri tentang pengobatan anak daripada bersama suami tampaknya lebih besar daripada istri berpendidikan tinggi. Akan tetapi hal tersebut hanya terjadi pada kelompok istri yang tidak bekerja dan yang bekerja tidak dibayar seperti pada Tabel 4.5 dibawah ini. Sedangkan pada kelompok istri yang bekerja dibayar, kecenderungan istri yang berpendidikan rendah dan menengah untuk memutuskan sendiri masalah pengobatan medis anaknya justru lebih besar daripada istri berpendidikan tinggi.

Tabel 4.5 Distribusi Persentase dan *Odds Ratio* Pengambil Keputusan Tentang Pengobatan Medis Anak Menurut Status Kerja dan Pendidikan Istri

Status Kerja Istri	Pendidikan Istri	Pengambil Keputusan				<i>Odds Ratio</i>	
		Istri	Suami	Bersama	Total	Istri	Suami
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
tidak bekerja	rendah	28,85	23,08	48,08	100,00	0,662	1,720
	menengah	34,86	21,10	44,04	100,00	0,873	1,717
	tinggi	41,49	12,77	45,74	100,00	1,000	1,000

Tabel 4.5 Lanjutan

Status Kerja Istri	Pendidikan Istri	Pengambil Keputusan				Odds Ratio	
		Istri	Suami	Bersama	Total	Istri	Suami
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
bekerja tidak dibayar	rendah	21,69	27,71	50,60	100,00	0,276	0,379
	menengah	32,56	27,91	39,53	100,00	0,529	0,489
	tinggi	38,89	36,11	25,00	100,00	1,000	1,000
bekerja dibayar	rendah	38,81	16,42	44,78	100,00	1,418	1,886
	menengah	37,00	17,00	46,00	100,00	1,316	1,901
	tinggi	33,85	10,77	55,38	100,00	1,000	1,000

Suami yang istrinya berpendidikan rendah dan menengah kecenderungannya lebih besar untuk memutuskan sendiri masalah pengobatan anaknya daripada bersama istri dibandingkan dengan suami yang istrinya berpendidikan tinggi. Hal ini terjadi pada kelompok istri yang tidak bekerja dan bekerja dibayar. Pada kelompok istri yang bekerja namun tidak mendapat pembayaran justru suami dengan istri berpendidikan tinggi yang lebih tinggi kecenderungannya untuk memutuskan sendiri masalah pengobatan anaknya daripada berdua bersama istri.

Tabel 4.6 Distribusi Persentase dan Odds Ratio Pengambil Keputusan Tentang Pemeriksaan Kesehatan Istri Menurut Status Bekerja dan Tingkat Pendidikan Istri

Status Kerja Istri	Pendidikan Istri	Pengambil Keputusan				Odds Ratio	
		Istri	Suami	Bersama	Total	Istri	Suami
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
tidak bekerja	rendah	28,85	25,00	46,15	100,00	0,641	1,444
	menengah	43,12	22,02	34,86	100,00	1,269	1,684
	tinggi	41,49	15,96	42,55	100,00	1,000	1,000
bekerja tidak dibayar	rendah	31,33	33,73	34,94	100,00	0,403	1,241
	menengah	39,53	24,42	36,05	100,00	0,494	0,871
	tinggi	55,56	19,44	25,00	100,00	1,000	1,000
bekerja dibayar	rendah	43,28	20,90	35,82	100,00	0,866	1,867
	menengah	46,00	19,00	35,00	100,00	0,942	1,737
	tinggi	51,54	11,54	36,92	100,00	1,000	1,000

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa dalam hal kesehatan diri sendiri, istri yang berpendidikan tinggi lebih cenderung mengambil keputusan sendiri daripada bersama suami dibandingkan dengan istri berpendidikan lebih rendah. Hal tersebut terjadi pada semua kelompok status bekerja istri. Sejalan dengan itu, suami yang istrinya berpendidikan lebih rendah juga lebih cenderung untuk memutuskan sendiri masalah pemeriksaan kesehatan istrinya daripada suami yang istrinya berpendidikan tinggi.

Hasil diatas berbeda dengan masalah pengobatan medis anak dimana pada kelompok istri bekerja dibayar, istri berpendidikan rendah dan menengah justru lebih cenderung mengambil keputusan sendiri daripada bersama dibanding istri berpendidikan tinggi. Sedangkan suami dengan istri yang bekerja tidak dibayar dan berpendidikan lebih rendah malah kecenderungannya lebih kecil untuk memutuskan sendiri daripada bersama istri mengenai masalah pengobatan anaknya, dibandingkan suami dengan istri berpendidikan tinggi.

3. Pengaruh Pendidikan, Status Pekerjaan dan Umur Kawin Pertama Istri Terhadap Pengambilan Keputusan Mengenai Kesehatan Anak dan Istri

Gambaran mengenai siapa yang mengambil keputusan dalam rumah tangga tentang pengobatan anak dan pemeriksaan kesehatan istri pada kelompok istri yang menikah pertama kali sebelum berusia 21 tahun dibandingkan dengan yang menikah pertama kali setelah usia 21 tahun tampak pada Tabel 4.7 berikut.

Tabel 4.7 Distribusi Persentase dan *Odds Ratio* Pengambil Keputusan Tentang Pengobatan Medis Anak Menurut Pendidikan, Status Kerja dan Umur Kawin Pertama Istri

Pendidikan Istri	Status Kerja Istri	Umur Kawin Pertama	Pengambil Keputusan				Odds Ratio	
			Istri	Suami	Bersama	Total	Istri	Suami
rendah	tidak bekerja	< 21 tahun	34,15	24,39	41,46	100,00	6,588	2,353
		≥ 21 tahun	9,09	18,18	72,73	100,00	1,000	1,000
	bekerja tidak dibayar	< 21 tahun	22,37	26,32	51,32	100,00	1,308	0,513
		≥ 21 tahun	14,29	42,86	42,86	100,00	1,000	1,000
	bekerja dibayar	< 21 tahun	38,98	18,64	42,37	100,00	1,533	-
		≥ 21 tahun	37,50	0,00	62,50	100,00	1,000	-

Tabel 4.7 Lanjutan

Pendidikan Istri	Status Kerja Istri	Umur Kawin Pertama	Pengambil Keputusan				Odds Ratio	
			Istri	Suami	Bersama	Total	Istri	Suami
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
menengah	tidak bekerja	< 21 tahun	30,68	21,59	47,73	100,00	0,351	0,679
		≥ 21 tahun	52,38	19,05	28,57	100,00	1,000	1,000
	bekerja tidak dibayar	< 21 tahun	32,39	26,76	40,85	100,00	0,793	0,655
		≥ 21 tahun	33,33	33,33	33,33	100,00	1,000	1,000
	bekerja dibayar	< 21 tahun	32,31	15,38	52,31	100,00	0,463	0,504
		≥ 21 tahun	45,71	20,00	34,29	100,00	1,000	1,000
tinggi	tidak bekerja	< 21 tahun	48,15	18,52	33,33	100,00	1,889	2,698
		≥ 21 tahun	38,81	10,45	50,75	100,00	1,000	1,000
	bekerja tidak dibayar	< 21 tahun	58,33	33,33	8,33	100,00	8,000	3,556
		≥ 21 tahun	29,17	37,50	33,33	100,00	1,000	1,000
	bekerja dibayar	< 21 tahun	27,59	20,69	51,72	100,00	0,844	2,850
		≥ 21 tahun	35,64	7,92	56,44	100,00	1,000	1,000

Pada kelompok istri berpendidikan rendah dan tinggi, untuk setiap status pekerjaan istri, kecenderungan istri yang kawin pertama kurang dari 21 tahun untuk mengambil keputusan sendiri tentang pengobatan anaknya daripada bersama suami justru lebih tinggi dibandingkan istri yang kawin pertamanya pada umur 21 tahun keatas. Pada kelompok istri berpendidikan menengah yang terjadi justru sebaliknya, yaitu istri yang kawin di usia kurang dari 21 tahun kecenderungannya lebih kecil untuk mengambil keputusan sendiri tentang pengobatan anaknya dibanding yang menikah di usia 21 tahun atau lebih. Sebaliknya, pada kelompok istri berpendidikan menengah, suami yang istrinya kawin di usia kurang dari 21 tahun kecenderungannya lebih rendah untuk mengambil keputusan sendiri daripada bersama istri dibanding dengan yang istrinya kawin di usia 21 tahun atau lebih. Pada kelompok istri berpendidikan tinggi, suami yang istrinya kawin di usia kurang dari 21 tahun kecenderungannya justru 2 atau 3 kali lebih tinggi untuk mengambil keputusan sendiri daripada bersama istri dibanding dengan yang istrinya kawin di usia 21 tahun atau lebih.

Tabel 4.8 tidak menunjukkan adanya pola tertentu pada siapa yang mengambil keputusan di keluarga mengenai pemeriksaan kesehatan istri dilihat dari nilai *odds ratio*-nya. Sedangkan dari nilai persentase secara umum bisa dikatakan bahwa persentase istri sebagai pengambil keputusan lebih tinggi di semua kelompok klasifikasi pendidikan, status kerja dan umur kawin pertama istri kecuali pada klasifikasi istri berpendidikan rendah dan tidak bekerja.

Tabel 4.8 Distribusi Persentase dan *Odds Ratio* Pengambil Keputusan Tentang Pemeriksaan Kesehatan Istri Menurut Pendidikan, Status Kerja dan Umur Kawin Pertama Istri

Pendidikan Istri	Status Kerja Istri	Umur Kawin Pertama	Pengambil Keputusan			<i>Odds Ratio</i>		
			Istri	Suami	Bersama	Total	Istri	Suami
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
rendah	tidak bekerja	< 21 tahun	29,27	24,39	46,34	100,00	1,053	0,877
		≥ 21 tahun	27,27	27,27	45,45	100,00	1,000	1,000
	bekerja tidak dibayar	< 21 tahun	30,26	34,21	35,53	100,00	0,568	0,963
		≥ 21 tahun	42,86	28,57	28,57	100,00	1,000	1,000
	bekerja dibayar	< 21 tahun	40,68	23,73	35,59	100,00	0,686	-
		≥ 21 tahun	62,50	0,00	37,50	100,00	1,000	-
menengah	tidak bekerja	< 21 tahun	44,32	20,45	35,23	100,00	1,101	0,677
		≥ 21 tahun	38,10	28,57	33,33	100,00	1,000	1,000
	bekerja tidak dibayar	< 21 tahun	42,25	23,94	33,80	100,00	2,188	1,240
		≥ 21 tahun	26,67	26,67	46,67	100,00	1,000	1,000
	bekerja dibayar	< 21 tahun	43,08	16,92	40,00	100,00	0,538	0,476
		≥ 21 tahun	51,43	22,86	25,71	100,00	1,000	1,000
tinggi	tidak bekerja	< 21 tahun	37,04	22,22	40,74	100,00	0,909	1,758
		≥ 21 tahun	43,28	13,43	43,28	100,00	1,000	1,000
	bekerja tidak dibayar	< 21 tahun	58,33	25,00	16,67	100,00	1,885	2,625
		≥ 21 tahun	54,17	16,67	29,17	100,00	1,000	1,000
	bekerja dibayar	< 21 tahun	44,83	17,24	37,93	100,00	0,810	1,682
		≥ 21 tahun	53,47	9,90	36,63	100,00	1,000	1,000

Tabel 4.7 dan 4.8 tampaknya memperlihatkan bahwa umur kawin pertama istri tidak menunjukkan pengaruh jelas terhadap siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga tentang pengobatan anak dan pemeriksaan kesehatan istri. Satu hal yang perlu diperhatikan adalah adanya sel kosong pada kedua tabel diatas yang tidak mendukung dilakukannya pembentukan dan pengujian model selanjutnya. Dengan demikian berikutnya akan dilakukan pembentukan *N-way tabulation* untuk melihat dan menguji pengaruh umur kawin pertama terhadap siapa yang mengambil keputusan menurut tingkat pendidikan dan status kerja istri.

4. Pengaruh Pendidikan, Status Pekerjaan dan Selisih Umur Suami istri Terhadap Pengambilan Keputusan Mengenai Kesehatan Anak dan Istri

Tabel 4.9 dan 4.10 memperlihatkan gambaran tentang pengaruh selisih umur suami istri terhadap siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga menurut tingkat pendidikan dan status kerja istri.

Dalam hal pengobatan anak, hipotesis bahwa suami istri yang selisih umurnya 5 tahun atau lebih kecenderungannya lebih rendah untuk mengambil keputusan sendiri tampaknya tidak terbukti. Pada semua klasifikasi tingkat pendidikan dan status kerja istri, istri yang selisih umurnya dengan suami 5 tahun atau lebih ternyata lebih cenderung mengambil keputusan sendiri daripada bersama suami dibandingkan istri yang selisih umurnya kurang dari 5 tahun dengan suami, kecuali pada kelompok istri berpendidikan rendah dan tidak bekerja serta berpendidikan rendah dan bekerja tidak dibayar.

Tabel 4.9 Distribusi Persentase dan *Odds Ratio* Pengambil Keputusan Tentang Pengobatan Medis Anak Menurut Pendidikan, Status Kerja dan Selisih Umur Suami istri

Pendidikan Istri	Status Kerja Istri	Selisih Umur Suami istri	Pengambil Keputusan				Odds Ratio	
			Istri	Suami	Bersama	Total	Istri	Suami
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
rendah	tidak bekerja	≥ 5 tahun	23,53	26,47	50,00	100,00	0,538	1,412
		< 5 tahun	38,89	16,67	44,44	100,00	1,000	1,000
	bekerja tidak dibayar	≥ 5 tahun	20,00	28,00	52,00	100,00	0,769	0,957
		< 5 tahun	24,24	27,27	48,48	100,00	1,000	1,000
	bekerja dibayar	≥ 5 tahun	41,03	15,38	43,59	100,00	1,224	0,918
		< 5 tahun	35,71	17,86	46,43	100,00	1,000	1,000

Tabel 4.9 Lanjutan

Pendidikan Istri	Status Kerja Istri	Selisih Umur Suami istri	Pengambil Keputusan				Odds Ratio	
			Istri	Suami	Bersama	Total	Istri	Suami
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
menengah	tidak bekerja	≥ 5 tahun	36,76	20,59	42,65	100,00	1,260	1,019
		< 5 tahun	31,71	21,95	46,34	100,00	1,000	1,000
	bekerja tidak dibayar	≥ 5 tahun	35,71	26,19	38,10	100,00	1,298	0,952
		< 5 tahun	29,55	29,55	40,91	100,00	1,000	1,000
	bekerja dibayar	≥ 5 tahun	38,98	15,25	45,76	100,00	1,156	0,792
		< 5 tahun	34,15	19,51	46,34	100,00	1,000	1,000
tinggi	tidak bekerja	≥ 5 tahun	50,00	16,67	33,33	100,00	2,417	2,900
		< 5 tahun	34,62	9,62	55,77	100,00	1,000	1,000
	bekerja tidak dibayar	≥ 5 tahun	42,86	35,71	21,43	100,00	1,500	1,250
		< 5 tahun	36,36	36,36	27,27	100,00	1,000	1,000
	bekerja dibayar	≥ 5 tahun	34,69	14,29	51,02	100,00	1,184	1,880
		< 5 tahun	33,33	8,64	58,02	100,00	1,000	1,000

Pada kelompok istri berpendidikan rendah, suami yang selisih umur dengan istrinya kurang dari 5 tahun lebih cenderung untuk mengambil keputusan sendiri daripada bersama istri dibanding suami yang selisih umurnya 5 tahun atau lebih dengan istrinya kecuali pada kelompok istri tidak bekerja. Sementara pada kelompok istri berpendidikan tinggi, suami yang selisihnya 5 tahun atau lebih justru lebih cenderung untuk mengambil keputusan sendiri daripada bersama dibanding suami yang selisih umurnya kurang dari 5 tahun.

Dalam hal pemeriksaan kesehatan istri juga terjadi hal yang sama. Istri yang selisih umur dengan suami 5 tahun atau lebih ternyata kecenderungannya lebih tinggi untuk mengambil keputusan sendiri daripada bersama istri dibanding istri yang selisih umur dengan suami kurang dari 5 tahun. Hal tersebut terjadi pada semua klasifikasi kecuali pada kelompok istri berpendidikan rendah dan bekerja dan kelompok istri berpendidikan menengah dan bekerja tidak dibayar.

Tabel 4.10 Distribusi Persentase dan *Odds Ratio* Pengambil Keputusan Tentang Pemeriksaan Kesehatan Istri Menurut Tingkat Pendidikan, Status Bekerja Istri dan Selisih Umur Suami istri

Pendidikan Istri	Status Kerja Istri	Selisih Umur Suami istri	Persentase Pengambil Keputusan				<i>Odds Ratio</i>	
			Istri	Suami	Bersama	Total	Istri	Suami
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
rendah	tidak bekerja	≥ 5 tahun	35,29	23,53	41,18	100,00	2,857	1,143
		< 5 tahun	16,67	27,78	55,56	100,00	1,000	1,000
	bekerja tidak dibayar	≥ 5 tahun	32,00	28,00	40,00	100,00	0,720	0,450
		< 5 tahun	30,30	42,42	27,27	100,00	1,000	1,000
	bekerja dibayar	≥ 5 tahun	35,90	23,08	41,03	100,00	0,467	0,900
		< 5 tahun	53,57	17,86	28,57	100,00	1,000	1,000
menengah	tidak bekerja	≥ 5 tahun	44,12	23,53	32,35	100,00	1,283	1,455
		< 5 tahun	41,46	19,51	39,02	100,00	1,000	1,000
	bekerja tidak dibayar	≥ 5 tahun	38,10	26,19	35,71	100,00	0,948	1,173
		< 5 tahun	40,91	22,73	36,36	100,00	1,000	1,000
	bekerja dibayar	≥ 5 tahun	54,24	8,47	37,29	100,00	1,351	0,211
		< 5 tahun	34,15	34,15	31,71	100,00	1,000	1,000
tinggi	tidak bekerja	≥ 5 tahun	40,48	21,43	38,10	100,00	1,159	2,250
		< 5 tahun	42,31	11,54	46,15	100,00	1,000	1,000
	bekerja tidak dibayar	≥ 5 tahun	71,43	14,29	14,29	100,00	3,500	1,400
		< 5 tahun	45,45	22,73	31,82	100,00	1,000	1,000
	bekerja dibayar	≥ 5 tahun	55,10	10,20	34,69	100,00	1,231	0,912
		< 5 tahun	49,38	12,35	38,27	100,00	1,000	1,000

Suami yang selisih umur dengan istri 5 tahun atau lebih juga lebih cenderung mengambil keputusan sendiri daripada bersama dibanding suami yang selisih umumnya kurang dari 5 tahun. Perkecualian terhadap hal tersebut terjadi pada kelompok istri yang bekerja dibayar.

5. Pengaruh Pendidikan, Status Pekerjaan dan Jumlah Anak Terhadap Pengambilan Keputusan Mengenai Kesehatan Anak dan Istri

Dari Tabel 4.11, pada kelompok istri berpendidikan rendah istri dengan 1 atau 2 anak ternyata lebih rendah kecenderungannya untuk mengambil keputusan

sendiri daripada bersama suami dibandingkan istri dengan 3 anak atau lebih kecuali pada kelompok istri yang tidak bekerja.

Tabel 4.11 Distribusi Persentase dan *Odds Ratio* Pengambil Keputusan Tentang Pengobatan Medis Anak Menurut Tingkat Pendidikan, Status Bekerja Istri dan Jumlah Anak

Pendidikan Istri	Status Kerja Istri	Jumlah Anak	Persentase Pengambil Keputusan				<i>Odds Ratio</i>	
			Istri	Suami	Bersama	Total	Istri	Suami
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
rendah	tidak bekerja	1-2 orang	30,77	19,23	50,00	100,00	1,055	0,659
		≥ 3 orang	26,92	26,92	46,15	100,00	1,000	1,000
	bekerja tidak dibayar	1-2 orang	6,25	31,25	62,50	100,00	0,188	0,889
		≥ 3 orang	25,37	26,87	47,76	100,00	1,000	1,000
	bekerja dibayar	1-2 orang	23,08	30,77	46,15	100,00	0,522	2,286
		≥ 3 orang	42,59	12,96	44,44	100,00	1,000	1,000
menengah	tidak bekerja	1-2 orang	33,90	25,42	40,68	100,00	1,111	1,875
		≥ 3 orang	36,00	16,00	48,00	100,00	1,000	1,000
	bekerja tidak dibayar	1-2 orang	35,48	38,71	25,81	100,00	2,103	3,250
		≥ 3 orang	30,91	21,82	47,27	100,00	1,000	1,000
	bekerja dibayar	1-2 orang	32,61	13,04	54,35	100,00	0,573	0,458
		≥ 3 orang	40,74	20,37	38,89	100,00	1,000	1,000
tinggi	tidak bekerja	1-2 orang	35,59	15,25	49,15	100,00	0,563	1,448
		≥ 3 orang	51,43	8,57	40,00	100,00	1,000	1,000
	bekerja tidak dibayar	1-2 orang	33,33	41,67	25,00	100,00	0,667	1,667
		≥ 3 orang	50,00	25,00	25,00	100,00	1,000	1,000
	bekerja dibayar	1-2 orang	35,90	10,26	53,85	100,00	1,250	0,952
		≥ 3 orang	30,77	11,54	57,69	100,00	1,000	1,000

Sebaliknya, pada kelompok istri yang tidak bekerja, pasangan dengan sedikit anak kecenderungannya untuk menyerahkan keputusan pengobatan anak pada suami lebih rendah daripada pada pasangan dengan 3 anak atau lebih.

Pada kelompok istri berpendidikan menengah, istri dengan sedikit anak cenderung bertindak sebagai pengambil keputusan pengobatan anak daripada istri dengan anak lebih banyak kecuali pada istri yang bekerja dan dibayar dimana istri

dengan anak lebih banyak mempunyai kecenderungan lebih tinggi sebagai pengambil keputusan daripada istri dengan anak lebih sedikit. Demikian juga suami dengan anak 1-2 orang lebih cenderung bertindak sebagai pengambil keputusan daripada bersama dibandingkan suami dengan anak 3 orang atau lebih, kecuali pada kelompok istri yang bekerja dan dibayar. Pada kelompok ini, suami dengan sedikit anak kecenderungannya lebih rendah untuk mengambil keputusan sendiri daripada bersama istri dibandingkan suami dengan anak lebih banyak.

Pada kelompok istri berpendidikan tinggi, makin tinggi status kerjanya maka kecenderungan istri dengan sedikit anak untuk mengambil keputusan sendiri daripada bersama suami makin tinggi dibandingkan istri dengan banyak anak.

Tabel 4.12 Distribusi Persentase dan *Odds Ratio* Pengambil Keputusan Tentang Pemeriksaan Kesehatan Istri Menurut Pendidikan, Status Kerja dan Jumlah Anak

Pendidikan Istri	Status Kerja Istri	Jumlah Anak	Pengambil Keputusan				Odds Ratio	
			Istri	Suami	Bersama	Total	Istri	Suami
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
rendah	tidak bekerja	1-2 orang	19,23	23,08	57,69	100,00	0,300	0,514
		≥ 3 orang	38,46	26,92	34,62	100,00	1,000	1,000
	bekerja tidak dibayar	1-2 orang	25,00	37,50	37,50	100,00	0,697	1,045
		≥ 3 orang	32,84	32,84	34,33	100,00	1,000	1,000
	bekerja dibayar	1-2 orang	46,15	7,69	46,15	100,00	0,783	0,231
		≥ 3 orang	42,59	24,07	33,33	100,00	1,000	1,000
menengah	tidak bekerja	1-2 orang	35,59	23,73	40,68	100,00	0,471	0,817
		≥ 3 orang	52,00	20,00	28,00	100,00	1,000	1,000
	bekerja tidak dibayar	1-2 orang	41,94	16,13	41,94	100,00	0,857	0,433
		≥ 3 orang	38,18	29,09	32,73	100,00	1,000	1,000
	bekerja dibayar	1-2 orang	45,65	23,91	30,43	100,00	1,260	2,063
		≥ 3 orang	46,30	14,81	38,89	100,00	1,000	1,000
tinggi	tidak bekerja	1-2 orang	45,76	16,95	37,29	100,00	1,841	1,636
		≥ 3 orang	34,29	14,29	51,43	100,00	1,000	1,000
	bekerja tidak dibayar	1-2 orang	58,33	16,67	25,00	100,00	1,167	0,667
		≥ 3 orang	50,00	25,00	25,00	100,00	1,000	1,000
	bekerja dibayar	1-2 orang	52,56	10,26	37,18	100,00	1,033	0,749
		≥ 3 orang	50,00	13,46	36,54	100,00	1,000	1,000

Dalam hal pemeriksaan kesehatan istri, tampak bahwa jumlah anak memang memiliki pengaruh terhadap kecenderungan seorang istri untuk mengambil keputusan sendiri tanpa suami. Akan tetapi pengaruh tersebut berubah seiring dengan meningkatnya pendidikan istri dan berubahnya status bekerja istri. Pola tertentu justru tidak terlihat pada suami sebagai pengambil keputusan. Hal ini bisa dilihat pada Tabel 4.12 diatas.

6. Pengaruh Pendidikan, Status Pekerjaan dan Daerah Tempat Tinggal Terhadap Pengambilan Keputusan Mengenai Kesehatan Anak dan Istri

Pada Tabel 4.13 dan 4.14 di bawah ini tampak gambaran mengenai pengaruh daerah tempat tinggal sebagai faktor lingkungan terhadap siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga menurut tingkat pendidikan dan status kerja istri.

Tabel 4.13 Distribusi Persentase dan *Odds Ratio* Pengambil Keputusan Tentang Pengobatan Medis Anak Menurut Pendidikan, Status Kerja dan Daerah Tempat Tinggal

Pendidikan Istri	Status Kerja Istri	Daerah Tempat Tinggal	Pengambil Keputusan				Odds Ratio		
			Istri	Suami	Bersama	Total	Istri	Suami	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	
rendah	tidak bekerja	Desa	25,58	23,26	51,16	100,00	0,375	0,682	
		Kota	44,44	22,22	33,33	100,00	1,000	1,000	
	bekerja tidak dibayar	Desa	22,22	25,93	51,85	100,00	-	-	
		Kota	0,00	100,00	0,00	100,00	-	-	
	bekerja dibayar	Desa	38,98	16,95	44,07	100,00	1,179	1,538	
		Kota	37,50	12,50	50,00	100,00	1,000	1,000	
	menengah	tidak bekerja	Desa	35,29	20,00	44,71	100,00	0,987	0,746
			Kota	33,33	25,00	41,67	100,00	1,000	1,000
bekerja tidak dibayar		Desa	32,10	25,93	41,98	100,00	-	-	
		Kota	40,00	60,00	0,00	100,00	-	-	
bekerja dibayar		Desa	33,33	17,39	49,28	100,00	0,580	0,847	
		Kota	45,16	16,13	38,71	100,00	1,000	1,000	

Tabel 4.13 Lanjutan

Pendidikan Istri	Status Kerja Istri	Daerah Tempat Tinggal	Pengambil Keputusan				Odds Ratio	
			Istri	Suami	Bersama	Total	Istri	Suami
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
tinggi	tidak bekerja	Desa	33,33	22,22	44,44	100,00	0,750	3,375
		Kota	46,55	6,90	46,55	100,00	1,000	1,000
	bekerja tidak dibayar	Desa	36,84	47,37	15,79	100,00	2,000	4,500
		Kota	41,18	23,53	35,29	100,00	1,000	1,000
	bekerja dibayar	Desa	39,34	11,48	49,18	100,00	1,680	1,400
		Kota	28,99	10,14	60,87	100,00	1,000	1,000

Adanya sel kosong pada kelompok istri berpendidikan rendah dan bekerja tidak dibayar serta kelompok istri berpendidikan menengah dan bekerja tidak dibayar membuat analisis memakai *odds ratio* tidak lagi bisa digunakan. *Odds ratio* pada kelompok istri berpendidikan tinggi juga tidak menunjukkan suatu pola sehingga tampaknya variabel daerah tempat tinggal tidak memiliki pengaruh tertentu terhadap siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga baik mengenai pengobatan medis anak maupun pemeriksaan kesehatan istri.

Dari nilai persentase pada kedua tabel, secara umum hanya bisa dikatakan bahwa di desa, persentase pasangan yang bekerja sama dalam mengambil keputusan tentang pengobatan anak lebih tinggi daripada pasangan yang menyerahkan keputusan hanya pada istri atau suami. Sedangkan di kota, pasangan dengan istri sebagai pengambil keputusan justru lebih banyak daripada pasangan dengan suami atau bersama dalam mengambil keputusan, dengan pengecualian pada pasangan dengan istri berpendidikan tinggi dan bekerja dibayar. Akan tetapi perbedaan persentase antara desa-kota ini sebenarnya tidak besar. Demikian juga halnya dengan pengambilan keputusan tentang pemeriksaan kesehatan istri seperti yang tampak pada Tabel 4.14 dibawah ini.

Tabel 4.14 Distribusi Persentase dan *Odds Ratio* Pengambil Keputusan Tentang Pemeriksaan Kesehatan Istri Menurut Tingkat Pendidikan, Status Bekerja Istri dan Daerah Tempat Tinggal

Pendidikan Istri	Status Kerja Istri	Daerah Tempat Tinggal	Persentase Pengambil Keputusan				Odds Ratio	
			Istri	Suami	Bersama	Total	Istri	Suami
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
rendah	tidak bekerja	Desa	25,58	23,26	51,16	100,00	0,250	0,303
		Kota	44,44	33,33	22,22	100,00	1,000	1,000
	bekerja tidak dibayar	Desa	30,86	33,33	35,80	100,00	-	-
		Kota	50,00	50,00	0,00	100,00	-	-
	bekerja dibayar	Desa	42,37	22,03	35,59	100,00	0,893	1,857
		Kota	50,00	12,50	37,50	100,00	1,000	1,000
menengah	tidak bekerja	Desa	37,65	23,53	38,82	100,00	0,323	0,758
		Kota	62,50	16,67	20,83	100,00	1,000	1,000
	bekerja tidak dibayar	Desa	37,04	24,69	38,27	100,00	-	-
		Kota	80,00	20,00	0,00	100,00	-	-
	bekerja dibayar	Desa	44,93	23,19	31,88	100,00	1,221	3,152
		Kota	48,39	9,68	41,94	100,00	1,000	1,000
tinggi	tidak bekerja	Desa	33,33	22,22	44,44	100,00	0,667	1,714
		Kota	46,55	12,07	41,38	100,00	1,000	1,000
	bekerja tidak dibayar	Desa	52,63	26,32	21,05	100,00	1,250	3,125
		Kota	58,82	11,76	29,41	100,00	1,000	1,000
	bekerja dibayar	Desa	54,10	9,84	36,07	100,00	1,147	0,788
		Kota	49,28	13,04	37,68	100,00	1,000	1,000

4.2 Analisis Inferensial

Seperti yang telah diterangkan dalam bab sebelumnya, untuk melakukan analisis inferensial diterapkan model regresi logistik multinomial. Adapun model yang terbentuk adalah sebagai berikut.

4.2.1 Model yang Mempelajari Pengaruh Status Bekerja Istri Terhadap Pengambil Keputusan Menurut Setiap Kelompok Pendidikan Istri

Untuk melihat pengaruh status kerja istri (K) terhadap pengambil keputusan mengenai pengobatan medis anak (MA) menurut setiap kelompok tingkat pendidikan istri (D) diterapkan model 3.1 dengan hasil estimasi (dapat dilihat pada Lampiran 1) sebagai berikut :

$$\ln\left(\frac{P_1}{P_3}\right) = -0,492 + 0,349(D=1) + 0,275(D=2) - 0,368(D=1,K=1) - 0,704(D=1,K=2) \\ - 0,016(D=2,K=1) + 0,024(D=2,K=2) + 0,395(D=3,K=1) + 0,934(D=3,K=2)$$

$$\ln\left(\frac{P_2}{P_3}\right) = -1,638 + 0,634(D=1) + 0,642(D=2) + 0,269(D=1,K=1) + 0,401(D=1,K=2) \\ + 0,260(D=2,K=1) + 0,647(D=2,K=2) + 0,361(D=3,K=1) + 2,005(D=3,K=2)$$

Hasil estimasi diatas kemudian dapat disajikan dalam bentuk rangkuman seperti pada Tabel 4.15 dibawah ini.

Tabel 4.15 Hasil Estimasi Parameter Model Logistik Pengambil Keputusan Tentang Pengobatan Medis Anak (MA) Menurut Pendidikan (D) dan Status Kerja Istri (K)

MA	Pendidikan Istri	Status Kerja Istri			Selisih	
		tidak bekerja	bekerja tak dibayar	bekerja dibayar	(3)-(5)	(4)-(5)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Istri/ bersama	rendah	-0,511	-0,847	-0,143	-0,368 (0,384)	-0,704 (0,070)
	menengah	-0,233	-0,193	-0,217	-0,016 (0,959)	0,024 (0,944)
	tinggi	-0,097	0,442	-0,492	0,395 (0,177)	0,934 (0,046)
Suami/ bersama	rendah	-0,735	-0,603	-1,004	0,269 (0,588)	0,401 (0,359)
	menengah	-0,736	-0,349	-0,996	0,26 (0,495)	0,647 (0,097)
	tinggi	-1,277	0,367	-1,638	0,361 (0,409)	2,005 (0,000)

Ket. : - Nilai $G^2 = 34,002$ dengan nilai-p = 0,005
- dalam kurung menyatakan nilai-p uji Wald

Uji G^2 untuk model ini sebesar 34,002 dengan nilai-p sebesar 0,005, yang menunjukkan bahwa secara bersama-sama variabel tingkat pendidikan istri, status kerja istri dan interaksinya mempunyai pengaruh signifikan terhadap siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga tentang pengobatan medis anaknya.

Dari rangkuman hasil pada Tabel 4.15 diatas dapat diambil beberapa hal mengenai pengambil keputusan dalam keluarga tentang pengobatan medis anaknya :

1. Khusus kelompok istri berpendidikan rendah, nilai selisih logit yang negatif menunjukkan kecenderungan istri untuk mengambil keputusan sendiri daripada bersama suami lebih rendah pada kelompok istri yang tidak bekerja dan bekerja tidak dibayar dibandingkan kelompok istri yang bekerja dan dibayar.
2. Khusus kelompok istri berpendidikan menengah, kecenderungan istri untuk mengambil keputusan sendiri daripada bersama tampak tidak berbeda secara statistik antar kelompok status kerja istri.
3. Pada kelompok istri berpendidikan tinggi, secara signifikan kelompok istri yang tidak bekerja dan bekerja tidak dibayar lebih cenderung untuk memutuskan sendiri daripada bersama suami dibandingkan kelompok istri yang bekerja dan dibayar.
4. Pada semua kelompok tingkat pendidikan istri, suami dengan istri yang tidak bekerja ternyata kecenderungannya lebih besar untuk memutuskan sendiri daripada bersama istri dibandingkan dengan suami yang istrinya bekerja dan dibayar. Demikian juga dengan suami yang istrinya bekerja dan tidak dibayar, kecenderungannya untuk memutuskan sendiri daripada bersama istri juga lebih besar dibandingkan suami yang istrinya bekerja dan dibayar. Meskipun demikian signifikansi hanya terlihat pada suami yang istrinya berpendidikan menengah dan bekerja tidak dibayar serta pada suami yang istrinya berpendidikan tinggi dan bekerja tidak dibayar.

Dari hasil diatas dapat diambil kesimpulan bahwa pengaruh status bekerja istri terhadap siapa yang mengambil keputusan tentang pengobatan medis anak berbeda untuk setiap kategori pendidikan istri. Pada kelompok istri berpendidikan

tinggi, istri yang tidak mempunyai penghasilan justru memiliki kecenderungan lebih tinggi untuk memutuskan sendiri masalah pengobatan medis anaknya dibandingkan istri yang memiliki penghasilan. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan istri membuat istri memiliki wawasan dan pengetahuan yang cukup sehingga meningkatkan kemampuannya untuk memutuskan sendiri masalah pengobatan anaknya. Sehingga pada kelompok ini ada atau tidak adanya penghasilan tidak mengurangi kemampuan itu.

Dari hasil pembahasan mengenai suami sebagai pengambil keputusan dibanding suami istri bekerja sama sebagai pengambil keputusan pengobatan medis anak, secara umum dapat diambil kesimpulan bahwa pada semua tingkat pendidikan istri, suami dengan istri yang bekerja dan dibayar lebih cenderung untuk mengambil keputusan sendiri daripada bersama dibandingkan suami dengan istri yang tidak bekerja dan bekerja tapi tidak dibayar. Hal ini tentu merupakan sesuatu yang menarik. Apabila kita lihat kembali Tabel 4.3 akan terlihat penyebabnya. Pada kelompok istri yang bekerja dibayar baik dari tingkat pendidikan rendah, menengah atau tinggi, proporsi istri sebagai pengambil keputusan tampak tinggi sehingga proporsi suami sebagai pengambil keputusan lebih rendah dibandingkan suami sebagai pengambil keputusan di kelompok status bekerja istri yang lain. Hal ini tentu menghasilkan nilai *odds ratio* yang lebih dari 1 dan nilai estimasi parameter yang positif untuk suami sebagai pengambil keputusan dari kelompok istri yang tidak memiliki penghasilan. Fenomena ini sebenarnya justru menegaskan bahwa status bekerja istri berpengaruh terhadap siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga mengenai pengobatan anak.

Untuk pengambilan keputusan dalam keluarga tentang pemeriksaan kesehatan istri (KI), setelah menerapkan model 3.1 untuk melihat pengaruh status bekerja istri (K) menurut setiap kelompok tingkat pendidikan istri (D) maka hasil estimasi parameternya (Lampiran 2) menghasilkan model seperti dibawah ini :

$$\ln\left(\frac{p_1}{p_3}\right) = 0,333 - 0,144(D=1) - 0,06(D=2) - 0,659(D=1,K=1) - 0,298(D=1,K=2) \\ - 0,061(D=2,K=1) - 0,181(D=2,K=2) - 0,359(D=3,K=1) + 0,465(D=3,K=2)$$

$$\ln\left(\frac{P_2}{P_3}\right) = -1,163 + 0,624(D=1) + 0,552(D=2) - 0,074(D=1,K=1) + 0,504(D=1,K=2) \\ + 0,151(D=2,K=1) + 0,221(D=2,K=2) + 0,182(D=3,K=1) + 0,912(D=3,K=2)$$

Selanjutnya rangkuman hasil estimasi parameter logitnya dapat dilihat pada Tabel 4.16 dibawah ini.

Tabel 4.16 Hasil Estimasi Parameter Model Logistik Pengambil Keputusan Tentang Pemeriksaan Kesehatan Istri (KI) Menurut Pendidikan (D) dan Status Kerja Istri (K)

KI	Pendidikan Istri	Status Kerja Istri			Selisih	
		tidak bekerja	bekerja tak dibayar	bekerja dibayar	(3)-(5)	(4)-(5)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Istri/ bersama	rendah	-0,470	-0,109	0,189	-0,659 (0,125)	-0,298 (0,440)
	menengah	0,212	0,092	0,273	-0,061 (0,846)	-0,181 (0,589)
	tinggi	-0,026	0,798	0,333	-0,359 (0,222)	0,465 (0,295)
Suami/ bersama	rendah	-0,613	-0,035	-0,539	-0,074 (0,878)	0,504 (0,239)
	menengah	-0,46	-0,39	-0,611	0,151 (0,695)	0,221 (0,581)
	tinggi	-0,981	-0,251	-1,163	0,182 (0,667)	0,912 (0,119)

Ket. : - Nilai $G^2 = 27,557$ dengan nilai-p = 0,036
- dalam kurung menyatakan nilai-p uji Wald

Beberapa hal yang bisa disimpulkan dari tabel diatas adalah :

1. Secara bersama-sama, faktor tingkat pendidikan istri, status kerja istri dan faktor interaksinya berpengaruh secara signifikan terhadap siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga tentang pemeriksaan kesehatan istri.
2. Untuk semua tingkat pendidikan istri :
 - tampaknya tidak ada perbedaan signifikan kecenderungan istri antar status bekerja untuk memutuskan sendiri daripada bersama mengenai pemeriksaan kesehatannya kecuali pada istri berpendidikan rendah dan tidak bekerja
 - tanda negatif pada selisih logit menunjukkan bahwa kecenderungan istri yang bekerja dibayar untuk memutuskan sendiri pemeriksaan

kesehatannya lebih besar daripada istri yang tidak bekerja dan bekerja tidak dibayar kecuali pada kelompok istri berpendidikan tinggi dan bekerja dengan dibayar, dimana pada kelompok ini istri yang bekerja tidak dibayar kecenderungannya untuk memutuskan sendiri justru lebih besar daripada istri yang bekerja dan dibayar.

3. Untuk semua tingkat pendidikan istri, suami dengan istri yang tidak bekerja dan bekerja tidak dibayar lebih cenderung untuk mengambil keputusan sendiri daripada bersama dibandingkan suami dengan istri yang bekerja dan menerima pembayaran. Perkecualian terjadi pada kelompok istri berpendidikan rendah dan tidak bekerja, akan tetapi perbedaan kecenderungan ini juga tidak signifikan.

Dari hasil pembahasan mengenai pengambilan keputusan akhir tentang pemeriksaan kesehatan istri diatas terlihat bahwa kecenderungan istri dan suami dalam mengambil keputusan sendiri daripada bersama-sama tampak memiliki pola yang relatif konstan antar klasifikasi tingkat pendidikan dan status bekerja istri. Istri yang bekerja dan menerima pembayaran lebih cenderung memutuskan sendiri daripada bersama suami dibandingkan istri yang tidak bekerja dan istri yang bekerja tetapi tidak menerima pembayaran. Demikian juga suami yang istrinya tidak bekerja dan bekerja tapi tidak dibayar lebih cenderung memutuskan sendiri daripada bersama istri dibandingkan suami yang istrinya bekerja dan dibayar.

Hal ini sesuai dengan hasil-hasil penelitian sebelumnya bahwa adanya akses ke sumber ekonomi rumah tangga membuat kemampuan seseorang meningkat dalam memutuskan suatu hal, dalam hal ini pemeriksaan kesehatan istri. Dengan demikian istri yang bekerja dan memiliki penghasilan memiliki kecenderungan lebih tinggi untuk memilih memutuskan sendiri dan tidak melibatkan suami dalam hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan dirinya. Sejalan dengan itu, suami yang istrinya tidak bekerja juga lebih memilih memutuskan sendiri dan tidak melibatkan istrinya dibandingkan suami yang istrinya bekerja.

Berbeda dengan keputusan mengenai pemeriksaan kesehatan istri yang pola kecenderungan antar tingkat pendidikan dan status kerja istrinya relatif konstan, keputusan tentang pengobatan anak memiliki pola kecenderungan yang

agak berbeda. Seperti telah disebutkan sebelumnya, pada kelompok istri berpendidikan rendah dan menengah, istri yang bekerja dan mendapat penghasilan lebih cenderung memutuskan sendiri pengobatan anaknya daripada melibatkan suami dibandingkan istri yang tidak bekerja dan bekerja tidak dibayar. Sementara pada kelompok istri berpendidikan tinggi, istri yang tidak bekerja dan bekerja tidak dibayar justru lebih cenderung memutuskan sendiri daripada melibatkan suami dibanding istri yang bekerja dan dibayar. Hal ini menunjukkan bahwa pada kelompok berpendidikan lebih rendah, adanya akses ke sumber ekonomi rumah tangga memang berpengaruh dalam kemampuan istri memutuskan sendiri masalah pengobatan anaknya. Sementara pada kelompok istri berpendidikan tinggi, ketiadaan akses ke sumber ekonomi rumah tangga tidak lagi berpengaruh pada kemampuan untuk memutuskan sendiri pengobatan anaknya.

4.2.2 Model yang Mempelajari Pengaruh Pendidikan Istri Terhadap Pengambilan Keputusan Menurut Setiap Kelompok Status Kerja Istri

Untuk melihat pengaruh tingkat pendidikan istri (D) terhadap siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga mengenai pengobatan anaknya (MA) menurut setiap kelompok status bekerja istri (K), maka model 3.2 diterapkan sehingga hasil estimasi parameternya (Lampiran 3) dapat dilihat berikut ini :

$$\ln\left(\frac{P_1}{P_3}\right) = -0,492 + 0,395(K=1) + 0,934(K=2) - 0,413(K=1,D=1) \\ - 0,136(K=1,D=2) - 1,289(K=2,D=1) - 0,636(K=2,D=2) \\ + 0,349(K=3,D=1) + 0,275(K=3,D=2)$$

$$\ln\left(\frac{P_2}{P_3}\right) = -1,638 + 0,361(K=1) + 2,005(K=2) + 0,542(K=1,D=1) \\ + 0,541(K=1,D=2) - 0,970(K=2,D=1) - 0,716(K=2,D=2) \\ + 0,634(K=3,D=1) + 0,642(K=3,D=2)$$

Rangkuman hasil estimasi tersebut dapat dilihat pada Tabel 4.17 berikut :

Tabel 4.17 Hasil Estimasi Parameter Model Logistik Pengambil Keputusan Tentang Pengobatan Medis Anak (MA) Menurut Status Kerja (K) dan Pendidikan Istri (D)

MA	Status Kerja Istri	Pendidikan Istri			Selisih	
		rendah	menengah	tinggi	(3)-(5)	(4)-(5)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Istri/ bersama	tidak bekerja	-0,510	-0,233	-0,097	-0,413 (0,295)	-0,136 (0,661)
	bekerja tak dibayar	-0,847	-0,194	0,442	-1,289 (0,012)	-0,636 (0,201)
	bekerja dibayar	-0,143	-0,217	-0,492	0,349 (0,289)	0,275 (0,347)
Suami/ bersama	tidak bekerja	-0,735	-0,736	-1,277	0,542 (0,258)	0,541 (0,191)
	bekerja tak dibayar	-0,603	-0,349	0,367	-0,970 (0,055)	-0,716 (0,160)
	bekerja dibayar	-1,004	-0,996	-1,638	0,634 (0,166)	0,642 (0,115)

Ket. : - Nilai $G^2 = 34,002$ dengan nilai- $p = 0,005$
 - dalam kurung menyatakan nilai- p uji Wald

Beberapa kesimpulan yang didapat dari tabel diatas :

1. Dari nilai G^2 dan nilai- p , secara bersama-sama tingkat pendidikan dan status bekerja istri serta interaksinya berpengaruh secara signifikan terhadap siapa yang mengambil keputusan mengenai pengobatan medis anak.
2. Khusus untuk kelompok istri yang tidak bekerja dan bekerja tetapi tidak mendapat bayaran, istri yang berpendidikan tinggi lebih cenderung memutuskan sendiri masalah pengobatan medis anaknya daripada bersama suami dibandingkan istri berpendidikan rendah dan menengah. Akan tetapi hanya pada satu klasifikasi saja yang hasil ujina signifikan yaitu kelompok istri bekerja tidak dibayar dan berpendidikan rendah.
3. Pada kelompok istri yang bekerja dan mendapat bayaran, istri yang berpendidikan rendah dan menengah lebih cenderung untuk mengambil keputusan sendiri daripada bersama suami dibanding istri berpendidikan tinggi. Meskipun demikian hasil ujinya tidak signifikan.
4. Walau hasil ujinya tidak menunjukkan signifikansi tetapi dari tanda positif pada selisih logit terlihat bahwa pada kelompok istri tidak bekerja dan bekerja dibayar, suami yang istrinya berpendidikan rendah dan menengah lebih

cenderung untuk mengambil keputusan sendiri daripada bersama istri dibandingkan suami yang istrinya berpendidikan tinggi.

5. Khusus pada kelompok istri yang bekerja dan tidak dibayar, suami dengan istri berpendidikan rendah dan menengah kecenderungannya lebih kecil secara signifikan untuk memutuskan sendiri daripada bersama istri dibandingkan suami dengan istri berpendidikan tinggi.

Dari hasil diatas, pengaruh tingkat pendidikan istri terhadap kecenderungannya untuk bertindak sebagai pengambil keputusan sendiri berbeda untuk setiap kelompok status bekerjanya. Tampaknya pada kelompok istri yang memiliki penghasilan *power*-nya telah cukup kuat sehingga tingkat pendidikan tidak lagi berpengaruh terhadap seorang istri untuk memilih memutuskan sendiri atau memutuskan bersama suami mengenai pengobatan medis anaknya.

Selanjutnya, untuk melihat pengaruh tingkat pendidikan istri (D) terhadap siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga mengenai pemeriksaan kesehatan istri (KI) menurut setiap kelompok status bekerja istri (K), model 3.2 kembali diterapkan dan dari Lampiran 4 hasil estimasi parameternya sebagai berikut :

$$\ln\left(\frac{P_1}{P_3}\right) = 0,333 - 0,359(K=1) + 0,465(K=2) - 0,445(K=1,D=1) \\ + 0,0,238(K=1,D=2) - 0,908(K=2,D=1) - 0,706(K=2,D=2) \\ - 0,144(K=3,D=1) - 0,06(K=3,D=2)$$

$$\ln\left(\frac{P_2}{P_3}\right) = - 1,163 + 0,182(K=1) + 0,912(K=2) + 0,368(K=1,D=1) \\ + 0,521(K=1,D=2) + 0,216(K=2,D=1) - 0,138(K=2,D=2) \\ + 0,624(K=3,D=1) + 0,552(K=3,D=2)$$

Sedangkan rangkuman hasil estimasi diatas dapat disajikan pada Tabel 4.18 dibawah.

Beberapa hal yang dapat diambil dari tabel tersebut :

1. Secara bersama-sama, variabel tingkat pendidikan istri, status bekerja istri dan interaksinya berpengaruh signifikan terhadap siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga mengenai masalah pemeriksaan kesehatan istri.
2. Khusus untuk kelompok istri yang tidak bekerja, tidak tampak adanya perbedaan signifikan antara istri berpendidikan rendah dan menengah dengan

istri berpendidikan tinggi dalam hal kecenderungan untuk memutuskan sendiri pemeriksaan kesehatan dirinya daripada bersama suami.

3. Pada kelompok istri yang bekerja dan tidak dibayar, istri dengan pendidikan yang lebih tinggi secara signifikan memiliki kecenderungan lebih tinggi untuk memutuskan sendiri tentang pemeriksaan kesehatannya daripada bersama suami.

Tabel 4.18 Hasil Estimasi Parameter Model Logistik Pengambil Keputusan Tentang Pemeriksaan Kesehatan Istri (KI) Menurut Status Kerja (K) dan Pendidikan Istri (D)

KI	Status Kerja Istri	Pendidikan Istri			Selisih	
		rendah	menengah	tinggi	(3)-(5)	(4)-(5)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Istri/ bersama	tidak bekerja	-0,471	0,212	-0,026	-0,445 (0,265)	0,238 (0,448)
	bekerja tak dibayar	-0,11	0,092	0,798	-0,908 (0,061)	-0,706 (0,135)
	bekerja dibayar	0,189	0,273	0,333	-0,144 (0,666)	-0,06 (0,837)
Suami/ bersama	tidak bekerja	-0,613	-0,460	-0,981	0,368 (0,423)	0,521 (0,192)
	bekerja tak dibayar	-0,035	-0,389	-0,251	0,216 (0,704)	-0,138 (0,811)
	bekerja dibayar	-0,539	-0,611	-1,163	0,624 (0,163)	0,552 (0,179)

Ket. : - Nilai $G^2 = 27,557$ dengan nilai-p = 0,036
 - dalam kurung menyatakan nilai-p uji Wald

4. Pada kelompok istri yang bekerja dan dibayar, walaupun tidak signifikan, istri yang berpendidikan lebih tinggi tampaknya lebih cenderung untuk memutuskan sendiri pemeriksaan kesehatannya daripada bersama suaminya.
5. Pada semua kategori status bekerja istri, suami yang istrinya berpendidikan rendah dan menengah lebih cenderung memutuskan sendiri daripada bersama istri dibandingkan suami yang istrinya berpendidikan tinggi. Perkecualian terjadi pada kelompok istri bekerja tidak dibayar dan berpendidikan menengah dimana pada kelompok ini suami yang istrinya berpendidikan tinggi justru lebih cenderung memutuskan sendiri daripada bersama dibandingkan suami yang istrinya berpendidikan menengah. Meskipun demikian perbedaan kecenderungan ini tidak signifikan.

Tidak seperti pada pengambilan keputusan mengenai pengobatan anak, pada pengambilan keputusan mengenai pemeriksaan kesehatan istri pola kecenderungannya relatif konstan. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi membuat istri lebih memiliki *power* untuk memutuskan mengenai hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan dirinya. Istri yang berpendidikan lebih tinggi akan lebih cenderung memilih memutuskan sendiri pemeriksaan kesehatannya daripada melibatkan suaminya. Demikian juga suami yang istrinya berpendidikan lebih rendah akan lebih cenderung memutuskan sendiri daripada melibatkan istrinya. Hal ini juga sesuai dengan hasil-hasil penelitian sebelumnya bahwa pendidikan akan dapat membuka kesadaran dan wawasan seseorang akan nilai diri dan lingkungannya.

4.2.3 Model yang Mempelajari Pengaruh Umur Kawin Pertama Terhadap Pengambilan Keputusan Menurut Setiap Kelompok Pendidikan dan Status Kerja Istri

Adanya sel kosong pada *cross tabulation* antara tingkat pendidikan, status kerja dan umur kawin pertama istri dengan siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga mengenai pengobatan medis anak dan pemeriksaan kesehatan istri, membuat model 3.2 dalam bab sebelumnya tidak dapat diterapkan. Karena itu untuk melihat hubungan antara umur kawin pertama istri terhadap siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga pada kondisi tingkat pendidikan dan status kerja istri tertentu akan dipakai *four-way tabulation*. Adapun hipotesis yang akan diuji adalah :

$$H_0 : \pi_{ijk1} = \pi_{ijk2} = \pi_{ijk3}, \text{ untuk setiap } i, j \text{ dan } k$$

$$H_1 : \text{bukan } H_0$$

Sedangkan untuk menguji perbedaan hubungan status kerja istri dan umur kawin pertama terhadap siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga menurut setiap tingkat pendidikan istri, akan digunakan hipotesis sebagai berikut :

$$H_{01} : \pi_{1jk1} = \pi_{1jk2} = \pi_{1jk3}$$

$$H_{02} : \pi_{2jk1} = \pi_{2jk2} = \pi_{2jk3}$$

$$H_{03} : \pi_{3jk1} = \pi_{3jk2} = \pi_{3jk3}$$

masing-masing dengan

$$H_{1i} : \text{bukan } H_{0i}, \text{ untuk } i = 1, 2 \text{ dan } 3$$

Rangkuman hasil analisis untuk pengambilan keputusan mengenai pengobatan medis anak pada Lampiran 5 disajikan pada Tabel 4.19 berikut ini :

Tabel 4.19 Hasil Pengujian Pengaruh Umur Kawin Pertama Terhadap Pengambil Keputusan Mengenai Pengobatan Medis Anak Menurut Tingkat Pendidikan dan Status Bekerja Istri

Hipotesis (1)	Chi-square (2)	Nilai p (3)	Kesimpulan (4)
$H_0 : \pi_{ijk1} = \pi_{ijk2} = \pi_{ijk3}$	54,921	0,013	data mendukung hipotesis
$H_{01} : \pi_{1jk1} = \pi_{1jk2} = \pi_{1jk3}$	12,524	0,251	data tidak mendukung hipotesis
$H_{02} : \pi_{2jk1} = \pi_{2jk2} = \pi_{2jk3}$	10,566	0,392	data tidak mendukung hipotesis
$H_{03} : \pi_{3jk1} = \pi_{3jk2} = \pi_{3jk3}$	27,438	0,002	data mendukung hipotesis

Pada tabel diatas terlihat bahwa H_0 ditolak yang berarti secara keseluruhan tingkat pendidikan istri, status bekerja istri dan umur kawin pertama istri mempunyai hubungan dengan siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga mengenai pengobatan medis anak.

Bila dilihat secara parsial untuk setiap kategori pendidikan istri, umur kawin pertama dan status kerja istri hanya berhubungan signifikan dengan pengambil keputusan mengenai pengobatan medis anak pada kategori istri berpendidikan tinggi. Tampaknya umur kawin pertama hanya mempengaruhi bagaimana suami istri mengambil keputusan pada kelompok istri berpendidikan tinggi saja. Bila melihat kembali Tabel 4.7 ternyata memang sebagian besar istri yang berpendidikan rendah dan menengah menikah pada usia kurang dari 21 tahun sehingga pada kedua kelompok pendidikan ini umur kawin pertamanya lebih homogen bila dibandingkan kelompok istri berpendidikan tinggi.

Pada Tabel 4.20 dibawah disajikan rangkuman hasil analisis pada Lampiran 6 tentang pengambilan keputusan mengenai pemeriksaan kesehatan istri. Pada keempat pengujian diatas, H_0 , H_{01} , H_{02} dan H_{03} tidak diterima yang berarti tidak ada pengaruh umur kawin pertama dan status bekerja istri terhadap siapa yang mengambil keputusan tentang pemeriksaan kesehatan istri baik secara keseluruhan maupun pada setiap kategori pendidikan istri.

Tabel 4.20 Hasil Pengujian Hubungan Umur Kawin Pertama Terhadap Pengambil Keputusan Mengenai Pemeriksaan Kesehatan Istri Menurut Tingkat Pendidikan dan Status Bekerja Istri

Hipotesis (1)	Chi-square (2)	Nilai p (3)	Kesimpulan (4)
$H_0 : \pi_{ijk1} = \pi_{ijk2} = \pi_{ijk3}$	37,151	0,326	data tidak mendukung hipotesis
$H_{01} : \pi_{1jk1} = \pi_{1jk2} = \pi_{1jk3}$	8,697	0,561	data tidak mendukung hipotesis
$H_{02} : \pi_{2jk1} = \pi_{2jk2} = \pi_{2jk3}$	5,167	0,880	data tidak mendukung hipotesis
$H_{03} : \pi_{3jk1} = \pi_{3jk2} = \pi_{3jk3}$	8,475	0,583	data tidak mendukung hipotesis

Suatu hal yang menarik bahwa ternyata umur kawin pertama tidak memiliki hubungan signifikan terhadap siapa yang mengambil keputusan tentang pemeriksaan kesehatan istri setelah diinteraksikan dengan tingkat pendidikan dan status bekerja istri, mengingat pada analisis bivariat variabel umur kawin pertama ini hubungannya signifikan dengan siapa yang mengambil keputusan tentang pemeriksaan kesehatan istri. Tampaknya interaksi dengan tingkat pendidikan dan status bekerja ini membuat hubungan umur kawin pertama ini menjadi kabur. Dengan kata lain, pengaruh umur kawin pertama ini terhadap siapa yang mengambil keputusan sama saja pada semua tingkat pendidikan dan status bekerja istri. Hal ini mungkin disebabkan di kalangan responden perempuan yang termasuk dalam unit analisis, lebih dari separuh ternyata menikah pada usia kurang dari 21 tahun. Jadi, walaupun mereka menikah pada usia muda, ternyata seiring dengan berjalannya waktu kesadaran mengenai kesehatan diri semakin bertambah tinggi.

4.2.4 Model yang Mempelajari Pengaruh Selisih Umur Suami istri Terhadap Pengambilan Keputusan Menurut Setiap Kelompok Pendidikan Istri dan Status Kerja Istri

Dalam rangka menguji hipotesis mengenai pengaruh selisih umur suami istri (S) terhadap pengambil keputusan dalam keluarga mengenai pengobatan medis anak (MA) pada masing-masing kelompok tingkat pendidikan (D) dan status kerja istri (K), diterapkan model 3.3 pada bab sebelumnya dengan hasil estimasi (Lampiran 7) sebagai berikut :

$$\ln\left(\frac{P_1}{P_3}\right) = -0,554 + 0,421(D=1,K=1) - 0,139(D=1,K=2) + 0,292(D=1,K=3) \\ + 0,175(D=2,K=1) + 0,229(D=2,K=2) + 0,249(D=2,K=3) + 0,077(D=3,K=1) \\ + 0,842(D=3,K=2) - 0,620(D=1,K=1,S=1) - 0,262(D=1,K=2,S=1) \\ + 0,202(D=1,K=3,S=1) + 0,231(D=2,K=1,S=1) + 0,261(D=2,K=2,S=1) \\ + 0,145(D=2,K=3,S=1) + 0,882(D=3,K=1,S=1) + 0,405(D=3,K=2,S=1) \\ + 0,169(D=3,K=3,S=1)$$

$$\ln\left(\frac{P_2}{P_3}\right) = -1,904 + 0,923(D=1,K=1) + 1,329(D=1,K=2) + 0,949(D=1,K=3) \\ + 1,157(D=2,K=1) + 1,579(D=2,K=2) + 1,039(D=2,K=3) + 0,146(D=3,K=1) \\ + 2,192(D=3,K=2) + 0,345(D=1,K=1,S=1) - 0,044(D=1,K=2,S=1) \\ - 0,086(D=1,K=3,S=1) + 0,019(D=2,K=1,S=1) - 0,049(D=2,K=2,S=1) \\ - 0,234(D=2,K=3,S=1) + 1,065(D=3,K=1,S=1) + 0,223(D=3,K=2,S=1) \\ + 0,631(D=3,K=3,S=1)$$

Selanjutnya rangkuman hasil estimasi parameter logit dan hasil pengujian hipotesisnya disajikan dalam Tabel 4.21 dibawah ini.

Secara keseluruhan dari tabel tersebut dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Dari nilai G^2 dan nilai-p dapat dikatakan bahwa secara bersama-sama tingkat pendidikan istri, status kerja istri dan selisih umur suami istri tidak berpengaruh signifikan terhadap siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga mengenai pengobatan medis anak.
2. Untuk setiap kelompok pendidikan dan status kerja istri, tidak terdapat perbedaan kecenderungan antara istri yang selisih umurnya 5 tahun atau lebih dengan suami dalam memutuskan mengenai pengobatan anak, apakah sendiri atau bersama suami, bila dibandingkan dengan istri yang selisih umurnya kurang dari 5 tahun.
3. Bila dilihat dari nilai selisih logit yang secara umum positif, artinya kecenderungan istri yang selisih umurnya 5 tahun atau lebih dari suami untuk memutuskan sendiri mengenai pengobatan anak daripada bersama suami lebih besar daripada istri yang selisih umurnya dari suami kurang dari 5 tahun.

Tabel 4.21 Hasil Estimasi Parameter Model Logistik Pengambil Keputusan Tentang Pengobatan Medis Anak (MA) Menurut Pendidikan Istri (D), Status Kerja Istri (K) dan Selisih Umur Suami istri (S)

Pendidikan Istri	Status Kerja Istri	MA = Istri			MA = Suami		
		Selisih Umur		Selisih (3)-(4)	Selisih Umur		Selisih (6)-(7)
		≥ 5 th	< 5 th		≥ 5 th	< 5 th	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
rendah	tidak bekerja	-0,753	-0,133	-0,620 (0,356)	-0,636	-0,981	0,345 (0,664)
	bekerja tak dibayar	-0,955	-0,693	-0,262 (0,646)	-0,619	-0,575	-0,044 (0,935)
	bekerja dibayar	-0,06	-0,262	0,202 (0,712)	-1,041	-0,955	-0,086 (0,903)
menengah	tidak bekerja	-0,148	-0,379	0,231 (0,609)	-0,728	-0,747	0,019 (0,971)
	bekerja tak dibayar	-0,064	-0,325	0,261 (0,610)	-0,374	-0,325	-0,049 (0,927)
	bekerja dibayar	-0,16	-0,305	0,145 (0,748)	-1,099	-0,865	-0,234 (0,682)
tinggi	tidak bekerja	0,405	-0,477	0,882 (0,054)	-0,693	-1,758	1,065 (0,112)
	bekerja tak dibayar	0,693	0,288	0,405 (0,649)	0,511	0,288	0,223 (0,806)
	bekerja dibayar	-0,385	-0,554	0,169 (0,671)	-1,273	-1,904	0,631 (0,284)

Ket. : - dalam kurung menyatakan nilai-p uji Wald
 - Nilai $G^2 = 43,248$ dengan nilai-p = 0,133

- Untuk setiap kelompok pendidikan dan status kerja istri, tidak terdapat perbedaan kecenderungan antara suami yang selisih umurnya 5 tahun atau lebih dengan istri dalam memutuskan mengenai pengobatan anak, apakah sendiri atau bersama istri, bila dibandingkan dengan suami yang selisih umurnya kurang dari 5 tahun.
- Pada kelompok istri berpendidikan rendah dan menengah, nilai selisih logit umumnya negatif yang menunjukkan bahwa suami yang selisih umurnya kurang dari 5 tahun dengan istri kecenderungannya lebih besar untuk memutuskan sendiri tentang pengobatan anaknya daripada bersama istri, dibandingkan suami yang selisih umurnya 5 tahun atau lebih dari istrinya.

6. Pada kelompok istri berpendidikan tinggi, nilai selisih logitnya positif yang berarti suami dengan selisih umumnya 5 tahun atau lebih kecenderungannya lebih besar untuk memutuskan sendiri dibandingkan suami yang selisih umumnya kurang dari 5 tahun.

Dari hasil diatas secara umum terlihat bahwa selisih umur antara suami dan istri tidak memberikan pengaruh yang nyata terhadap kecenderungan suami dan istri dalam memutuskan sendiri atau bersama-sama perihal pengobatan medis anaknya. Hal ini seperti yang diperoleh dari penelitian Jejeebhoy (2000) bahwa data yang digunakannya tidak mendukung dugaan bahwa selisih umur yang pendek antara suami istri akan meningkatkan peran perempuan dalam mengambil keputusan. Dari nilai selisih logitnya pun menunjukkan hasil bahwa secara umum istri yang selisih umumnya dari suami lebih lama ternyata justru lebih cenderung untuk memutuskan sendiri daripada bersama suami.

Sementara dari sisi suami, pada kelompok istri berpendidikan rendah dan menengah, suami yang selisih umumnya lebih sedikit justru lebih cenderung untuk memutuskan sendiri daripada bersama istri. Sedangkan pada istri berpendidikan tinggi, suami yang selisih umumnya lebih banyaklah yang cenderung memutuskan sendiri daripada bersama istri. Dengan demikian tampaknya tingkat pendidikan istri lebih memiliki pengaruh terhadap kecenderungan suami dalam mendominasi dibandingkan selisih umurnya dengan istri.

Selanjutnya untuk menguji pengaruh selisih umur suami istri (S) terhadap siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga tentang pemeriksaan kesehatan istri (KI) menurut semua klasifikasi tingkat pendidikan (D) dan status kerja istri (K), diterapkan model 3.3 dan diperoleh hasil estimasi parameternya (Lampiran 8) sebagai berikut :

$$\ln \left(\frac{p_1}{p_3} \right) = 0,255 - 1,459(D=1,K=1) - 0,15(D=1,K=2) + 0,374(D=1,K=3) \\ - 0,194(D=2,K=1) - 0,137(D=2,K=2) - 0,181(D=2,K=3) - 0,342(D=3,K=1) \\ + 0,102(D=3,K=2) + 1,05(D=1,K=1,S=1) - 0,329(D=1,K=2,S=1) \\ - 0,762(D=1,K=3,S=1) + 0,25(D=2,K=1,S=1) - 0,053(D=2,K=2,S=1) \\ + 0,301(D=2,K=3,S=1) + 0,148(D=3,K=1,S=1) + 1,253(D=3,K=2,S=1) \\ + 0,208(D=3,K=3,S=1)$$

$$\ln\left(\frac{p_2}{p_3}\right) = -1,131 + 0,438(D=1,K=1) + 1,573(D=1,K=2) + 0,661(D=1,K=3) \\ + 0,438(D=2,K=1) + 0,661(D=2,K=2) + 1,206(D=2,K=3) - 0,255(D=3,K=1) \\ + 0,795(D=3,K=2) + 0,134(D=1,K=1,S=1) - 0,799(D=1,K=2,S=1) \\ - 0,105(D=1,K=3,S=1) + 0,375(D=2,K=1,S=1) + 0,16(D=2,K=2,S=1) \\ - 1,556(D=2,K=3,S=1) + 0,811(D=3,K=1,S=1) + 0,336(D=3,K=2,S=1) \\ - 0,092(D=3,K=3,S=1)$$

Rangkuman hasil estimasi dan hasil ujinya adalah seperti pada Tabel 4.22 dibawah.

Tabel 4.22 Hasil Estimasi Parameter Model Logistik Pengambil Keputusan Tentang Pemeriksaan Kesehatan Istri (KI) Menurut Pendidikan Istri (D), Status Kerja Istri (K) dan Selisih Umur Suami istri (S)

Pendidikan Istri	Status Kerja Istri	KI = Istri			KI = Suami		
		Selisih Umur		Selisih	Selisih Umur		Selisih
		≥ 5 th	< 5 th	(3)-(4)	≥ 5 th	< 5 th	(6)-(7)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
rendah	tidak bekerja	-0,154	-1,204	1,050 (0,171)	-0,559	-0,693	0,134 (0,850)
	bekerja tak dibayar	-0,224	0,105	-0,329 (0,564)	-0,357	0,442	-0,799 (0,148)
	bekerja dibayar	-0,133	0,629	-0,762 (0,182)	-0,575	-0,47	-0,105 (0,881)
menengah	tidak bekerja	0,311	0,061	0,250 (0,577)	-0,318	-0,693	0,375 (0,491)
	bekerja tak dibayar	0,065	0,118	-0,053 (0,915)	-0,31	-0,47	0,160 (0,778)
	bekerja dibayar	0,375	0,074	0,301 (0,526)	-1,481	0,075	-1,556 (0,013)
tinggi	tidak bekerja	0,061	-0,087	0,148 (0,746)	-0,575	-1,386	0,811 (0,189)
	bekerja tak dibayar	1,61	0,357	1,253 (0,172)	0,000	-0,336	0,336 (0,772)
	bekerja dibayar	0,463	0,255	0,208 (0,596)	-1,223	-1,131	-0,092 (0,883)

Ket. : - dalam kurung menyatakan nilai-p uji Wald
- Nilai $G^2 = 50,125$ dengan nilai-p = 0,037

Beberapa hal yang bisa disimpulkan dari tabel tersebut adalah sebagai berikut :

1. Secara bersama-sama, tingkat pendidikan istri, status bekerja istri dan selisih umur suami istri serta faktor interaksinya memiliki pengaruh yang signifikan terhadap siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga mengenai pemeriksaan kesehatan istri.
2. Pada kelompok istri berpendidikan rendah :
 - istri yang tidak bekerja dan selisih umurnya 5 tahun atau lebih kecenderungannya untuk memutuskan sendiri pemeriksaan kesehatannya lebih besar daripada istri yang tidak bekerja dan selisih umurnya kurang dari 5 tahun.
 - istri yang bekerja, baik dibayar atau tidak, dan selisih umurnya kurang dari 5 tahun lebih besar kecenderungannya untuk memutuskan sendiri pemeriksaan kesehatannya daripada yang selisih umurnya 5 tahun atau lebih.
 - Suami yang istrinya tidak bekerja dan selisih umurnya 5 tahun atau lebih, kecenderungannya lebih besar untuk memutuskan sendiri pemeriksaan kesehatan istrinya daripada suami yang selisih umurnya kurang dari 5 tahun.
 - Suami yang istrinya bekerja, baik dibayar atau tidak, dan selisih umurnya kurang dari 5 tahun lebih besar kecenderungannya untuk memutuskan sendiri pemeriksaan kesehatan istrinya dibanding suami yang selisih umurnya 5 tahun atau lebih.
3. Pada kelompok istri berpendidikan menengah dan tinggi, istri yang selisih umurnya 5 tahun atau lebih kecenderungannya untuk memutuskan sendiri pemeriksaan kesehatannya lebih besar daripada istri selisih umurnya kurang dari 5 tahun.
4. Pada kelompok istri berpendidikan menengah dan tinggi, secara umum suami yang selisih umurnya 5 tahun atau lebih, kecenderungannya lebih besar untuk memutuskan sendiri pemeriksaan kesehatan istrinya daripada suami yang selisih umurnya kurang dari 5 tahun. Perkecualian pada kelompok ini terjadi pada istri yang bekerja dan dibayar, dimana nilai parameter logitnya negatif

yang artinya suami yang selisih umurnya kurang dari 5 tahun lebih cenderung memutuskan sendiri pemeriksaan kesehatan istrinya dibanding suami yang selisih umurnya 5 tahun atau lebih.

Dari signifikansi model, berbeda dengan pengobatan anak, dalam hal pemeriksaan kesehatan istri ketiga variabel diatas tampak berpengaruh signifikan terhadap siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga. Sementara dari tanda nilai selisih logit, istri sebagai pengambil keputusan sendiri dibandingkan bersama suami pada kedua masalah pengambilan keputusan tampak memiliki pola yang sama. Secara umum istri yang selisihnya 5 tahun atau lebih kecenderungannya lebih besar untuk mengambil keputusan sendiri daripada bersama suami dibandingkan istri yang selisih umurnya kurang dari 5 tahun. Suami yang 5 tahun lebih tua atau lebih dan dengan demikian lebih dewasa tampaknya menjadi lebih bisa mengalah kepada istri sehingga lebih banyak menyerahkan keputusan kepada istri. Perkecualian terjadi pada kelompok istri berpendidikan rendah dimana istri yang selisih umurnya kurang dari 5 tahun justru lebih cenderung mengambil keputusan sendiri daripada bersama suami. Pada kelompok berpendidikan rendah ini, istri yang selisih umurnya lebih sedikit tampaknya merasa setara dengan suami sehingga *power* yang dimilikinya pun lebih kuat dibandingkan istri yang usianya jauh lebih muda dari suami.

4.2.5 Model yang Mempelajari Pengaruh Jumlah Anak Terhadap Pengambilan Keputusan Menurut Setiap Kelompok Pendidikan Istri dan Status Kerja Istri

Pada bagian ini, model 3.4 akan diterapkan untuk menguji pengaruh jumlah anak (A) menurut setiap kelompok tingkat pendidikan (D) dan status bekerja istri (K) terhadap siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga. Hasil estimasi parameter (Lampiran 9) untuk pengambilan keputusan mengenai pengobatan medis anak (MA) adalah sebagai berikut :

$$\ln\left(\frac{P_1}{P_3}\right) = -0,629 + 0,09(D=1,K=1) - 0,004(D=1,K=2) + 0,586(D=1,K=3) \\ + 0,341(D=2,K=1) + 0,204(D=2,K=2) + 0,675(D=2,K=3) + 0,88(D=3,K=1) \\ + 1,322(D=3,K=2) + 0,053(D=1,K=1,A=1) - 1,67(D=1,K=2,A=1) \\ - 0,651(D=1,K=3,A=1) + 0,105(D=2,K=1,A=1) + 0,743(D=2,K=2,A=1) \\ - 0,557(D=2,K=3,A=1) - 0,574(D=3,K=1,A=1) - 0,405(D=3,K=2,A=1)$$

Universitas Indonesia

$$\begin{aligned}
 &+ 0,223(D=3,K=3,A=1) \\
 \ln\left(\frac{P_2}{P_3}\right) &= -1,609 + 1,07(D=1,K=1) + 1,034(D=1,K=2) + 0,377(D=1,K=3) \\
 &+ 0,511(D=2,K=1) + 0,836(D=2,K=2) + 0,963(D=2,K=3) + 0,069(D=3,K=1) \\
 &+ 1,609(D=3,K=2) - 0,417(D=1,K=1,A=1) - 0,118(D=1,K=2,A=1) \\
 &+ 0,827(D=1,K=3,A=1) + 0,629(D=2,K=1,A=1) + 1,179(D=2,K=2,A=1) \\
 &- 0,780(D=2,K=3,A=1) + 0,37(D=3,K=1,A=1) + 0,511(D=3,K=2,A=1) \\
 &- 0,049(D=3,K=3,A=1)
 \end{aligned}$$

Rangkuman hasil estimasi parameter dan hasil ujinya disajikan pada Tabel 4.23 dibawah ini.

Tabel 4.23 Hasil Estimasi Parameter Model Logistik Pengambil Keputusan Tentang Pengobatan Medis Anak (MA) Menurut Pendidikan Istri (D), Status Kerja Istri (K) dan Jumlah Anak (A)

Pendidikan Istri	Status Kerja Istri	MA = Istri			MA = Suami		
		Jumlah Anak		Selisih (3)-(4)	Jumlah Anak		Selisih (6)-(7)
		1-2 orang	≥ 3 orang		1-2 orang	≥ 3 orang	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
rendah	tidak bekerja	-0,486	-0,539	0,053 (0,935)	-0,956	-0,539	-0,417 (0,557)
	bekerja tak dibayar	-2,303	-0,633	-1,670 (0,126)	-0,693	-0,575	-0,118 (0,850)
	bekerja dibayar	-0,694	-0,043	-0,651 (0,395)	-0,405	-1,232	0,827 (0,286)
menengah	tidak bekerja	-0,183	-0,288	0,105 (0,808)	-0,469	-1,098	0,629 (0,231)
	bekerja tak dibayar	0,318	-0,425	0,743 (0,184)	0,406	-0,773	1,179 (0,040)
	bekerja dibayar	-0,511	0,046	-0,557 (0,212)	-1,426	-0,646	-0,780 (0,184)
tinggi	tidak bekerja	-0,323	0,251	-0,574 (0,209)	-1,17	-1,54	0,370 (0,618)
	bekerja tak dibayar	0,288	0,693	-0,405 (0,649)	0,511	0,000	0,511 (0,597)
	bekerja dibayar	-0,406	-0,629	0,223 (0,571)	-1,658	-1,609	-0,049 (0,934)

Ket. : - dalam kurung menyatakan nilai-p uji Wald
 - Nilai $G^2 = 53,493$ dengan nilai-p = 0,018

Beberapa hal yang bisa disimpulkan dari Tabel 4.23 diatas mengenai pengambilan kesimpulan tentang pengobatan medis anak :

1. Variabel tingkat pendidikan istri, status bekerja istri dan jumlah anak beserta faktor interaksinya secara bersama-sama ternyata berpengaruh signifikan terhadap siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga tentang pengobatan medis anak.
2. Walaupun secara bersama ketiga variabel tersebut berpengaruh akan tetapi pada setiap kelompok yang dibentuk oleh tingkat pendidikan dan status bekerja istri, tidak terdapat perbedaan kecenderungan yang nyata antara istri yang jumlah anaknya sedikit sebagai pengambil keputusan dibandingkan istri yang jumlah anaknya lebih banyak.
3. Khusus pada kelompok pasangan yang istrinya berpendidikan menengah dan bekerja tidak dibayar, secara signifikan suami dengan jumlah anak sedikit kecenderungannya lebih tinggi untuk mengambil keputusan sendiri tentang pengobatan anak daripada melibatkan istrinya dibandingkan suami dengan jumlah anak banyak.

Jumlah anak berpengaruh signifikan terhadap pengambil keputusan tentang pengobatan anak dan secara umum istri yang anaknya 3 atau lebih memiliki *power* lebih untuk mengambil keputusan sendiri. Hal ini tentunya disebabkan karena istri dengan jumlah anak lebih banyak memiliki pengalaman dan keterampilan lebih baik dalam mengurus anak sehingga lebih bisa memutuskan sendiri hal-hal yang menyangkut kesehatan anaknya.

Selanjutnya hasil estimasi parameter (Lampiran 10) untuk model 3.4 yang diterapkan untuk menguji pengaruh variabel jumlah anak (A) menurut setiap kelompok tingkat pendidikan (D) dan status bekerja istri (K) terhadap siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga tentang pemeriksaan kesehatan istri (KI) adalah :

$$\ln\left(\frac{p_1}{p_3}\right) = 0,314 - 0,208(D=1,K=1) - 0,358(D=1,K=2) - 0,069(D=1,K=3) \\ + 0,305(D=2,K=1) - 0,16(D=2,K=2) - 0,139(D=2,K=3) \\ - 0,719(D=3,K=1) + 0,379(D=3,K=2) - 1,204(D=1,K=1,A=1) \\ - 0,361(D=1,K=2,A=1) - 0,245(D=1,K=3,A=1) - 0,753(D=2,K=1,A=1) \\ - 0,154(D=2,K=2,A=1) + 0,231(D=2,K=3,A=1) + 0,61(D=3,K=1,A=1)$$

$$\begin{aligned}
 &+ 0,154 (D=3,K=2,A=1) + 0,033(D=3,K=3,A=1) \\
 \ln \left(\frac{P_2}{P_3} \right) = &- 0,999 + 0,747(D=1,K=1) + 0,954(D=1,K=2) + 0,673(D=1,K=3) \\
 &+ 0,662 (D=2,K=1) + 0,881(D=2,K=2) + 0,033(D=2,K=3) - 0,282(D=3,K=1) \\
 &+ 0,999(D=3,K=2) - 0,665(D=1,K=1,A=1) + 0,044(D=1,K=2,A=1) \\
 &- 1,466(D=1,K=3,A=1) - 0,203(D=2,K=1,A=1) - 0,838(D=2,K=2,A=1) \\
 &+ 0,724(D=2,K=3,A=1) + 0,492 (D=3,K=1,A=1) - 0,405(D=3,K=2,A=1) \\
 &- 0,289(D=3,K=3,A=1)
 \end{aligned}$$

Untuk memudahkan analisis, rangkuman hasil estimasi parameter sekaligus hasil ujiannya disajikan pada Tabel 4.24 dibawah ini.

Tabel 4.24 Hasil Estimasi Parameter Model Logistik Pengambil Keputusan Tentang Pemeriksaan Kesehatan Istri (KI) Menurut Pendidikan Istri (D), Status Kerja Istri (K) dan Jumlah Anak (A)

Pendidikan Istri	Status Kerja Istri	KI = Istri			KI = Suami		
		Jumlah Anak		Selisih (3)-(4)	Jumlah Anak		Selisih (6)-(7)
		1-2 orang	≥ 3 orang		1-2 orang	≥ 3 orang	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
rendah	tidak bekerja	-1,098	0,106	-1,204 (0,082)	-0,917	-0,252	-0,665 (0,341)
	bekerja tak dibayar	-0,405	-0,044	-0,361 (0,612)	-0,001	-0,045	0,044 (0,945)
	bekerja dibayar	0,000	0,245	-0,245 (0,709)	-1,792	-0,326	-1,466 (0,198)
menengah	tidak bekerja	-0,134	0,619	-0,753 (0,092)	-0,54	-0,337	-0,203 (0,704)
	bekerja tak dibayar	0,000	0,154	-0,154 (0,761)	-0,956	-0,118	-0,838 (0,183)
	bekerja dibayar	0,406	0,175	0,231 (0,611)	-0,242	-0,966	0,724 (0,211)
tinggi	tidak bekerja	0,205	-0,405	0,610 (0,195)	-0,789	-1,281	0,492 (0,437)
	bekerja tak dibayar	0,847	0,693	0,154 (0,858)	-0,405	0,000	-0,405 (0,697)
	bekerja dibayar	0,347	0,314	0,033 (0,933)	-1,288	-0,999	-0,289 (0,627)

Ket. : - dalam kurung menyatakan nilai-p uji Wald
 - Nilai $G^2 = 42,612$ dengan nilai-p = 0,148

Dari tabel tersebut kesimpulan yang bisa diambil adalah :

1. Secara bersama, variabel tingkat pendidikan istri, status bekerja istri dan jumlah anak tidak menunjukkan pengaruh signifikan terhadap siapa yang mengambil keputusan mengenai pemeriksaan kesehatan istri.
2. Khusus kelompok istri yang tidak bekerja dari pendidikan rendah dan menengah, secara signifikan kecenderungan istri yang jumlah anaknya lebih banyak untuk mengambil keputusan sendiri daripada bersama suami lebih tinggi dibandingkan dengan istri yang jumlah anaknya lebih sedikit. Ketujuh kelompok lain tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan.
3. Pada kelompok istri berpendidikan rendah, istri yang jumlah anaknya lebih banyak lebih cenderung untuk mengambil keputusan sendiri daripada bersama suami dibandingkan dengan istri yang jumlah anaknya lebih sedikit.
4. Kelompok istri berpendidikan rendah yang tidak bekerja dan yang bekerja tidak dibayar juga memiliki pola kecenderungan yang sama dengan kelompok istri berpendidikan rendah.
5. Kelompok istri berpendidikan menengah yang bekerja dibayar memiliki pola kecenderungan sama dengan kelompok istri berpendidikan tinggi baik yang tidak bekerja, bekerja tidak dibayar maupun bekerja dibayar. Pada keempat kelompok ini, istri yang memiliki sedikit anak justru lebih cenderung untuk memutuskan sendiri daripada melibatkan suami hal pemeriksaan kesehatan dirinya.
6. Pada semua kelompok yang dibentuk oleh tingkat pekerjaan istri dan status bekerja istri, tampaknya tidak terdapat perbedaan kecenderungan yang signifikan antara suami yang memiliki sedikit anak untuk memutuskan sendiri pemeriksaan kesehatan istrinya dengan suami yang memiliki anak lebih banyak.

Mengenai pemeriksaan kesehatan istri, jumlah anak mempengaruhi bagaimana istri mengambil keputusan, apakah bersama suami atau sendiri, berdasarkan tingkat pendidikannya. Pada istri berpendidikan lebih rendah, jumlah anak lebih banyak membuat istri lebih cenderung memutuskan sendiri daripada melibatkan suami. Sedang pada istri berpendidikan lebih tinggi, justru istri dengan sedikit anak yang lebih cenderung memutuskan sendiri daripada dengan suami.

Hal ini mungkin dapat dijelaskan seperti berikut ini. Pada istri yang berpendidikan lebih rendah dan tidak mempunyai penghasilan, nilai anak dipandang tinggi sehingga jumlah anak yang lebih banyak akan meningkatkan *power* istri dalam mengambil keputusan tentang diri sendiri. Pada istri berpendidikan lebih tinggi, nilai anak telah mengalami penurunan sementara nilai waktu para istri untuk hal-hal lain seperti kegiatan diluar rumah makin meningkat sehingga pada kelompok ini *power* yang dimiliki istri dalam hal kesehatan dirinya lebih disebabkan tingkat pendidikan dan status bekerjanya.

4.2.6 Pengaruh Daerah Tempat Tinggal Terhadap Pengambilan Keputusan Menurut Setiap Kelompok Pendidikan dan Status Bekerja Istri

Seperti yang telah dijelaskan pada bagian analisis deskriptif bahwa *cross tabulation* antara daerah tempat tinggal, tingkat pendidikan dan status bekerja istri memiliki sel kosong. Hal ini mengindikasikan bahwa model 3.5 tidak dapat diterapkan sehingga sebagai gantinya akan dilakukan *four-way tabulation*. Untuk menguji hubungan ketiga variabel diatas secara keseluruhan maka hipotesisnya adalah :

$$H_0 : \pi_{ijk1} = \pi_{ijk2} = \pi_{ijk3}, \text{ untuk setiap } i, j \text{ dan } k$$

$$H_1 : \text{bukan } H_0$$

Dan untuk menguji perbedaan hubungan daerah tempat tinggal dan status bekerja istri terhadap siapa yang mengambil keputusan menurut setiap kategori tingkat pendidikan istri maka hipotesisnya adalah :

$$H_{01} : \pi_{1jk1} = \pi_{1jk2} = \pi_{1jk3}$$

$$H_{02} : \pi_{2jk1} = \pi_{2jk2} = \pi_{2jk3}$$

$$H_{03} : \pi_{3jk1} = \pi_{3jk2} = \pi_{3jk3}$$

masing-masing dengan

$$H_{1i} : \text{bukan } H_{0i}, \text{ untuk } i = 1, 2 \text{ dan } 3$$

Rangkuman hasil analisis untuk pengambilan keputusan mengenai pengobatan medis anak pada Lampiran 11 disajikan pada Tabel 4.25 dibawah ini.

H_0 pada pengujian tersebut ditolak yang menunjukkan bahwa secara keseluruhan ada hubungan ketiga variabel diatas terhadap siapa yang mengambil keputusan tentang pengobatan medis anak.

Tabel 4.25 Hasil Pengujian Pengaruh Daerah Tempat Tinggal Terhadap Pengambil Keputusan Mengenai Pengobatan Medis Anak Menurut Tingkat Pendidikan dan Status Bekerja Istri

Hipotesis (1)	Chi-square (2)	Nilai p (3)	Kesimpulan (4)
$H_0 : \pi_{ijk1} = \pi_{ijk2} = \pi_{ijk3}$	57,033	0,008	data mendukung hipotesis
$H_{01} : \pi_{1jk1} = \pi_{1jk2} = \pi_{1jk3}$	3,711	0,187	data tidak mendukung hipotesis
$H_{02} : \pi_{2jk1} = \pi_{2jk2} = \pi_{2jk3}$	9,503	0,485	data tidak mendukung hipotesis
$H_{03} : \pi_{3jk1} = \pi_{3jk2} = \pi_{3jk3}$	29,614	0,001	data mendukung hipotesis

Secara parsial, hanya H_{03} yang ditolak berarti daerah tempat tinggal dan status kerja istri hanya memiliki hubungan signifikan terhadap siapa yang mengambil keputusan tentang pengobatan medis anak hanya pada pasangan yang istrinya berpendidikan tinggi. Dengan kata lain, perbedaan pengaruh antara desa dan kota terhadap siapa yang mengambil keputusan hanya dirasakan oleh kelompok istri berpendidikan tinggi saja. Perbedaan fasilitas yang disediakan oleh desa dan kota, seperti akses terhadap informasi, tempat pelayanan kesehatan yang baik dan sebagainya hanya dinikmati oleh kelompok istri berpendidikan tinggi saja. Bagi kelompok istri berpendidikan rendah dan menengah, perbedaan itu tidak memberikan manfaat. Hal ini tentu seharusnya menjadi perhatian bagi pemerintah daerah agar kelompok perempuan berpendidikan rendah dan menengah juga bisa memperoleh akses yang lebih mudah terhadap informasi dan tempat-tempat pelayanan kesehatan.

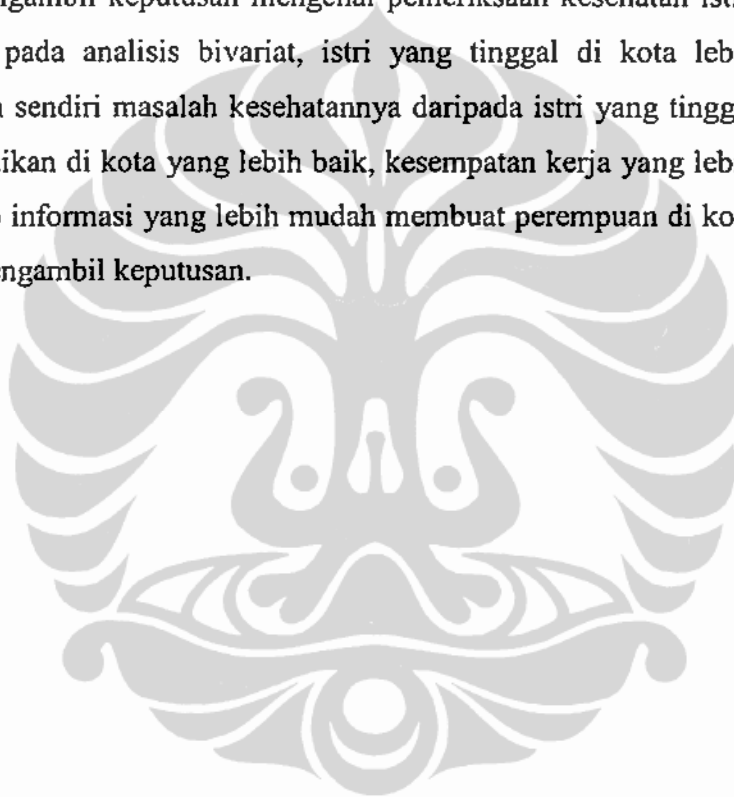
Sedangkan hasil analisa tentang pemeriksaan kesehatan istri pada Lampiran 12 dirangkum pada Tabel 4.26 berikut ini :

Tabel 4.26 Hasil Pengujian Hubungan Daerah Tempat Tinggal Terhadap Pengambil Keputusan Mengenai Pemeriksaan Kesehatan Istri Menurut Tingkat Pendidikan dan Status Bekerja Istri

Hipotesis (1)	Chi-square (2)	Nilai p (3)	Kesimpulan (4)
$H_0 : \pi_{ijk1} = \pi_{ijk2} = \pi_{ijk3}$	46,472	0,075	data mendukung hipotesis
$H_{01} : \pi_{1jk1} = \pi_{1jk2} = \pi_{1jk3}$	9,876	0,451	data tidak mendukung hipotesis
$H_{02} : \pi_{2jk1} = \pi_{2jk2} = \pi_{2jk3}$	12,410	0,259	data tidak mendukung hipotesis
$H_{03} : \pi_{3jk1} = \pi_{3jk2} = \pi_{3jk3}$	9,730	0,465	data tidak mendukung hipotesis

Dalam hal pemeriksaan kesehatan istri, H_0 ditolak sehingga secara keseluruhan ketiga variabel diatas berhubungan secara signifikan terhadap siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga. H_{01} , H_{02} , dan H_{03} tidak ditolak yang berarti variabel daerah tempat tinggal dan status kerja istri tidak memiliki perbedaan hubungan terhadap siapa yang mengambil keputusan pada semua kategori tingkat pendidikan istri.

Dari hasil diatas, perbedaan daerah tempat tinggal memiliki hubungan dengan siapa yang mengambil keputusan mengenai pemeriksaan kesehatan istri. Dari nilai *odds ratio* pada analisis bivariat, istri yang tinggal di kota lebih cenderung memutuskan sendiri masalah kesehatannya daripada istri yang tinggal di desa. Tingkat pendidikan di kota yang lebih baik, kesempatan kerja yang lebih luas dan akses terhadap informasi yang lebih mudah membuat perempuan di kota lebih mandiri dalam mengambil keputusan.



BAB 5 KESIMPULAN

5.1 Kesimpulan

Struktur kekerabatan dalam masyarakat Minangkabau kini tampaknya memang sudah berbeda dari masyarakat Minang tradisional. Seperti yang dikatakan Sairin (1992), dalam masyarakat Minangkabau tampaknya memang telah terjadi perubahan sosial yang mengakibatkan pergeseran sistem kekerabatan dari *extended family* ke *nuclear family*. Pergeseran ini juga membawa perubahan pada peranan laki-laki dan perempuan dalam keluarga.

Seorang suami dahulu tidak akan ikut campur dalam berbagai urusan domestik rumah tangga. Anggota keluarga lain seperti ibu atau *mamak* lebih dominan dalam mengatur rumah tangga. Dengan makin menonjolnya keluarga batih, suami telah mulai ikut terlibat dalam pengambilan keputusan di keluarga terutama dalam hal pengobatan medis anak dan pemeriksaan kesehatan istri.

Terdapat perbedaan peranan suami dan istri dalam kedua masalah pengambilan keputusan tersebut. Dalam hal pengobatan medis anak terlihat bahwa suami istri telah setara dalam mengambil keputusan. Hal ini tentu sangat baik mengingat kerjasama suami istri dalam hal anak sangat penting agar dapat menciptakan keputusan yang lebih baik dan berkualitas.

Sedangkan dalam hal pemeriksaan kesehatannya, istri-istri di Sumatera Barat boleh dikatakan cukup berdaya karena telah memiliki kemampuan untuk memutuskan sendiri masalah kesehatannya. Dalam hal pemeriksaan kesehatan diri, tentulah sangat diperlukan kemampuan perempuan sendiri dalam mengambil keputusan karena bagaimanapun juga yang paling mengenal kesehatan diri adalah perempuan itu sendiri.

Peranan suami dan istri sebagai pengambil keputusan ditentukan oleh banyak variabel. Variabel yang diamati dalam penelitian ini adalah tingkat pendidikan istri, status bekerja istri, umur istri saat kawin pertama kali, selisih umur antara suami istri, jumlah anak dan daerah tempat tinggal. Beberapa kesimpulan mengenai variabel-variabel tersebut yang bisa diambil dari analisis yang telah dilakukan :

1. Tingkat pendidikan dan status bekerja istri yang dipandang sebagai faktor terpenting dalam pengambilan keputusan ternyata secara signifikan memang berpengaruh terhadap siapa yang mengambil keputusan di keluarga baik tentang pengobatan medis anak maupun tentang pemeriksaan kesehatan istri..
2. Walaupun umur kawin pertama merupakan variabel yang signifikan dalam hubungannya dengan siapa yang mengambil keputusan mengenai pengobatan anak tetapi data yang ada tidak mendukung untuk dilakukannya pengujian hipotesis dengan membentuk model.
3. Berbeda dengan pengobatan medis anak, pada pengambilan keputusan mengenai pemeriksaan kesehatan istri data yang ada tidak mendukung hipotesis bahwa umur kawin pertama memiliki hubungan signifikan dengan siapa yang mengambil keputusan.
4. Data yang ada tampaknya tidak dapat mendukung hipotesis bahwa selisih umur suami istri berpengaruh terhadap siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga mengenai pengobatan medis anak.
5. Berbeda dengan pengambilan keputusan tentang pengobatan medis anak, selisih umur memiliki pengaruh signifikan terhadap pengambil keputusan tentang pemeriksaan kesehatan istri bersama dengan tingkat pendidikan dan status bekerja istri.
6. Secara bersama jumlah anak, tingkat pendidikan dan status kerja istri berpengaruh cukup signifikan terhadap pengambilan keputusan mengenai pengobatan medis anak.
7. Secara bersama dengan variabel tingkat pendidikan dan status bekerja istri, jumlah anak tampaknya tidak memiliki pengaruh yang signifikan terhadap siapa yang mengambil keputusan di keluarga tentang pemeriksaan kesehatan istri.
8. Daerah tempat tinggal merupakan variabel yang signifikan hubungannya dengan siapa yang mengambil keputusan tentang pengobatan medis anak terutama pada kelompok istri berpendidikan tinggi.
9. Daerah tempat tinggal secara sendiri memiliki hubungan yang signifikan dengan siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga tentang pemeriksaan kesehatan istri.

5.2 Saran dan Implikasi Kebijakan

Beberapa saran yang bisa diberikan berdasarkan hasil penelitian diatas :

1. Pada variabel umur kawin pertama dan daerah tempat tinggal tidak bisa dilakukan pemodelan dikarenakan adanya sel kosong pada tabulasi silangnya. Hal ini tampaknya disebabkan oleh keterbatasan data sampel yang ada. Penambahan jumlah sampel bagi survei demografi dan kesehatan di Sumatera Barat selanjutnya diyakini dapat memperluas cakupan data sehingga cakupan penelitian pun dapat diperluas.
2. Perluasan kesempatan pendidikan bagi perempuan memang bukan merupakan hal baru, akan tetapi tetap merupakan hal yang harus terus dilakukan untuk dapat meningkatkan kesetaraan dalam hubungan suami istri. Apalagi bila dikaitkan bahwa persentase perempuan berpendidikan rendah di Sumatera Barat masih cukup besar.
3. Memperluas kesempatan kerja bagi perempuan agar perempuan dapat lebih meningkatkan wawasan dan rasa percaya diri sehingga dapat membangun hubungan yang lebih berkualitas dengan suami dan keluarga.
4. Penundaan usia kawin pertama bagi perempuan tidak hanya akan memberi kesempatan bagi perempuan untuk meningkatkan taraf pendidikan tetapi juga untuk memantapkan diri secara emosional. Mengingat rata-rata umur kawin pertama di Sumatera Barat belum mencapai umur 21 tahun maka sosialisasi tentang penundaan usia kawin pertama tetap harus terus dilakukan. Terutama bagi aparat pemerintah yang berwenang dalam mengeluarkan buku nikah sebaiknya tetap berpegang pada aturan usia kawin minimal.
5. Peningkatan program pemberdayaan perempuan di daerah pedesaan masih diperlukan agar perempuan di pedesaan dapat lebih berperan dalam keluarga. Di daerah perkotaan hal tersebut juga masih diperlukan terutama bagi perempuan berpendidikan rendah dan menengah.

DAFTAR PUSTAKA

- Adioetomo, Siti Moertiningsih dkk. (1997). *Helping the Husband, Maintaining Harmony : Family Planning, Women's Work, and Women's Household Autonomy in Indonesia*. The Women's Studies Project, Family Health International.
- Agung, I Gusti Ngurah. (2004). *Statistika : Penerapan Metode Analisis untuk Tabulasi Sempurna dan Tak Sempurna dengan SPSS*. Jakarta : PT Raja Grafindo Persada.
- Agung, I Gusti Ngurah dan Donovan Bustami. (2004). *Issues Related to Gender Equity and Socio-Economic Aspects in Indonesia*. Depok : Demographic Institute, Faculty of Economics University of Indonesia.
- Amir B. dkk. (1984). *Dampak Modernisasi Terhadap Hubungan Kekerabatan Daerah Sumatera Barat*. Padang : Departemen Pendidikan dan Kebudayaan.
- Badan Pusat Statistik (2003). *Human Development Report*. Jakarta.
- _____ (2006). *Human Development Report*. Jakarta.
- _____ (2007). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007*. Jakarta
- Bemmelen, Sita van. (1995). *Jender dan Pembangunan : Apakah yang Baru ? Dalam Ihromi, TO (ed). Kajian Wanita dalam Pembangunan*. Jakarta : Yayasan Obor Indonesia.
- Boserup, Ester. (1984). *Peranan Wanita dalam Perkembangan Ekonomi*. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press.
- Elan, Hayati (1981). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Peranan Isteri dalam Pengambilan Keputusan Keluarga Berencana : Suatu Studi Kasus pada Golongan Masyarakat Berpendapatan Rendah di Kotamadya Sukabumi, Jawa Barat*. Tesis. Jurusan Penyuluhan Pembangunan, Fakultas Pasca Sarjana. Bogor : Institut Pertanian Bogor.
- Fatmariza. (1999). *Pendidikan Anak Perempuan dalam Keluarga dan Masyarakat Matrilineal Minangkabau: (Studi Kasus Anak Perempuan Desa Singgalang Kecamatan X Koto, Kabupaten Tanah Datar Provinsi Sumatera Barat)*. Tesis. Jakarta : Universitas Indonesia.
- Fayumi, Badriyah dkk. (2001). *Keadilan & Kesetaraan Jender (Perspektif Islam)*. Jakarta : Tim Pemberdayaan Perempuan Bidang Agama Departemen Agama.

- Hakimy, Idrus. (1978). *Pegangan Penghulu, Bundo Kanduang, dan Pidato Alua Pasambahan Adat di Minangkabau*. Penerbit CV Remadja Karya.
- Hanum, Sri. H. (1997). *Perkawinan Usia Belia*. Yogyakarta : Pusat Penelitian Kependudukan UGM.
- Herwandi dkk. (2006). *Rakena: Mandeh Rubiah Penerus Kebesaran Bundo Kanduang dalam Penggerogotan Tradisi*. Padang: Dinas Parsenibud Propinsi Sumatera Barat.
- Jejeebhoy, Shireen J. (2000). Women's Autonomy in Rural India : Its Dimension, Determinants, and the Influence of Context. In Harriet B. Presser and Gita Sen (eds). *Women Empowerment and Demographic Processes : Moving Beyond Cairo*. Oxford University Press.
- Kementrian Negara Pemberdayaan Perempuan. *Sejarah Ringkas Kelembagaan Pemberdayaan Perempuan dan Kesejahteraan dan Perlindungan Anak*.
- Khanam, Rahma. (2003). *Pola Membuat Keputusan Keluarga di Kalangan Suami Istri : Satu Bandar Kajian Kes Kajian di Bangladesh*. Tesis. Universiti Putra Malaysia.
- Lestari, Indra. (1990). Pengambilan Keputusan dalam Keluarga. Dalam Ihromi, TO (ed). *Para Ibu yang Berperan Tunggal dan Berperan Ganda*. Kelompok Studi Wanita FISIP-UI. Jakarta: Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.
- Meitei, M. Hemanta. (2001). *Education or Earning and Access to Resources Determining Women's Autonomy: An Experience Among Women in Manipur*. Paper presented at the XXIV IUSSP General Population Conference, Salvador, Bahia. August 2001.
- Molo, Marcelinus. (1992). *Women's Role, Resources, and Decision Making in Rural Java: A Case Study*. Adelaide : Flinders University of South Australia.
- Nachrowi, N. D dan Usman, Hardius. (2002). *Penggunaan Teknik Ekonometri : Pendekatan Populer dan Praktis Dilengkapi Teknik Analisis dan Pengolahan Data dengan Menggunakan Paket Program SPSS*. Jakarta : PT Raja Grafindo Persada.
- Paludi, Michele A. (1998). *The Psychology of Women*. New Jersey : Prentice Hall, Inc.
- Rosaldo, Michelle Zimbalist dan Lamphere (ed.). 1974. *Women, Culture and Society*. Stanford California : Stanford University Press.
- Roza, Jhondri. (1990). Peranan Sosial Ekonomi Wanita Minangkabau dalam Rumah Tangga. Dalam Alfian Miko dan Laura Syahrul (eds). *Bunga Rampai*. Padang : Pusat Studi Wanita. Hal 11-16.

- Ruspita, Leli (2008). *Relasi Kuasa Suami-Istri Bekerja Berdasarkan Pengelolaan Penghasilan dan Pembagian Kerja, Studi Kasus Terhadap Suami-Istri Pegawai Negeri Sipil di Kabupaten Ketapang Propinsi Kalimantan Barat*. Tesis. Program Studi Kajian Wanita – Program Pascasarjana. Jakarta : Universitas Indonesia.
- Sadli, Saporinah dan Soemarti Patmonodewo (1995). *Identitas Gender dan Peranan Gender*. Dalam Ihromi, TO (ed). *Kajian Wanita dalam Pembangunan*. Jakarta : Yayasan Obor Indonesia.
- Sairin, Sjafri. (1992). *Beberapa Catatan Tentang Perubahan Kebudayaan Minangkabau*. Dalam Mestika Zed, dkk (ed). *Perubahan Sosial di Minangkabau: Implikasi Kelembagaan dalam Pembangunan Sumatera Barat*. Padang : PSPPSB Universitas Andalas.
- Sajogyo, Pudjiwati. (1981). *Peranan Wanita dalam Keluarga, Rumah Tangga dan Masyarakat yang Lebih Luas di Pedesaan Jawa*. Jakarta : Universitas Indonesia.
- Saputra, Muda. (2003). *Faktor yang Mempengaruhi Otonomi Perempuan dalam Pengambilan Keputusan Rumah Tangga*. Tesis. Program Kajian Kependudukan dan Sumber Daya Manusia, Program Pasca Sarjana. Depok : Universitas Indonesia.
- Singarimbun, Masri. (1996). *Penduduk dan Perubahan*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Speizer, Ilene S. et al. (2005). *Gender Relation and Reproductive Decision Making in Honduras*. *International Family Planning Perspective*. 31(3) : 131 – 139.
- Suryadi. (2009, 19 April). *Resistensi Nasab Ibu Terbesar di Dunia*. *Kompas*.
- Umar, Nasaruddin. (2001). *Argumentasi Kesetaraan Jender Perspektif AlQuran*. Jakarta : Paramadina.
- World Health Organization. (2007). *Maternal Mortality in 2005 : Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank*.

Nominal Regression

Lampiran-1

Case Processing Summary

	N	Percentage
Keputusan istri	259	34.2%
pengobatan suami	149	19.7%
anak bersama	349	46.1%
Pendidikan Istri rendah	202	26.7%
menengah	295	39.0%
tinggi	260	34.3%
Status Kerja Istri tidak bekerja	255	33.7%
bekerja tidak dibayar	205	27.1%
bekerja dibayar	297	39.2%
Valid	757	100.0%
Missing	0	
Total	757	
Subpopulation	9	

Model Fitting Information

Model	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	114.154			
Final	80.152	34.002	16	0.005

Pseudo R-Square

Cox and Snell	0.044
Nagelkerke	0.050
McFadden	0.022

Likelihood Ratio Tests

Effect	-2 Log Likelihood of Reduced Model	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	80.152	0.000	0	.
D	80.152	0.000	0	.
D * K	106.390	26.239	12	0.010

model and a reduced model). The reduced model is formed by omitting an effect does not increase the degrees of freedom.

Parameter Estimates

Keputusan pengobatan anak(a)		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Confidence Interval for Exp(B)	
								Lower Bound	Upper Bound
istri	Intercept	-0.492	0.191	6.624	1	0.010			
	[D=1]	0.349	0.329	1.126	1	0.289	1.418	0.744	2.704
	[D=2]	0.275	0.292	0.884	1	0.347	1.316	0.742	2.334
	[D=3]	0.		0.	0	.			
	[D=1] * [K=1]	-0.368	0.422	0.758	1	0.384	0.692	0.302	1.584
	[D=1] * [K=2]	-0.704	0.389	3.281	1	0.070	0.495	0.231	1.060
	[D=1] * [K=3]	0.		0.	0	.			
	[D=2] * [K=1]	-0.016	0.310	0.003	1	0.959	0.984	0.536	1.806
	[D=2] * [K=2]	0.024	0.337	0.005	1	0.944	1.024	0.528	1.984
	[D=2] * [K=3]	0.		0.	0	.			
	[D=3] * [K=1]	0.395	0.292	1.823	1	0.177	1.484	0.837	2.633
	[D=3] * [K=2]	0.934	0.466	3.983	1	0.046	2.545	1.017	6.372
	[D=3] * [K=3]	0.		0.	0	.			
suami	Intercept	-1.638	0.292	31.433	1	0.000			
	[D=1]	0.634	0.458	1.920	1	0.166	1.886	0.769	4.625
	[D=2]	0.642	0.407	2.486	1	0.115	1.901	0.855	4.223
	[D=3]	0.		0.	0	.			
	[D=1] * [K=1]	0.269	0.498	0.293	1	0.588	1.309	0.494	3.471
	[D=1] * [K=2]	0.401	0.438	0.840	1	0.359	1.494	0.633	3.522
	[D=1] * [K=3]	0.		0.	0	.			
	[D=2] * [K=1]	0.260	0.381	0.466	1	0.495	1.297	0.615	2.734
	[D=2] * [K=2]	0.647	0.389	2.762	1	0.097	1.910	0.890	4.097
	[D=2] * [K=3]	0.		0.	0	.			
	[D=3] * [K=1]	0.361	0.438	0.680	1	0.409	1.435	0.608	3.387
	[D=3] * [K=2]	2.005	0.523	14.711	1	0.000	7.429	2.666	20.699
	[D=3] * [K=3]	0.		0.	0	.			

a. The reference category is: bersama.

b. This parameter is set to zero because it is redundant.

Nominal Regression

Lampiran-2

Case Processing Summary

	N	Percentage
Keputusan istri	323	42.7%
periksa istri	156	20.6%
bersama	278	36.7%
Pendidikan Istri	202	26.7%
rendah	295	39.0%
menengah	260	34.3%
tinggi	255	33.7%
Status Kerja Istri	205	27.1%
tidak bekerja	297	39.2%
bekerja tidak dibayar	297	39.2%
bekerja dibayar	757	100.0%
Valid	757	100.0%
Missing	0	
Total	757	
Subpopulation	9	

Model Fitting Information

Model	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	108.085			
Final	80.528	27.557	16	0.036

Pseudo R-Square

Cox and Snell	0.036
Nagelkerke	0.041
McFadden	0.017

Likelihood Ratio Tests

Effect	-2 Log Likelihood of Reduced Model	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	80.528	0.000	0	
D	80.528	0.000	0	
D * K	92.734	12.206	12	0.429

model and a reduced model. The reduced model is formed by omitting an effect effect does not increase the degrees of freedom.

Parameter Estimates

Keputusan periksa istri(a)	B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Confidence	
							Lower Bound	Upper Bound
istri	Intercept	0.333	0.189	3.110	1	0.078		
	[D=1]	-0.144	0.335	0.186	1	0.666	0.866	0.449 1.668
	[D=2]	-0.060	0.293	0.042	1	0.837	0.942	0.530 1.673
	[D=3]	0.			0			
	[D=1] * [K=1]	-0.659	0.430	2.356	1	0.125	0.517	0.223 1.200
	[D=1] * [K=2]	-0.298	0.386	0.597	1	0.440	0.742	0.348 1.581
	[D=1] * [K=3]	0.			0			
	[D=2] * [K=1]	-0.061	0.313	0.038	1	0.846	0.941	0.510 1.738
	[D=2] * [K=2]	-0.181	0.335	0.292	1	0.589	0.835	0.433 1.608
	[D=2] * [K=3]	0.			0			
	[D=3] * [K=1]	-0.359	0.294	1.490	1	0.222	0.699	0.393 1.243
	[D=3] * [K=2]	0.465	0.444	1.098	1	0.295	1.592	0.667 3.799
	[D=3] * [K=3]	0.			0			
suami	Intercept	-1.163	0.296	15.462	1	0.000		
	[D=1]	0.824	0.448	1.942	1	0.163	1.867	0.776 4.491
	[D=2]	0.552	0.411	1.808	1	0.179	1.737	0.777 3.886
	[D=3]	0.			0			
	[D=1] * [K=1]	-0.074	0.481	0.024	1	0.878	0.929	0.381 2.385
	[D=1] * [K=2]	0.504	0.428	1.385	1	0.239	1.655	0.715 3.831
	[D=1] * [K=3]	0.			0			
	[D=2] * [K=1]	0.151	0.386	0.154	1	0.695	1.163	0.546 2.480
	[D=2] * [K=2]	0.221	0.401	0.304	1	0.581	1.248	0.568 2.740
	[D=2] * [K=3]	0.			0			
	[D=3] * [K=1]	0.182	0.423	0.186	1	0.667	1.200	0.523 2.751
	[D=3] * [K=2]	0.912	0.584	2.435	1	0.119	2.489	0.792 7.824
	[D=3] * [K=3]	0.			0			

a. The reference category is: bersama.

b. This parameter is set to zero because it is redundant.

Nominal Regression

Lampiran-3

Case Processing Summary

	N	Percentage
Keputusan pengobatan anak	259	34.2%
istri	149	19.7%
suami	349	46.1%
bersama	255	33.7%
Status Kerja Istri	205	27.1%
tidak bekerja	297	39.2%
bekerja tidak dibayar	295	39.0%
bekerja dibayar	260	34.3%
Pendidikan Istri	202	26.7%
rendah	295	39.0%
menengah	260	34.3%
tinggi	757	100.0%
Valid	0	
Missing	757	
Total	9	
Subpopulation		

Model Fitting Information

Model	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	114.154			
Final	80.152	34.002	16	0.005

Pseudo R-Square

Cox and Snell	0.044
Nagelkerke	0.050
McFadden	0.022

Likelihood Ratio Tests

Effect	-2 Log Likelihood of Reduced Model	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	80.152	0.000	0	
K	80.152	0.000	0	
K * D	96.533	16.381	12	0.174

model and a reduced model. The reduced model is formed by omitting an effect does not increase the degrees of freedom.

Parameter Estimates

Keputusan pengobatan anak(a)		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Confidence	
								Lower Bound	Upper Bound
istri	Intercept	-0.492	0.191	6.624	1	0.010			
	[K=1]	0.395	0.292	1.823	1	0.177	1.484	0.837	2.633
	[K=2]	0.934	0.468	3.983	1	0.046	2.545	1.017	6.372
	[K=3]	0.			0				
	[K=1] * [D=1]	-0.413	0.394	1.097	1	0.295	0.662	0.305	1.433
	[K=1] * [D=2]	-0.136	0.310	0.193	1	0.661	0.873	0.475	1.602
	[K=1] * [D=3]	0.			0				
	[K=2] * [D=1]	-1.289	0.512	6.245	1	0.012	0.276	0.101	0.751
	[K=2] * [D=2]	-0.636	0.498	1.633	1	0.201	0.529	0.200	1.404
	[K=2] * [D=3]	0.			0				
	[K=3] * [D=1]	0.349	0.329	1.126	1	0.289	1.418	0.744	2.704
	[K=3] * [D=2]	0.275	0.292	0.884	1	0.347	1.316	0.742	2.334
	[K=3] * [D=3]	0.			0				
suami	Intercept	-1.638	0.292	31.433	1	0.000			
	[K=1]	0.361	0.438	0.680	1	0.409	1.435	0.608	3.387
	[K=2]	2.005	0.523	14.711	1	0.000	7.429	2.666	20.699
	[K=3]	0.			0				
	[K=1] * [D=1]	0.542	0.480	1.279	1	0.258	1.720	0.672	4.402
	[K=1] * [D=2]	0.541	0.413	1.710	1	0.191	1.717	0.764	3.861
	[K=1] * [D=3]	0.			0				
	[K=2] * [D=1]	-0.970	0.505	3.684	1	0.055	0.379	0.141	1.021
	[K=2] * [D=2]	-0.716	0.509	1.979	1	0.160	0.489	0.180	1.325
	[K=2] * [D=3]	0.			0				
	[K=3] * [D=1]	0.634	0.458	1.920	1	0.166	1.886	0.769	4.625
	[K=3] * [D=2]	0.642	0.407	2.486	1	0.115	1.901	0.855	4.223
	[K=3] * [D=3]	0.			0				

a. The reference category is: bersama.

b. This parameter is set to zero because it is redundant.

Nominal Regression

Lampiran-4

Case Processing Summary

	N	Marginal Percentage
Keputusan istri	323	42.7%
periksa istri	156	20.6%
bersama	278	36.7%
Status Kerja istri	255	33.7%
bekerja tidak dibayar	205	27.1%
bekerja dibayar	297	39.2%
Pendidikan Istri	202	26.7%
rendah	295	39.0%
menengah	260	34.3%
tinggi	260	34.3%
Valid	757	100.0%
Missing	0	
Total	757	
Subpopulation	9	

Model Fitting Information

Model	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	108.085			
Final	80.528	27.557	16	0.036

Pseudo R-Square

Cox and Snell	0.036
Nagelkerke	0.041
McFadden	0.017

Likelihood Ratio Tests

Effect	-2 Log Likelihood of Reduced Model	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	80.528	0.000	0	
K	80.528	0.000	0	
K * D	96.636	16.108	12	0.186

model and a reduced model. The reduced model is formed by omitting an effect effect does not increase the degrees of freedom.

Parameter Estimates

Keputusan periksa istri(a)	B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Confidence Interval for Exp(B)		
							Lower Bound	Upper Bound	
istri	Intercept	0.333	0.189	3.110	1	0.078			
	[K=1]	-0.359	0.294	1.490	1	0.222	0.699	1.243	
	[K=2]	0.465	0.444	1.098	1	0.295	1.592	3.799	
	[K=3]	0			0				
	[K=1] * [D=1]	-0.445	0.399	1.244	1	0.265	0.641	0.293	1.400
	[K=1] * [D=2]	0.238	0.313	0.576	1	0.448	1.269	0.686	2.345
	[K=1] * [D=3]	0			0				
	[K=2] * [D=1]	-0.908	0.484	3.520	1	0.061	0.403	0.156	1.041
	[K=2] * [D=2]	-0.706	0.472	2.238	1	0.135	0.494	0.196	1.245
	[K=2] * [D=3]	0			0				
	[K=3] * [D=1]	-0.144	0.335	0.186	1	0.666	0.866	0.449	1.668
	[K=3] * [D=2]	-0.060	0.293	0.042	1	0.837	0.942	0.530	1.673
[K=3] * [D=3]	0			0					
suami	Intercept	-1.163	0.296	15.462	1	0.000			
	[K=1]	0.182	0.423	0.186	1	0.667	1.200	0.523	2.751
	[K=2]	0.912	0.584	2.435	1	0.119	2.489	0.792	7.824
	[K=3]	0			0				
	[K=1] * [D=1]	0.368	0.459	0.643	1	0.423	1.444	0.588	3.548
	[K=1] * [D=2]	0.521	0.400	1.702	1	0.192	1.684	0.770	3.686
	[K=1] * [D=3]	0			0				
	[K=2] * [D=1]	0.216	0.569	0.144	1	0.704	1.241	0.407	3.789
	[K=2] * [D=2]	-0.138	0.578	0.057	1	0.811	0.871	0.281	2.703
	[K=2] * [D=3]	0			0				
	[K=3] * [D=1]	0.624	0.448	1.942	1	0.163	1.867	0.776	4.491
	[K=3] * [D=2]	0.552	0.411	1.808	1	0.179	1.737	0.777	3.886
[K=3] * [D=3]	0			0					

a. The reference category is: bersama.

b. This parameter is set to zero because it is redundant.

Crosstabs

Lampiran-5

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
FS1 * Keputusan pengobatan anak	757	100,0%	0	0,0%	757	100,0%

FS1 * Keputusan pengobatan anak Crosstabulation

Count

		Keputusan pengobatan anak			Total
		istri	suami	bersama	
FS1	1	14	10	17	41
	2	1	2	8	11
	3	17	20	39	76
	4	1	3	3	7
	5	23	11	25	59
	6	3	0	5	8
	7	27	19	42	88
	8	11	4	6	21
	9	23	19	29	71
	10	5	5	5	15
	11	21	10	34	65
	12	16	7	12	35
	13	13	5	9	27
	14	26	7	34	67
	15	7	4	1	12
	16	7	9	8	24
	17	8	6	15	29
	18	36	8	57	101
Total		259	149	349	757

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	54,921	34	0,013
Likelihood Ratio	59,713	34	0,004
Linear-by-Linear Association	0,440	1	0,507
N of Valid Cases	757		

a. 13 cells (24,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,38.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
FSU * Keputusan pengobatan anak * Pendidikan Istri	757	100,0%	0	0,0%	757	100,0%

FSU * Keputusan pengobatan anak * Pendidikan Istri Crosstabulation

Count

Pendidikan Istri		Keputusan pengobatan anak			Total
		istri	suami	bersama	
rendah	FSU	1	14	10	17
		2	1	2	8
		3	17	20	39
		4	1	3	3
		5	23	11	25
		6	3	0	5
	Total	59	46	97	202
menengah	FSU	1	27	19	42
		2	11	4	6
		3	23	19	29
		4	5	5	5
		5	21	10	34
		6	16	7	12
	Total	103	64	128	295
tinggi	FSU	1	13	5	9
		2	26	7	34
		3	7	4	1
		4	7	9	8
		5	8	6	15
		6	36	8	57
	Total	97	39	124	260

Chi-Square Tests

Pendidikan Istri		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
rendah	Pearson Chi-Square	12,524	10	0,251
	Likelihood Ratio	14,495	10	0,152
	Linear-by-Linear Association	0,379	1	0,538
	N of Valid Cases	202		
menengah	Pearson Chi-Square	10,566	10	0,392
	Likelihood Ratio	10,335	10	0,412
	Linear-by-Linear Association	0,323	1	0,670
	N of Valid Cases	295		
tinggi	Pearson Chi-Square	27,436	10	0,002
	Likelihood Ratio	27,119	10	0,002
	Linear-by-Linear Association	3,177	1	0,075
	N of Valid Cases	260		

a. 8 cells (44,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,59.
count is 3,25.
count is 1,80.

Crosstabs

Lampiran-6

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
FS1 * Keputusan periksa istri	757	100,0%	0	0,0%	757	100,0%

FS1 * Keputusan periksa Istri Crosstabulation

Count

		Keputusan periksa Istri			Total
		Istri	suami	bersama	
FS1	1	12	10	19	41
	2	3	3	5	11
	3	23	26	27	76
	4	3	2	2	7
	5	24	14	21	59
	6	5	0	3	8
	7	39	18	31	88
	8	8	6	7	21
	9	30	17	24	71
	10	4	4	7	15
	11	28	11	26	65
	12	18	8	9	35
	13	10	6	11	27
	14	29	9	29	67
	15	7	3	2	12
	16	13	4	7	24
	17	13	5	11	29
	18	54	10	37	101
Total		323	158	278	757

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	37,151	34	0,326
Likelihood Ratio	39,738	34	0,230
Linear-by-Linear Association	4,562	1	0,033
N of Valid Cases	757		

a. 14 cells (26,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,44.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
FSU * Keputusan periksa Istri * Pendidikan Istri	757	100,0%	0	0,0%	757	100,0%

FSU * Keputusan periksa Istri * Pendidikan Istri Crosstabulation

Count

Pendidikan Istri		Keputusan periksa istri			Total
		Istri	suami	bersama	
rendah	FSU	1	12	10	19
		2	3	3	5
		3	23	26	27
		4	3	2	2
		5	24	14	21
		6	5	0	3
	Total		70	55	77
menengah	FSU	1	39	18	31
		2	8	6	7
		3	30	17	24
		4	4	4	7
		5	28	11	26
		6	18	8	9
	Total		127	64	104
tinggi	FSU	1	10	6	11
		2	29	9	29
		3	7	3	2
		4	13	4	7
		5	13	5	11
		6	54	10	37
	Total		126	37	97

Chi-Square Tests

Pendidikan Istri		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
rendah	Pearson Chi-Square	8,887	10	0,581
	Likelihood Ratio	10,415	10	0,405
	Linear-by-Linear Association	2,763	1	0,098
	N of Valid Cases	202		
menengah	Pearson Chi-Square	5,167	10	0,880
	Likelihood Ratio	5,311	10	0,869
	Linear-by-Linear Association	0,063	1	0,801
	N of Valid Cases	295		
tinggi	Pearson Chi-Square	8,475	10	0,583
	Likelihood Ratio	8,662	10	0,564
	Linear-by-Linear Association	1,388	1	0,239
	N of Valid Cases	260		

a. 9 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,91.
count is 3,25.
count is 1,71.

Nominal Regression

Lampiran-7

Case Processing Summary

	N	Marginal Percentage
Keputusan	259	34.2%
pengobatan	149	19.7%
anak	349	46.1%
Pendidikan Istri	202	26.7%
rendah	295	39.0%
menengah	260	34.3%
tinggi	255	33.7%
Status Kerja	205	27.1%
Istri	297	39.2%
tidak bekerja	397	52.4%
bekerja tidak dibayar	360	47.6%
bekerja dibayar	757	100.0%
Selisih umur	0	
suami dan istri	757	
>= 5 tahun	0	
< 5 tahun	757	
Valid	0	
Missing	757	
Total	18	
Subpopulation		

Model Fitting Information

Model	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	177.975			
Final	134.727	43.248	34	0.133

Pseudo R-Square

Cox and Snell	0.056
Nagelkerke	0.063
McFadden	0.027

Likelihood Ratio Tests

Effect	-2 Log Likelihood of Reduced Model	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	134.727	0.000	0	
D * K	134.727	0.000	0	
D * K * S	143.972	9.245	18	0.954

model and a reduced model. The reduced model is formed by omitting an effect does not increase the degrees of freedom.

Parameter Estimates

Keputusan pengobatan anak(a)		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Confidence	
								Lower Bound	Upper Bound
istri	Intercept	-0.554	0.241	5.269	1	0.022			
	[D=1] * [K=1]	0.421	0.571	0.543	1	0.461	1.523	0.497	4.665
	[D=1] * [K=2]	-0.139	0.496	0.078	1	0.779	0.870	0.329	2.300
	[D=1] * [K=3]	0.292	0.485	0.362	1	0.547	1.339	0.518	3.464
	[D=2] * [K=1]	0.175	0.433	0.163	1	0.687	1.191	0.509	2.785
	[D=2] * [K=2]	0.229	0.437	0.275	1	0.600	1.257	0.534	2.959
	[D=2] * [K=3]	0.249	0.427	0.340	1	0.560	1.283	0.555	2.962
	[D=3] * [K=1]	0.077	0.385	0.040	1	0.841	1.080	0.508	2.299
	[D=3] * [K=2]	0.842	0.592	2.026	1	0.155	2.321	0.728	7.400
	[D=3] * [K=3]	0			0				
	[D=1] * [K=1] * [S=1]	-0.620	0.672	0.852	1	0.356	0.538	0.144	2.008
	[D=1] * [K=1] * [S=2]	0			0				
	[D=1] * [K=2] * [S=1]	-0.262	0.571	0.211	1	0.646	0.769	0.251	2.355
	[D=1] * [K=2] * [S=2]	0			0				
	[D=1] * [K=3] * [S=1]	0.202	0.546	0.136	1	0.712	1.224	0.420	3.568
	[D=1] * [K=3] * [S=2]	0			0				
	[D=2] * [K=1] * [S=1]	0.231	0.452	0.262	1	0.609	1.260	0.520	3.054
	[D=2] * [K=1] * [S=2]	0			0				
	[D=2] * [K=2] * [S=1]	0.261	0.512	0.260	1	0.610	1.298	0.476	3.538
	[D=2] * [K=2] * [S=2]	0			0				
	[D=2] * [K=3] * [S=1]	0.145	0.452	0.103	1	0.748	1.156	0.476	2.805
	[D=2] * [K=3] * [S=2]	0			0				
	[D=3] * [K=1] * [S=1]	0.882	0.457	3.724	1	0.054	2.417	0.986	5.922
	[D=3] * [K=1] * [S=2]	0			0				
	[D=3] * [K=2] * [S=1]	0.405	0.890	0.208	1	0.649	1.500	0.262	8.579
	[D=3] * [K=2] * [S=2]	0			0				
	[D=3] * [K=3] * [S=1]	0.169	0.396	0.181	1	0.671	1.184	0.544	2.574
	[D=3] * [K=3] * [S=2]	0			0				
suami	Intercept	-1.904	0.405	22.092	1	0.000			
	[D=1] * [K=1]	0.923	0.789	1.370	1	0.242	2.518	0.536	11.820
	[D=1] * [K=2]	1.329	0.581	5.229	1	0.022	3.777	1.209	11.798
	[D=1] * [K=3]	0.949	0.664	2.041	1	0.153	2.582	0.703	9.491
	[D=2] * [K=1]	1.157	0.573	4.083	1	0.043	3.180	1.035	9.770
	[D=2] * [K=2]	1.579	0.545	8.404	1	0.004	4.849	1.668	14.101
	[D=2] * [K=3]	1.039	0.585	3.160	1	0.075	2.827	0.899	8.891
	[D=3] * [K=1]	0.146	0.631	0.054	1	0.817	1.158	0.336	3.990
	[D=3] * [K=2]	2.192	0.675	10.541	1	0.001	8.952	2.384	33.621
	[D=3] * [K=3]	0			0				
	[D=1] * [K=1] * [S=1]	0.345	0.793	0.189	1	0.664	1.412	0.299	6.675
	[D=1] * [K=1] * [S=2]	0			0				
	[D=1] * [K=2] * [S=1]	-0.044	0.532	0.007	1	0.935	0.957	0.337	2.718
	[D=1] * [K=2] * [S=2]	0			0				
	[D=1] * [K=3] * [S=1]	-0.086	0.709	0.015	1	0.903	0.918	0.229	3.681
	[D=1] * [K=3] * [S=2]	0			0				
	[D=2] * [K=1] * [S=1]	0.019	0.519	0.001	1	0.971	1.019	0.368	2.820
	[D=2] * [K=1] * [S=2]	0			0				
	[D=2] * [K=2] * [S=1]	-0.049	0.535	0.008	1	0.927	0.952	0.334	2.715
	[D=2] * [K=2] * [S=2]	0			0				
	[D=2] * [K=3] * [S=1]	-0.234	0.571	0.166	1	0.682	0.792	0.259	2.423
	[D=2] * [K=3] * [S=2]	0			0				
	[D=3] * [K=1] * [S=1]	1.065	0.670	2.526	1	0.112	2.900	0.780	10.780
	[D=3] * [K=1] * [S=2]	0			0				
	[D=3] * [K=2] * [S=1]	0.223	0.908	0.060	1	0.806	1.250	0.211	7.414
	[D=3] * [K=2] * [S=2]	0			0				
	[D=3] * [K=3] * [S=1]	0.631	0.589	1.148	1	0.284	1.880	0.593	5.964
	[D=3] * [K=3] * [S=2]	0			0				

a. The reference category is: bersama.

b. This parameter is set to zero because it is redundant.

Nominal Regression

Lampiran-8

Case Processing Summary

	N	Marginal Percentage
Keputusan periksa istri	323	42.7%
	156	20.6%
	278	36.7%
Pendidikan Istri	202	26.7%
	295	39.0%
	260	34.3%
Status Kerja Istri	255	33.7%
	205	27.1%
	297	39.2%
Selisih umur suami dan istri	397	52.4%
	360	47.6%
Valid	757	100.0%
Missing	0	
Total	757	
Subpopulation	18	

Model Fitting Information

Model	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	184.542			
Final	134.418	50.125	34	0.037

Pseudo R-Square

Cox and Snell	0.064
Nagelkerke	0.073
McFadden	0.031

Likelihood Ratio Tests

Effect	-2 Log Likelihood of Reduced Model	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	134.418	0.000	0	.
D * K	134.418	0.000	0	.
D * K * S	156.985	22.568	18	0.208

model and a reduced model. The reduced model is formed by omitting an effect effect does not increase the degrees of freedom.

Parameter Estimates

Keputusan periksa istri(a)		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Confidence	
								Lower Bound	Upper Bound
istri	Intercept	0.255	0.239	1.135	1	0.287			
	[D=1] * [K=1]	-1.459	0.700	4.338	1	0.037	0.233	0.059	0.918
	[D=1] * [K=2]	-0.150	0.518	0.083	1	0.773	0.861	0.312	2.377
	[D=1] * [K=3]	0.374	0.499	0.561	1	0.454	1.453	0.547	3.864
	[D=2] * [K=1]	-0.194	0.423	0.211	1	0.646	0.823	0.360	1.885
	[D=2] * [K=2]	-0.137	0.419	0.107	1	0.743	0.872	0.384	1.981
	[D=2] * [K=3]	-0.181	0.453	0.159	1	0.690	0.835	0.343	2.030
	[D=3] * [K=1]	-0.342	0.380	0.810	1	0.368	0.710	0.337	1.496
	[D=3] * [K=2]	0.102	0.548	0.035	1	0.853	1.107	0.378	3.240
	[D=3] * [K=3]	0.			0				
	[D=1] * [K=1] * [S=1]	1.050	0.767	1.874	1	0.171	2.857	0.636	12.844
	[D=1] * [K=1] * [S=2]	0.			0				
	[D=1] * [K=2] * [S=1]	-0.329	0.569	0.333	1	0.564	0.720	0.236	2.196
	[D=1] * [K=2] * [S=2]	0.			0				
	[D=1] * [K=3] * [S=1]	-0.762	0.571	1.784	1	0.182	0.467	0.153	1.428
	[D=1] * [K=3] * [S=2]	0.			0				
	[D=2] * [K=1] * [S=1]	0.250	0.447	0.311	1	0.577	1.283	0.534	3.084
	[D=2] * [K=1] * [S=2]	0.			0				
	[D=2] * [K=2] * [S=1]	-0.053	0.497	0.011	1	0.915	0.948	0.358	2.512
	[D=2] * [K=2] * [S=2]	0.			0				
	[D=2] * [K=3] * [S=1]	0.301	0.474	0.401	1	0.526	1.351	0.533	3.423
	[D=2] * [K=3] * [S=2]	0.			0				
	[D=3] * [K=1] * [S=1]	0.148	0.457	0.105	1	0.746	1.159	0.474	2.836
	[D=3] * [K=1] * [S=2]	0.			0				
	[D=3] * [K=2] * [S=1]	1.253	0.918	1.862	1	0.172	3.500	0.579	21.161
	[D=3] * [K=2] * [S=2]	0.			0				
	[D=3] * [K=3] * [S=1]	0.208	0.391	0.282	1	0.596	1.231	0.572	2.650
[D=3] * [K=3] * [S=2]	0.			0					
suami	Intercept	-1.131	0.364	9.679	1	0.002			
	[D=1] * [K=1]	0.438	0.657	0.444	1	0.505	1.550	0.427	5.623
	[D=1] * [K=2]	1.573	0.561	7.862	1	0.005	4.822	1.606	14.482
	[D=1] * [K=3]	0.661	0.676	0.957	1	0.328	1.937	0.515	7.292
	[D=2] * [K=1]	0.438	0.565	0.601	1	0.438	1.550	0.512	4.695
	[D=2] * [K=2]	0.661	0.543	1.484	1	0.223	1.937	0.669	5.615
	[D=2] * [K=3]	1.206	0.530	5.179	1	0.023	3.338	1.182	9.429
	[D=3] * [K=1]	-0.255	0.584	0.191	1	0.662	0.775	0.247	2.433
	[D=3] * [K=2]	0.795	0.689	1.330	1	0.249	2.214	0.573	8.550
	[D=3] * [K=3]	0.			0				
	[D=1] * [K=1] * [S=1]	0.134	0.705	0.036	1	0.850	1.143	0.287	4.547
	[D=1] * [K=1] * [S=2]	0.			0				
	[D=1] * [K=2] * [S=1]	-0.799	0.551	2.098	1	0.148	0.450	0.153	1.326
	[D=1] * [K=2] * [S=2]	0.			0				
	[D=1] * [K=3] * [S=1]	-0.105	0.706	0.022	1	0.881	0.900	0.226	3.592
	[D=1] * [K=3] * [S=2]	0.			0				
	[D=2] * [K=1] * [S=1]	0.375	0.544	0.475	1	0.491	1.455	0.501	4.221
	[D=2] * [K=1] * [S=2]	0.			0				
	[D=2] * [K=2] * [S=1]	0.160	0.566	0.080	1	0.778	1.173	0.387	3.556
	[D=2] * [K=2] * [S=2]	0.			0				
	[D=2] * [K=3] * [S=1]	-1.556	0.628	6.146	1	0.013	0.211	0.062	0.722
	[D=2] * [K=3] * [S=2]	0.			0				
	[D=3] * [K=1] * [S=1]	0.811	0.618	1.722	1	0.189	2.250	0.670	7.555
	[D=3] * [K=1] * [S=2]	0.			0				
	[D=3] * [K=2] * [S=1]	0.336	1.159	0.084	1	0.772	1.400	0.144	13.568
	[D=3] * [K=2] * [S=2]	0.			0				
	[D=3] * [K=3] * [S=1]	-0.092	0.625	0.022	1	0.883	0.912	0.268	3.106
[D=3] * [K=3] * [S=2]	0.			0					

a. The reference category is: bersama.

b. This parameter is set to zero because it is redundant.

Nominal Regression

Case Processing Summary

		N	Marginal Percentage
Keputusan pengobatan anak	istri	259	34.2%
	suami	149	19.7%
Pendidikan Istri	bersama	349	46.1%
	rendah	202	26.7%
	menengah	295	39.0%
Status Kerja Istri	tinggi	260	34.3%
	tidak bekerja	255	33.7%
	bekerja tidak dibayar	205	27.1%
Jumlah Anak	bekerja dibayar	297	39.2%
	1-2 orang	352	46.5%
	>= 3 orang	405	53.5%
Valid		757	100.0%
Missing		0	
Total		757	
Subpopulation		18	

Model Fitting Information

Model	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	185.397			
Final	131.904	53.493	34	0.018

Pseudo R-Square

Cox and Snell	0.068
Nagelkerke	0.078
McFadden	0.034

Likelihood Ratio Tests

Effect	-2 Log Likelihood of Reduced Model	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	131.904	0.000	0	.
D * K	131.904	0.000	0	.
D * K * A	151.395	19.491	18	0.362

model and a reduced model. The reduced model is formed by omitting an effect does not increase the degrees of freedom.

Parameter Estimates

Keputusan pengobatan anak(a)		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Confidence	
								Lower Bound	Upper Bound
istri	Intercept	-0.629	0.310	4.123	1	0.042			
	[D=1] * [K=1]	0.090	0.567	0.025	1	0.875	1.094	0.360	3.326
	[D=1] * [K=2]	-0.004	0.431	0.000	1	0.993	0.996	0.428	2.319
	[D=1] * [K=3]	0.586	0.425	1.898	1	0.168	1.797	0.781	4.136
	[D=2] * [K=1]	0.341	0.439	0.602	1	0.438	1.406	0.594	3.327
	[D=2] * [K=2]	0.204	0.439	0.215	1	0.643	1.226	0.518	2.901
	[D=2] * [K=3]	0.675	0.435	2.413	1	0.120	1.964	0.838	4.604
	[D=3] * [K=1]	0.880	0.472	3.475	1	0.062	2.411	0.956	6.081
	[D=3] * [K=2]	1.322	0.772	2.932	1	0.087	3.750	0.826	17.025
	[D=3] * [K=3]	0			0				
	[D=1] * [K=1] * [A=2]	0.053	0.654	0.007	1	0.935	1.055	0.293	3.803
	[D=1] * [K=1] * [A=3]	0			0				
	[D=1] * [K=2] * [A=2]	-1.670	1.091	2.344	1	0.126	0.188	0.022	1.597
	[D=1] * [K=2] * [A=3]	0			0				
	[D=1] * [K=3] * [A=2]	-0.651	0.765	0.723	1	0.395	0.522	0.117	2.337
	[D=1] * [K=3] * [A=3]	0			0				
	[D=2] * [K=1] * [A=2]	0.105	0.435	0.059	1	0.808	1.111	0.474	2.604
	[D=2] * [K=1] * [A=3]	0			0				
	[D=2] * [K=2] * [A=2]	0.743	0.560	1.764	1	0.184	2.103	0.702	6.298
	[D=2] * [K=2] * [A=3]	0			0				
	[D=2] * [K=3] * [A=2]	-0.557	0.447	1.555	1	0.212	0.573	0.239	1.375
	[D=2] * [K=3] * [A=3]	0			0				
	[D=3] * [K=1] * [A=2]	-0.574	0.457	1.576	1	0.209	0.563	0.230	1.380
	[D=3] * [K=1] * [A=3]	0			0				
	[D=3] * [K=2] * [A=2]	-0.405	0.890	0.208	1	0.649	0.667	0.117	3.813
	[D=3] * [K=2] * [A=3]	0			0				
	[D=3] * [K=3] * [A=2]	0.223	0.394	0.321	1	0.571	1.250	0.577	2.707
	[D=3] * [K=3] * [A=3]	0			0				
suami	Intercept	-1.609	0.447	12.951	1	0.000			
	[D=1] * [K=1]	1.070	0.653	2.689	1	0.101	2.917	0.811	10.485
	[D=1] * [K=2]	1.034	0.536	3.728	1	0.053	2.812	0.985	8.034
	[D=1] * [K=3]	0.377	0.620	0.370	1	0.543	1.458	0.433	4.917
	[D=2] * [K=1]	0.511	0.606	0.712	1	0.399	1.567	0.509	5.461
	[D=2] * [K=2]	0.836	0.567	2.173	1	0.140	2.308	0.759	7.015
	[D=2] * [K=3]	0.963	0.582	2.738	1	0.098	2.619	0.837	8.192
	[D=3] * [K=1]	0.069	0.778	0.008	1	0.929	1.071	0.233	4.919
	[D=3] * [K=2]	1.609	0.931	2.989	1	0.084	5.000	0.806	31.002
	[D=3] * [K=3]	0			0				
	[D=1] * [K=1] * [A=2]	-0.417	0.709	0.345	1	0.557	0.659	0.164	2.648
	[D=1] * [K=1] * [A=3]	0			0				
	[D=1] * [K=2] * [A=2]	-0.118	0.622	0.036	1	0.850	0.889	0.263	3.008
	[D=1] * [K=2] * [A=3]	0			0				
	[D=1] * [K=3] * [A=2]	0.827	0.775	1.137	1	0.286	2.286	0.500	10.448
	[D=1] * [K=3] * [A=3]	0			0				
	[D=2] * [K=1] * [A=2]	0.629	0.524	1.437	1	0.231	1.875	0.671	5.241
	[D=2] * [K=1] * [A=3]	0			0				
	[D=2] * [K=2] * [A=2]	1.179	0.575	4.208	1	0.040	3.250	1.054	10.022
	[D=2] * [K=2] * [A=3]	0			0				
	[D=2] * [K=3] * [A=2]	-0.780	0.588	1.765	1	0.184	0.458	0.145	1.449
	[D=2] * [K=3] * [A=3]	0			0				
	[D=3] * [K=1] * [A=2]	0.370	0.742	0.249	1	0.618	1.448	0.338	6.199
	[D=3] * [K=1] * [A=3]	0			0				
	[D=3] * [K=2] * [A=2]	0.511	0.966	0.280	1	0.597	1.687	0.251	11.071
	[D=3] * [K=2] * [A=3]	0			0				
	[D=3] * [K=3] * [A=2]	-0.049	0.591	0.007	1	0.934	0.952	0.299	3.031
	[D=3] * [K=3] * [A=3]	0			0				

a. The reference category is: bersama.

b. This parameter is set to zero because it is redundant.

Nominal Regression

Lampiran-10

Case Processing Summary

		N	Marginal Percentage
Keputusan periksa istri	istri	323	42.7%
	suami	156	20.6%
	bersama	278	36.7%
Pendidikan Istri	rendah	202	26.7%
	menengah	295	39.0%
	tinggi	260	34.3%
Status Kerja Istri	tidak bekerja	255	33.7%
	bekerja tidak dibayar	205	27.1%
	bekerja dibayar	297	39.2%
Jumlah Anak	1-2 orang	352	46.5%
	>= 3 orang	405	53.5%
Valid		757	100.0%
Missing		0	
Total		757	
Subpopulation		18	

Model Fitting Information

Model	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	175.610			
Final	132.998	42.612	34	0.148

Pseudo R-Square

Cox and Snell	0.055
Nagelkerke	0.062
McFadden	0.027

Likelihood Ratio Tests

Effect	-2 Log Likelihood of Reduced Model	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	132.998	0.000	0	0.
D * K	132.998	0.000	0	0.
D * K * A	148.053	15.055	18	0.658

model and a reduced model. The reduced model is formed by omitting an effect effect does not increase the degrees of freedom.

Parameter Estimates

Keputusan periksa istri(a)	B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Confidence		
							Lower Bound	Upper Bound	
istri	Intercept	0.314	0.302	1.080	1	0.299			
	[D=1] * [K=1]	-0.208	0.550	0.144	1	0.705	0.812	0.276 2.385	
	[D=1] * [K=2]	-0.358	0.424	0.712	1	0.399	0.699	0.304 1.606	
	[D=1] * [K=3]	-0.069	0.436	0.025	1	0.875	0.934	0.397 2.195	
	[D=2] * [K=1]	0.305	0.448	0.464	1	0.496	1.357	0.564 3.268	
	[D=2] * [K=2]	-0.160	0.441	0.131	1	0.717	0.853	0.359 2.023	
	[D=2] * [K=3]	-0.139	0.423	0.109	1	0.742	0.870	0.380 1.992	
	[D=3] * [K=1]	-0.719	0.480	2.249	1	0.134	0.487	0.190 1.247	
	[D=3] * [K=2]	0.379	0.769	0.244	1	0.622	1.462	0.324 6.595	
	[D=3] * [K=3]	0.			0.				
	[D=1] * [K=1] * [A=2]	-1.204	0.691	3.034	1	0.082	0.300	0.077 1.163	
	[D=1] * [K=1] * [A=3]	0.			0.				
	[D=1] * [K=2] * [A=2]	-0.361	0.711	0.258	1	0.612	0.697	0.173 2.808	
	[D=1] * [K=2] * [A=3]	0.			0.				
	[D=1] * [K=3] * [A=2]	-0.245	0.658	0.139	1	0.709	0.783	0.216 2.840	
	[D=1] * [K=3] * [A=3]	0.			0.				
	[D=2] * [K=1] * [A=2]	-0.753	0.446	2.844	1	0.092	0.471	0.196 1.130	
	[D=2] * [K=1] * [A=3]	0.			0.				
	[D=2] * [K=2] * [A=2]	-0.154	0.507	0.092	1	0.761	0.857	0.317 2.315	
	[D=2] * [K=2] * [A=3]	0.			0.				
	[D=2] * [K=3] * [A=2]	0.231	0.455	0.258	1	0.611	1.260	0.517 3.071	
	[D=2] * [K=3] * [A=3]	0.			0.				
	[D=3] * [K=1] * [A=2]	0.610	0.471	1.682	1	0.195	1.841	0.732 4.629	
	[D=3] * [K=1] * [A=3]	0.			0.				
	[D=3] * [K=2] * [A=2]	0.154	0.859	0.032	1	0.858	1.167	0.217 6.284	
	[D=3] * [K=2] * [A=3]	0.			0.				
	[D=3] * [K=3] * [A=2]	0.033	0.387	0.007	1	0.933	1.033	0.484 2.207	
	[D=3] * [K=3] * [A=3]	0.			0.				
	suami	Intercept	-0.999	0.442	5.100	1	0.024		
		[D=1] * [K=1]	0.747	0.670	1.242	1	0.265	2.111	0.567 7.855
[D=1] * [K=2]		0.954	0.533	3.200	1	0.074	2.596	0.913 7.384	
[D=1] * [K=3]		0.673	0.573	1.381	1	0.240	1.960	0.638 6.023	
[D=2] * [K=1]		0.662	0.606	1.195	1	0.274	1.939	0.591 6.355	
[D=2] * [K=2]		0.881	0.560	2.474	1	0.116	2.413	0.805 7.220	
[D=2] * [K=3]		0.033	0.607	0.003	1	0.956	1.034	0.315 3.396	
[D=3] * [K=1]		-0.282	0.672	0.177	1	0.674	0.754	0.202 2.812	
[D=3] * [K=2]		0.999	0.929	1.156	1	0.282	2.714	0.440 16.750	
[D=3] * [K=3]		0.			0.				
[D=1] * [K=1] * [A=2]		-0.665	0.698	0.907	1	0.341	0.514	0.131 2.020	
[D=1] * [K=1] * [A=3]		0.			0.				
[D=1] * [K=2] * [A=2]		0.044	0.650	0.005	1	0.945	1.045	0.293 3.736	
[D=1] * [K=2] * [A=3]		0.			0.				
[D=1] * [K=3] * [A=2]		-1.466	1.140	1.655	1	0.198	0.231	0.025 2.155	
[D=1] * [K=3] * [A=3]		0.			0.				
[D=2] * [K=1] * [A=2]		-0.203	0.533	0.144	1	0.704	0.817	0.287 2.323	
[D=2] * [K=1] * [A=3]		0.			0.				
[D=2] * [K=2] * [A=2]		-0.838	0.628	1.777	1	0.183	0.433	0.126 1.483	
[D=2] * [K=2] * [A=3]		0.			0.				
[D=2] * [K=3] * [A=2]		0.724	0.579	1.565	1	0.211	2.062	0.663 8.413	
[D=2] * [K=3] * [A=3]		0.			0.				
[D=3] * [K=1] * [A=2]		0.492	0.633	0.605	1	0.437	1.636	0.473 5.661	
[D=3] * [K=1] * [A=3]		0.			0.				
[D=3] * [K=2] * [A=2]		-0.405	1.041	0.152	1	0.697	0.667	0.087 5.127	
[D=3] * [K=2] * [A=3]		0.			0.				
[D=3] * [K=3] * [A=2]		-0.289	0.596	0.236	1	0.627	0.749	0.233 2.407	
[D=3] * [K=3] * [A=3]		0.			0.				

a. The reference category is: bersama.

b. This parameter is set to zero because it is redundant.

Crosstabs

Lampiran-11

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
FS2 * Keputusan pengobatan anak	757	100,0%	0	0,0%	757	100,0%

FS2 * Keputusan pengobatan anak Crosstabulation

Count

		Keputusan pengobatan anak			Total
		istri	suami	bersama	
FS2	1	11	10	22	43
	2	4	2	3	9
	3	18	21	42	81
	4	0	2	0	2
	5	23	10	26	59
	6	3	1	4	8
	7	30	17	38	85
	8	8	6	10	24
	9	26	21	34	81
	10	2	3	0	5
	11	23	12	34	69
	12	14	5	12	31
	13	12	8	16	36
	14	27	4	27	58
	15	7	9	3	19
	16	7	4	6	17
	17	24	7	30	61
	18	20	7	42	69
Total		259	148	349	757

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	57,033	34	0,008
Likelihood Ratio	57,733	34	0,007
Linear-by-Linear Association	0,508	1	0,476
N of Valid Cases	757		

a. 15 cells (27,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,39.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
FST * Keputusan pengobatan anak * Pendidikan Istri	757	100,0%	0	0,0%	757	100,0%

FST * Keputusan pengobatan anak * Pendidikan Istri Crosstabulation

Count

Pendidikan Istri			Keputusan pengobatan anak			Total
			istri	suami	bersama	
rendah	FST	1	11	10	22	43
		2	4	2	3	9
		3	18	21	42	81
		4	0	2	0	2
		5	23	10	28	59
		6	3	1	4	8
	Total		59	46	97	202
menengah	FST	1	30	17	38	85
		2	8	6	10	24
		3	28	21	34	81
		4	2	3	0	5
		5	23	12	34	69
		6	14	5	12	31
	Total		103	64	128	295
tinggi	FST	1	12	8	16	36
		2	27	4	27	58
		3	7	9	3	19
		4	7	4	6	17
		5	24	7	30	61
		6	20	7	42	69
	Total		97	39	124	260

Chi-Square Tests

Pendidikan Istri		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
rendah	Pearson Chi-Square	13,711	10	0,187
	Likelihood Ratio	12,868	10	0,231
	Linear-by-Linear Association	1,269	1	0,260
	N of Valid Cases	202		
menengah	Pearson Chi-Square	9,503	10	0,485
	Likelihood Ratio	10,516	10	0,396
	Linear-by-Linear Association	0,080	1	0,777
	N of Valid Cases	295		
tinggi	Pearson Chi-Square	29,614	10	0,001
	Likelihood Ratio	26,585	10	0,003
	Linear-by-Linear Association	2,846	1	0,092
	N of Valid Cases	260		

a. 9 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,46.
count is 1,08.
count is 2,55.

Crosstabs

Lampiran-12

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
FS2 * Keputusan periksa istri	757	100,0%	0	0,0%	757	100,0%

FS2 * Keputusan periksa istri Crosstabulation

Count

		Keputusan periksa istri			Total
		istri	suami	bersama	
FS2	1	11	10	22	43
	2	4	3	2	9
	3	25	27	29	81
	4	1	1	0	2
	5	25	13	21	59
	6	4	1	3	8
	7	32	20	33	85
	8	15	4	5	24
	9	30	20	31	81
	10	4	1	0	5
	11	31	16	22	69
	12	15	3	13	31
	13	12	8	16	36
	14	27	7	24	58
	15	10	5	4	19
	16	10	2	5	17
	17	33	6	22	61
	18	34	9	26	69
Total		323	156	278	757

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	46,472	34	0,075
Likelihood Ratio	49,943	34	0,038
Linear-by-Linear Association	4,992	1	0,025
N of Valid Cases	757		

a. 15 cells (27,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,41.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
FST * Keputusan periksa istri * Pendidikan Istri	757	100,0%	0	0,0%	757	100,0%

FST * Keputusan periksa Istri * Pendidikan Istri Crosstabulation

Count

Pendidikan Istri			Keputusan periksa Istri			Total
			istri	suami	bersama	
rendah	FST	1	11	10	22	43
		2	4	3	2	9
		3	25	27	29	81
		4	1	1	0	2
		5	25	13	21	59
		6	4	1	3	8
	Total		70	55	77	202
menengah	FST	1	32	20	33	85
		2	15	4	5	24
		3	30	20	31	81
		4	4	1	0	5
		5	31	16	22	69
		6	15	3	13	31
	Total		127	64	104	295
tinggi	FST	1	12	8	16	36
		2	27	7	24	58
		3	10	5	4	19
		4	10	2	5	17
		5	33	6	22	61
		6	34	9	26	69
	Total		126	37	97	260

Chi-Square Tests

Pendidikan Istri		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
rendah	Pearson Chi-Square	9,878	10	0,451
	Likelihood Ratio	10,584	10	0,393
	Linear-by-Linear Association	3,246	1	0,072
	N of Valid Cases	202		
menengah	Pearson Chi-Square	12,410	10	0,259
	Likelihood Ratio	14,404	10	0,155
	Linear-by-Linear Association	0,391	1	0,532
	N of Valid Cases	295		
tinggi	Pearson Chi-Square	9,730	10	0,465
	Likelihood Ratio	9,625	10	0,474
	Linear-by-Linear Association	1,326	1	0,249
	N of Valid Cases	260		

a. 9 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,54.
count is 1,08.
count is 2,42.