

**POLA PENGAMBILAN KEPUTUSAN ABORSI  
PADA PASUTRI YANG MENGALAMI  
KEGAGALAN KONTRASEPSI**

Fis S 17/07

Ang

P

**SKRIPSI**

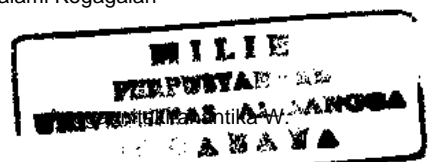


Oleh :

**Anggaunitakiranantika W.  
( 070216713 )**

**PROGRAM STUDI SOSIOLOGI  
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA**

Pola Pengambilan Keputusan Aborsi Pada Pasutri Yang Mengalami Kegagalan  
Kontrasepsi **2006**





## Bab I

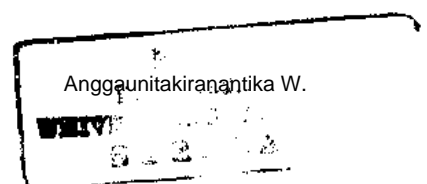
### Pendahuluan

#### I.1. LATAR BELAKANG MASALAH

Aborsi merupakan suatu fenomena di dalam masyarakat yang takkan habis diperbincangkan karena selalu dapat ditemui di dalam masyarakat meskipun terselubung dan cenderung dilakukan dengan cara yang tertutup. Adanya fenomena ini juga dapat dibayangkan semakin mencemaskan kelangsungan hidup bagi ibu dan anak yang secara langsung akan bersentuhan dengan fenomena aborsi.

Aborsi dapat dikategorikan menjadi dua macam, yaitu aborsi spontan dimana aborsi terjadi secara alami, tanpa intervensi tindakan medis, dan aborsi yang direncanakan dimana dilakukan melalui tindakan medis dengan obat-obatan saja (jamu dsb) atau tindakan bedah, atau tindakan lain yang menyebabkan pendarahan lewat vagina. Penghentian kehamilan pada usia dimana janin sudah mampu hidup mandiri di luar rahim ibu (lebih dari 21 minggu usia kehamilan), bukan lagi tindakan aborsi tetapi disebut sebagai pembunuhan janin atau *infantiside*.

Saat ini aborsi buatan atau yang disengaja dan direncanakan masih merupakan masalah kontroversial di masyarakat Indonesia. Ada yang berpendapat bahwa aborsi perlu dilegalkan dan ada yang berpendapat tidak perlu dilegalkan namun terlepas dari kontroversi tersebut, aborsi diindikasikan merupakan masalah kesehatan masyarakat





karena memberikan dampak pada kesakitan dan kematian ibu. Sebagaimana diketahui penyebab utama kematian ibu hamil dan melahirkan adalah perdarahan, infeksi dan eklampsia. Namun sebenarnya aborsi juga merupakan penyebab kematian ibu, hanya saja muncul dalam bentuk komplikasi perdarahan dan sepsis (Gunawan, 2000). Akan tetapi, kematian ibu yang disebabkan komplikasi aborsi sering tidak muncul dalam laporan kematian, tetapi dilaporkan sebagai perdarahan atau sepsis. Hal itu terjadi karena hingga saat ini aborsi masih merupakan masalah kontroversial di masyarakat.

Pelegalan aborsi seperti yang dimaksudkan dalam Undang – undang Kesehatan mengenai Kesehatan Reproduksi dimaksudkan untuk mengurangi tindakan aborsi yang dilakukan oleh orang yang tidak berkompeten, misalnya dukun beranak. Sepanjang aborsi tidak dilegalkan maka angka kematian ibu akibat aborsi akan terus meningkat. di negara-negara yang tidak mengizinkan aborsi seperti Indonesia, banyak perempuan terpaksa mencari pelayanan aborsi yang tidak aman karena tidak tersedianya pelayanan aborsi aman atau biaya yang ditawarkan terlalu mahal.

Terlepas dari alasan apa yang menyebabkan kehamilan, aborsi dilakukan karena terjadi kehamilan yang tidak diinginkan. Apakah dikarenakan kontrasepsi yang gagal, perkosaan, ekonomi, jenis kelamin atau hamil di luar nikah.

Tindakan aborsi yang dilakukan oleh siapapun dipandang sebagai tindakan atau perilaku yang menyimpang karena hingga saat ini, aborsi dipandang sebagai suatu tindakan yang salah. Secara normatif, hal ini tidak dibenarkan dari aspek hukum, agama, budaya ataupun sosial.



Salah satu alasan pokok para pendukung aborsi adalah pendapat yang mengatakan bahwa wanita berhak mengatur apa yang boleh terjadi di dalam tubuhnya, dan menentukan sendiri apa yang dikehendaki dan yang tidak dikehendaki. Janin juga dipandang sebagai *pars vicerum matris* (bagian dari organ tubuh ibu), karena itu dia juga bisa dibuang atau dijaga seturut kehendak perempuan, yang empunya badan. ( Kusmaryanto, 2002: 157)

Hal ini juga diperkuat oleh argumen Judith Jarvis Thompson dalam tulisannya *A Defense of Abortion* yang menggarisbawahi bahwa aborsi yang dilakukan oleh para wanita adalah hak asasi yang dimiliki oleh wanita yang mengalir dari otonominya untuk mengatur tubuhnya, yakni mengatur apa yang boleh dan apa yang tidak boleh terjadi dalam tubuhnya. Sekalipun janin itu adalah persona akan tetapi karena si janin melanggar hak otonomi dan penentuan diri bagi wanita maka janin kehilangan hak untuk hidup dengan cara aborsi. (Kusmaryanto, 2002: 159)

Di Indonesia, memang belum ada data epidemiologis yang akurat dan komprehensif tentang besarnya masalah aborsi meskipun sudah cukup banyak penelitian yang membahas masalah ini. berdasarkan data yang ada dari berbagai sumber dan penelitian dapat disimpulkan bahwa aborsi di Indonesia pada saat ini merupakan masalah yang serius karena jumlah yang tercatat ternyata diketahui jauh lebih kecil dari fenomena yang terjadi di dalam masyarakat atau juga dapat dikatakan bahwa fenomena aborsi yang terdapat di Indonesia merupakan “Fenomena Gunung Es” sehingga perlu untuk terus dilakukan penelitian mengenai hal ini.



Berangkat dari penelitian yang sudah dilakukan Pusat Kesehatan UI dan Yayasan Kesehatan Perempuan tahun 2003 ditemukan bahwa 87 % mereka yang melakukan aborsi adalah ibu rumah tangga dengan suami yang sah. Budi dan kawan-kawannya menemukan bahwa dalam setiap tahun terdapat 2.000.000 lebih kasus aborsi. Bahkan lembaga lain menemukan, dari 2.000.000 kasus pertahun itu, kebanyakan melakukan aborsi yang tidak aman. Selain itu, dari sisi lain angka kematian ibu di Indonesia termasuk kategori sangat tinggi dibanding negara lain. Di ASEAN, Indonesia yang tertinggi. Sampai saat ini, data valid menyebutkan angkanya berkisar antara 373-800 orang per 100,000 kelahiran hidup (selamat). salah satu faktornya penyumbang Angka Kematian Ibu adalah pendarahan. Dalam kasus pendarahan inilah terdapat kasus aborsi yang tidak aman. Kasus aborsi yang menyebabkan kematian berkisar antara 13-50% dari kasus kematian akibat pendarahan.

Berdasarkan data yang dihimpun dari Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) pada tahun 1995, beberapa penyebab kematian ibu di Indonesia adalah 42% pendarahan langsung, 15% pendarahan tidak langsung, 13% eklamsia, 11% komplikasi akibat aborsi, 10% infeksi dan 9% partus lama.

WHO memperkirakan di seluruh dunia setiap tahun terjadi 20 juta kejadian aborsi yang tidak aman (*unsafe abortion*) (WHO, 1998). Sekitar 13% dari jumlah total kematian ibu di seluruh dunia diakibatkan oleh komplikasi aborsi yang tidak aman. 95% (19 dari setiap 20 tindak aborsi tidak aman) di antaranya terjadi di negara-negara berkembang (Safe Motherhood 200; 28(1)).



Tabel I.1

## Tabel Aborsi yang Tidak Aman: Perkiraan per Wilayah, per tahun

Wilayah	jumlah aborsi yang tidak aman	jumlah kematian akibat aborsi yang tidak aman	% kematian ibu akibat aborsi yang tidak aman
Dunia	20.000.000	78.000	13
Negara Berkembang	19.000.000	77.500	13
Asia	9.900.000	38.500	12
Asia Tenggara	2.800.000	8.100	15
Negara maju	900.000	500	13

Sumber : WHO, 1998.

Estimasi nasional menyatakan setiap tahun terjadi 2.000.000 kasus aborsi di Indonesia. Ini artinya terdapat 43 kasus aborsi per 100 kelahiran hidup (menurut hasil sensus penduduk tahun 2000, terdapat 53.783.717 perempuan usia 15-49 tahun) atau 37 kasus aborsi per tahun per 1.000 perempuan usia 15-49 tahun (berdasarkan *Crude Birth Rate* (CBR) sebesar 23 per 1.000 kelahiran hidup) (Utomo, 2001).

Sedangkan sebuah studi yang dilakukan di beberapa fasilitas kesehatan di Indonesia mengestimasi 25-60% kejadian aborsi adalah aborsi disengaja (*induced abortion*) (WHO, 1998).

Sebuah penelitian yang dilakukan di 10 kota besar dan 6 kabupaten di Indonesia ditemukan bahwa insiden aborsi lebih tinggi di perkotaan dibandingkan di pedesaan. Setiap tahun lebih dari 2.000.000 kasus aborsi terjadi, lebih dari 1.000.000



kasus (53%) terjadi di perkotaan, di mana angka ini hanya mewakili 42% dari total keseluruhan. Hal ini dimungkinkan karena kasus-kasus yang tidak dilaporkan karena sebaran penduduk lebih luas dan kurangnya akses terhadap pelayanan aborsi. Studi ini juga menemukan pola yang berbeda pada provider aborsi. Di daerah perkotaan, 73% kasus-kasus aborsi dilakukan oleh ahli kebidanan, bidan, rumah bersalin dan klinik keluarga berencana (KB), sedangkan dukun hanya menangani 15% kasus aborsi. Di daerah pedesaan, dukun mempunyai peran yang dominan dalam memberikan pelayanan aborsi, kasus yang ditangani mencapai 84%. Klien terbanyak berada pada kisaran usia 20-29 tahun baik di perkotaan (45,4%) maupun di pedesaan (51,5%). Dilihat dari biaya yang dikeluarkan untuk melakukan aborsi berbeda antara satu daerah dengan yang lain, ditemukan bahwa biaya tertinggi berkisar Rp 350.000,- hingga 2.000.000 rupiah yang dilakukan di praktik dokter swasta. Di rumah sakit biaya yang dikeluarkan berkisar antara Rp 200.000 hingga 1.000.000 rupiah, sedangkan pada bidan berkisar antara Rp 8.000 hingga Rp750.000 (Utomo, 2001).

Sebuah penelitian yang menggunakan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 1997 pada 1.563 perempuan usia subur dengan status menikah sebagai sampelnya, ditemukan bahwa kehamilan yang tidak diinginkan paling banyak terjadi pada kelompok usia 15-19 tahun (50,9%). Sebanyak 11,9% di antaranya berupaya mengakhiri kehamilannya, baik dengan cara tradisional maupun medis. Upaya pengguguran dengan melakukan sendiri atau famili 119 orang (ketidakberhasilan 97,5%), dukun 20 orang (ketidakberhasilan 95%), bidan 25 orang (ketidakberhasilan 88%), dan bantuan dokter sebanyak 23 orang. Cara pengguguran yang



banyak digunakan adalah minum jamu atau ramuan (49,4%), pil (27,5%), pijat (8,9%), suntik (7,9%), sedot (3,5%) dan kuret (2,8%). Temuan ini sama polanya dengan studi sebelumnya yang dilakukan di Klinik Raden Saleh Jakarta tahun 1988-1991, di mana 61% responden melakukan upaya dengan minum jamu sebelum datang meminta pertolongan induksi haid. Proporsi kegagalan cara pengguguran berkisar antara 86-98%, kecuali upaya yang dilakukan dengan cara sedot dan kuret (tidak ada kegagalan).

Sedangkan menurut DR. Biran Affandi, SpOG, Ketua Umum Perhimpunan Obstetri Ginekologi Indonesia (POGI), pada tahun 2000 mengatakan bahwa di Indonesia setiap tahunnya ada sekitar 3.500.000 kehamilan yang tidak diinginkan oleh pasangan yang resmi menikah. Dari jumlah ini diperkirakan 2.300.000 yang digugurkan. Aborsi akibat kegagalan kontrasepsi diperkirakan ada 600.000 kasus dan karena alasan ekonomi mencapai 720.000 kasus. Sedangkan untuk aborsi spontan diperkirakan sekitar 1.000.000 kasus.

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan Yayasan Kesehatan Perempuan tahun 2005, di Indonesia setiap tahunnya AKI mencapai 2.500.000. Lebih dari 30% AKI dipicu oleh aborsi tidak aman. Di Indramayu, dukun biasa membunuh janin dengan tusuk konde atau bahkan batang serai. Akibatnya, ibu meninggal karena kehabisan darah hingga infeksi. Data LBH Apik juga menyebutkan, 27% pelaku aborsi belum kawin dan 73% telah menikah. Alasan mereka melakukan aborsi, 37% karena gagal KB, 14,7% beralasan belum menikah dan masih sekolah 6,3%.





Kegagalan KB dapat menyebabkan terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan (KTD). Bahkan menurut data yang ada di World Health Organization (WHO) memperkirakan dari 200.000.000 kehamilan pertahun, sekitar 38% merupakan KTD. Untuk mengatasi masalah itu pemerintah harus menyediakan pelayanan kehamilan yang lengkap. Dengan adanya pelayanan kehamilan yang lengkap, selain bisa mengurangi terjadinya kasus KTD hak-hak reproduksi perempuan menjadi terlindungi.

Sebagaimana diungkapkan oleh Ketua Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI), Kusminari mengatakan menjalani kehamilan itu berat, apalagi kehamilan yang tidak dikehendaki. Terlepas dari alasan apa yang menyebabkan kehamilan. Salah satu penyebab terjadinya aborsi adalah kehamilan yang tidak diinginkan. Adalah kontrasepsi yang gagal, perkosaan dan kehamilan diluar nikah. Untuk menghindari terjadinya aborsi dan KTD selain tersedianya unit pelayanan kehamilan yang lengkap.

Ia juga menambahkan kasus KTD justru banyak dialami oleh pasangan suami-istri yang mengalami kegagalan dalam ber-KB. Selain disebabkan kegagalan KB kasus KTD juga bisa dialami oleh mereka yang tidak menggunakan kontrasepsi dalam 3 bulan terakhir padahal mereka termasuk aktif secara seksual. Bahkan sejak terjadinya krisis ekonomi kelompok ini jumlahnya bertambah. Karena pemerintah tidak mampu memenuhi kebutuhan alat kontrasepsi dengan jumlah dan harga yang terjangkau.

2/3 dari 75.000.000 perempuan yang mengalami KTD akan berakhir dengan aborsi



disengaja, dan 20.000.000 diantaranya dilakukan secara tidak aman dan sebagian besar aborsi tidak aman (95%) terjadi di negara berkembang.

Berdasarkan hasil temuan terbaru dari Polda Jateng yang baru-baru ini berhasil mengungkap praktik aborsi dokter gadungan, biasanya dilakukan oleh ibu yang sudah kawin bahkan aborsinya dilakukan atas persetujuan suami. Aborsi memang bukan masalah sederhana bagi pelakunya, namun biasanya dilatarbelakangi persoalan yang lebih kompleks, mulai dari alasan kehamilan yang tidak diinginkan, alasan ekonomi, perkosaan, alasan si ibu mengidap penyakit jantung, traumatik, hingga alasan sosial. Menyimak beragam alasan yang dikemukakan oleh pelaku aborsi, tidaklah mengherankan bila peminat aborsi dari waktu ke waktu semakin banyak dan metode yang digunakan juga makin beragam meskipun tidak selamanya aman dari sisi kesehatan.

Di negara berkembang seperti Indonesia, adanya pembatasan dan menghindari laju pertumbuhan angka kelahiran guna mencegah kepadatan penduduk merupakan masalah perencanaan keluarga yang sering menjadi pokok pembicaraan, sehingga perlu adanya penyuluhan mengenai KB sampai ke pelosok demi tercapainya kehidupan keluarga kecil bahagia dan sejahtera. Selanjutnya hal ini akan menuntut penggunaan alat kontrasepsi pada Pasangan Usia Subur (PUS).

Pemberian informasi mengenai kesehatan reproduksi melalui pembinaan KB melalui penyuluhan dan pemberian layanan di klinik KB harus memperhatikan konseling, konsultasi dan penggunaan metode alat kontrasepsi tertentu pada pasangan suami istri. Dengan adanya penggunaan alat kontrasepsi, diharapkan angka kelahiran



yang ada dapat berjalan secara stabil dan pertumbuhan penduduk yang ada tidak terlalu mencolok. Namun, kenyataan yang ada masyarakat secara umum pada saat ini memberikan gambaran yang sedikit berbeda karena ketika mereka menggunakan alat atau metode kontrasepsi tertentu, ternyata masih ada yang hamil. Kehamilan ini tidak dikehendaki dan memotivasi seseorang untuk melakukan aborsi.

Kegagalan KB bisa disebabkan oleh beberapa hal. Secara umum peserta KB dapat digolongkan dalam dua kelompok. Kelompok pertama adalah mereka yang memakai alat kontrasepsi seperti alat kontrasepsi dalam rahim (IUD atau spiral), implant (susuk KB), suntik KB, PIL KB atau kontrasepsi mantap (tubektomi atau vasektomi). Peserta KB dari kelompok ini kemungkinan untuk hamilnya kecil tapi bukan tidak ada. Wanita yang memakai pil KB bisa hamil karena terlambat atau lupa minum pil KB. Wanita yang berKB dengan suntik KB bisa saja hamil kalau terlambat suntik ulang. Kelompok ke dua adalah mereka yang berKB dengan memakai kondom, sistim kalender, pantang berkala atau azl (ejakulasi di luar). Kelompok ini kemungkinan gagalanya lebih besar dibanding dengan kelompok pertama. Orang yang memakai kondom dan azl lebih ditentukan oleh kemauan dan keterampilan dalam mempergunakannya. Untuk sistem kalender dan pantang berkala lebih ditentukan oleh pengetahuan dan disiplin dari penggunanya. Bila peserta KB ini hamil dan mereka belum ingin punya anak, salah satu upaya yang dilakukan adalah menggugurkan kandungannya.

Seperti yang dikemukakan oleh Dr.Kinsey dalam jurnal *Cahier Laennec* telah menemukan data bahwa pelaku aborsi dari mereka yang merupakan pengguna



---

kontrasepsi jauh lebih tinggi daripada mereka yang tidak menggunakan kontrasepsi. Hal yang senada juga diungkapkan oleh Jean Toulat dalam bukunya, *Contraception sans Violence* yang menemukan data yang akhirnya berkesimpulan bahwa kontrasepsi bukanlah saran untuk menurunkan jumlah aborsi. (Kusmaryanto, 2002: 183-184)

Dengan bantuan tabel kegagalan pada alat atau metode kontrasepsi yang ada, kita dapat mengetahui bahwa ternyata dengan penggunaan alat kontrasepsi pun kehamilan masih dapat terjadi





**Tabel I.2**

**Tabel Pembinaan Keikutsertaan KB sampai dengan Bulan  
Mei Tahun 2004 di Jawa Timur**



*Sumber : Umpan balik laporan hasil pencapaian program KB Nasional Propinsi Jawa Timur tahun  
2004*



Adapun efektivitas penggunaan alat kontrasepsi tergantung pada alat atau metode yang pernah atau sedang digunakan. Efektivitas teoritis dari suatu metode hanya didasarkan pada kondisi baik sehingga jika terjadi kegagalan maka akan dianggap sebagai kegagalan metode yang dipakai (Lucas, 1982: 53) sedangkan gambaran kegagalan alat kontrasepsi yang dialami oleh pasangan suami istri dapat dilihat melalui tabel berikut :





**Tabel I.3**

**Tabel Jumlah Kegagalan Alat Kontrasepsi sampai dengan  
Bulan Mei 2004 di Jawa Timur**



*Sumber : Umpan balik laporan hasil pencapaian program KB Nasional Propinsi  
Jawa Timur Tahun 2004*



Tindakan aborsi atau pengguguran janin dalam kandungan yang dilakukan secara sengaja nantinya menyumbang pada penurunan kelahiran dengan 2 cara, yaitu :

- a. Cara langsung yang digunakan untuk menghindarkan kelahiran yang tidak diinginkan.
- b. Sebagai cara terakhir setelah mengalami kegagalan alat kontrasepsi. (Singarimbun, 1996:8 – 9).

Adanya kasus aborsi yang dikarenakan kegagalan alat kontrasepsi pada pasangan suami istri (pasutri) membuat tindakan aborsi dianggap sebagai suatu mekanisme penyesuaian diri yang baik dan efisien terhadap tuntutan realitas. Artinya, tindakan untuk aborsi dianggap sebagai alat yang baik untuk mengeliminir janin dan solusi dalam menghadapi kehamilan yang terjadi saat itu.

Dalam istilah moral, aborsi yang dikarenakan oleh kegagalan alat kontrasepsi disebut juga sebagai *slippery slope* atau suatu keadaan yang sulit yang apabila kita membuka atau mengendorkan ikatan moral tertentu untuk memperbolehkan sesuatu maka orang akan melakukan lebih jauh daripada apa yang dikendorkan tersebut dan diikuti hal-hal yang lebih berat. Ketika hal itu sudah terlanjur terjadi, kita tidak bisa lagi menghentikannya karena situasi sudah sedemikian rumit untuk diatasi. (Kusmaryanto, 2002: 180)

Dewasa ini ramai dibicarakan bahwa adanya anggapan dari kegagalan alat kontrasepsi yang berakibat pada konsepsi atau kehamilan, upaya penyelesaiannya





dilakukan dengan cara aborsi dengan tujuan agar tidak terjadi kelahiran baru dan sebagai cara untuk mengatasi kepadatan penduduk demi tercapainya program KB.

Kalau perempuan mengalami kegagalan dalam berKB maka dengan cepat ia akan mencari sarana untuk menggugurkan kandungannya. Keputusan untuk menggugurkan kandungan diambil karena dari awalnya penggunaan KB itu untuk tidak menginginkan anak sehingga adanya anak dipandang sebagai beban dan kegagalan, bukan sebagai berkah.

Sebuah penelitian yang melihat karakteristik perempuan menikah yang mencari pelayanan aborsi di 3 klinik pada tahun 1996-1997 menunjukkan usia klien saat melakukan abortus terbesar adalah 31-35 tahun (29,7%), 21-25 tahun (19,4%) dan 17-20 tahun (6%). Ditemukan pada salah satu klinik, abortus dilakukan pada usia kehamilan kurang dari 7 minggu (52%), 8-14 minggu sebanyak 46% dan 2% pada usia kehamilan 15-25 minggu. Permintaan abortus pada usia kehamilan diatas 15 minggu sebagian besar dilakukan pada perempuan usia 21-25 tahun (34%). Data mengenai jenis kontrasepsi yang dipakai sebelum dan sesudah abortus menunjukkan peningkatan. jumlah pemakaian IUD (*Intra Urine Device*) dari 55% menjadi 68%, begitu juga dengan suntik dari 2,6% menjadi 8,0% (Herdayati, 1998 dalam Jender & Kesehatan, Januari-Februari 2001).

Pada tahun 1997, dilaporkan sebanyak 27% dari semua kehamilan yang ada merupakan kehamilan yang tidak dikehendaki. Dalam 5 tahun terakhir ini didapati sekitar 10% dari kehamilan yang tidak dikehendaki adalah kehamilan yang tidak direncanakan. Beberapa faktor yang menyebabkan kehamilan yang tidak



direncanakan salah satunya adalah karena kegagalan agenda besar Keluarga Besar (KB) melalui alat kontrasepsi. Sebagaimana data yang dihimpun oleh PKBI (Perhimpunan Keluarga Besar Indonesia), dari 10 klinik yang menangani kasus aborsi disebabkan karena kegagalan alat kontrasepsi, menurut catatan PKBI pada tahun 1997 terjadi 7683 kasus aborsi dan pada tahun 1998 meningkat menjadi 8314 kasus.

Dengan adanya aborsi yang dikarenakan adanya kegagalan alat kontrasepsi, membuat frekuensi aborsi yang terjadi di masyarakat kita semakin marak dan dilakukan dengan berbagai alasan yang ada. Ditinjau dari segi kualitas atau kuantitas memang kondisi yang demikian benar adanya. Dari segi kualitas, dengan pengaruh adanya kemajuan teknologi yang canggih pada sarana atau peralatan yang dilakukan untuk aborsi semakin canggih, teknik yang dimiliki oleh paramedis semakin beragam, serta cara pengguguran yang dilakukan untuk aborsi mulai beralih dari tradisional ke medis. Dari segi kuantitas pun, kita bisa mengetahui bahwa semakin banyak tindakan aborsi yang dilakukan oleh masyarakat umum dari tahun ke tahun meskipun kebanyakan tak terungkap dengan jelas.

Belakangan ini, ditemukan beberapa klinik yang ternyata juga melayani aborsi yang dikarenakan kegagalan pada alat kontrasepsi. Padahal aborsi yang dilakukan karena alasan ini bukanlah alasan yang secara ilmiah dikatakan alasan medis karena belum tentu dengan adanya kehamilan akibat kegagalan alat kontrasepsi akan membahayakan dan mengancam nyawa janin yang dikandung atau ibu yang



mengandungnya kecuali sebelumnya sang ibu memang telah memiliki riwayat penyakit serius yang perlu ditangani.

Seperti halnya tindakan aborsi yang dilakukan dengan alasan tertentu yang lain, saat ini tindakan aborsi karena kegagalan alat kontrasepsi juga semakin menggejala di dalam masyarakat. Contohnya saja ditemukan beberapa klinik dokter yang juga melayani aborsi dengan sebab kegagalan alat kontrasepsi tersebut di Kota Malang.

**Tabel I.4**

**Tabel Pelaku Aborsi pada Klinik “Mawar” dan “Melati” karena Kegagalan Alat Kontrasepsi di Kota Malang**

Usia ibu ( dalam tahun )	Jumlah	Jumlah ( % )
21 – 25	102	16,89%
26 – 30	248	41,05%
31 – 35	123	20,36%
36 – 40	75	12,42 %
41 – 45	56	9,28%
<b>TOTAL</b>	<b>604</b>	<b>100%</b>

*Sumber : Data Primer Bulan Januari – September 2006*

Sedangkan masih pada Klinik yang sama, dari 604 ibu yang pada akhirnya melakukan tindakan aborsi mempunyai usia kandungan yang pada umumnya masih relatif muda dengan asumsi supaya aborsi yang akan dijalani mempunyai resiko sekecil mungkin dan aborsi lebih mudah dilakukan.



Tabel I.5

**Tabel Usia Janin yang diaborsi pada Klinik “Mawar” dan “Melati”  
karena kegagalan alat kontrasepsi di Kota Malang**

Usia Janin ( dalam minggu )	Jumlah	Jumlah ( % )
0 - 3	114	18,88 %
4 - 6	189	31,29 %
7 - 9	163	26,98 %
10 - 12	78	12,92 %
13 - 15	60	9,93 %
<b>TOTAL</b>	<b>604</b>	<b>100%</b>

*Sumber : Data Primer Bulan Januari – September 2006.*

Dengan adanya data yang tersebut di atas, kita secara tidak langsung dapat memperkirakan bahwa adanya kegagalan pada alat kontrasepsi maka aborsi masih terus dilaksanakan dan dilangsungkan dalam masyarakat kita. Jika fenomena ini terus berlangsung dan terus terusan menggejala maka aborsi kian lama menjadi suatu tindakan yang biasa untuk dilakukan dan bukanlah satu hal yang harus mendapat perhatian yang serius untuk mendapatkan pencegahan dan perhatian yang serius dari berbagai pihak.

Berangkat dari segala permasalahan yang ada di atas maka penelitian ini lebih didasarkan pada fenomena aborsi yang kian menggejala di dalam masyarakat kita yang mengalami kegagalan alat atau metode kontrasepsi yang dipakainya. Sehingga tindakan aborsi semakin berpotensi untuk dilakukan sekalipun oleh mereka yang



telah menikah dan memiliki anak. Disinilah perlunya kita melihat bahwa permasalahan aborsi yang ada di dalam masyarakat kita ternyata juga banyak dilakukan dan dijadikan sebagai suatu solusi oleh pasangan suami istri yang menghadapi kehamilan sebagai suatu masalah sehingga patut dipertimbangkan kembali atau bahkan cenderung untuk langsung digugurkan.

Maraknya aborsi yang ada dengan alasan kegagalan alat kontrasepsi pada saat ini menunjukkan bahwa keputusan yang diambil oleh seseorang sekalipun itu bagi mereka yang terikat dalam perkawinan atau pasangan suami istri (pasutri) dalam hal kesehatan reproduksi utamanya untuk tindakan aborsi telah tercetus atau telah ada dalam alam pikiran dan benak mereka sebelumnya.

Dalam pengambilan keputusan mengenai aborsi karena kegagalan alat kontrasepsi ini nantinya akan terlihat gambaran mengenai siapa saja yang terlibat dalam menentukan tindakan aborsi yang dilakukan sehingga membentuk pola tertentu. Mengingat aborsi berkaitan dengan kehidupan dan nyawa manusia dengan alasan apapun termasuk adanya kegagalan pada alat kontrasepsi maka kita sangat perlu mengetahui pengambilan keputusan untuk melakukan tindakan tersebut pada pasangan suami istri yang pada umumnya justru lebih mempunyai kesadaran lebih tinggi mengenai tindakan aborsi tersebut dan membiarkan janin untuk tetap hidup dan bernyawa.



## I.2. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan Latar belakang permasalahan diatas maka permasalahan penelitian yang diajukan adalah :

1. Bagaimana pola pengambilan keputusan pasangan suami istri (pasutri) terhadap tindakan aborsi karena kegagalan alat kontrasepsi ?
2. Pertimbangan apa yang diambil oleh pasangan suami istri (pasutri) terhadap tindakan aborsi karena kegagalan alat kontrasepsi ?
3. Langkah apa saja yang diambil oleh pasangan suami istri (pasutri) setelah melakukan tindakan aborsi karena kegagalan alat kontrasepsi ?

## I.3. TUJUAN

### I.3.1. TUJUAN UMUM

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk memperoleh jawaban atas permasalahan penelitian yang ada, antara lain :

1. Pola pengambilan keputusan yang biasa terdapat di masyarakat adalah pengambilan keputusan yang dilakukan oleh pihak suami. Dalam hal pengambilan keputusan terhadap tindakan aborsi karena kegagalan kontrasepsi akan dapat diketahui mengenai pola pengambilan keputusan dilakukan oleh siapa.
2. Pertimbangan yang diambil oleh pasangan suami istri (pasutri) terhadap tindakan aborsi karena kegagalan alat kontrasepsi sebagian



besar ditengarai karena keterbatasan ekonomi. Selanjutnya dapat kita ketahui sebenarnya pertimbangan apa yang mendasari pasangan suami istri melakukan tindakan aborsi.

3. Langkah – langkah yang diambil oleh pasangan suami istri (pasutri) setelah melakukan tindakan aborsi karena kegagalan alat kontrasepsi sebagian besar adalah dengan mengganti alat kontrasepsi. Dapat kita ketahui dalam hal ini langkah apa saja yang dilakukan pasangan suami iatri (Pasutri) yang melakukan tindakan aborsi karena kegagalan alat kontrasepsi.

### **I.3.2. TUJUAN KHUSUS**

Secara lebih khusus, penelitian ini bertujuan untuk :

1. Memperoleh informasi yang bermanfaat mengenai aborsi yang dilakukan oleh pasangan suami istri.
2. Memperoleh penjelasan tentang pengambilan keputusan yang ada dalam suatu keluarga dalam kaitannya dengan tindakan aborsi karena kegagalan alat kontrasepsi.

## **I.4. MANFAAT**

### **I.4.1 Manfaat Praktis**

Dari hasil penelitian yang sudah ada, diharapkan akan dapat memberikan beberapa manfaat, antara lain :



- Mampu memberi kontribusi berupa informasi mengenai pola pengambilan keputusan dalam keluarga terhadap tindakan aborsi yang dilakukan.
- Mampu memberi kontribusi berupa informasi mengenai tindakan aborsi yang dilakukan oleh pasangan suami istri yang disebabkan karena kegagalan alat kontrasepsi.

#### **1.4.2 Manfaat Teoritis**

Secara akademis, penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi teoritis sebagai tambahan khasanah keilmuan dalam program studi sosiologi, khususnya sosiologi kesehatan dan sosiologi keluarga yang berkaitan dengan pola pengambilan keputusan pada suami istri atas tindakan aborsi yang dilakukan

### **1.5. KERANGKA TEORI**

#### **1.5.1. Pengambilan Keputusan dalam Keluarga**

Dalam suatu keluarga pada umumnya terdapat banyak sekali permasalahan atau persoalan yang harus dipecahkan bersama. Dari permasalahan atau persoalan yang ada menuntut adanya suatu solusi yang harus diambil melalui adanya pengambilan keputusan oleh pihak yang bersangkutan atau secara bersama dalam suatu keluarga.

Pengambilan keputusan dalam keluarga dimungkinkan dilakukan oleh siapa saja, bisa oleh suami, istri atau orang lain yang dianggap lebih berwenang seperti orang tua. Tergantung bagaimana suatu keluarga dan anggota yang terdapat di dalamnya menyikapi permasalahan.





Dalam melihat hubungan antara suami istri dalam keluarga terdapat hubungan antara laki – laki dan perempuan atas dasar perkawinan itu, masing – masing pihak mempunyai kekuasaan, dalam arti masing -- masing mempunyai potensi untuk mempengaruhi perilaku orang lain dan jika hal itu terjadi maka gejala tersebut digambarkan sebagai proses dimana telah terjadi pengambilan keputusan. Kekuasaan yang terdapat antara kedua belah pihak itu dianggap “ wajar “, karena itu diakui sebagi wewenang masing – masing. (Sajogyo, 1983 : 41)

Sebagaimana diungkapkan oleh Constantina Safilios Rothschild yang kemudian dikutip oleh Letha dan Scanzoni menggambarkan bahwa pengambilan keputusan, pengaruh dan kewenangan merupakan komponen dari adanya struktur kekuasaan dalam keluarga.

Blood & Wolfe (1960) mengemukakan bahwa aspek yang paling penting dalam struktur keluarga adalah posisi anggota keluarga karena adanya distribusi dan alokasi kekuasaan kemudian aspek pembagian kerja. Kekuasaan disini dapat diartikan sebagai kemampuan seseorang untuk mengambil keputusan yang mempengaruhi orang lain atau keluarga. Sedangkan pembagian kerja menunjuk pada pola peranan yang ada dalam keluarga dimana suami dan istri melakukan pekerjaan – pekerjaan tertentu. Selanjutnya, dikatakan pula oleh Blood & Wolfe bahwa kombinasi dari kedua aspek diatas adalah hal yang paling mendasar dalam keluarga yang juga dipengaruhi pula oleh posisi keluarga dalam lingkungan atau masyarakatnya. Dengan dimilikinya kekuasaan oleh suami atau istri maka peluang untuk saling mempengaruhi antara satu sama lain antara keduanya akan semakin terbuka.



Selain itu, ada beberapa faktor yang dianggap mempengaruhi peranan wanita dalam pengambilan keputusan, antara lain:

1. Proses Sosialisasi
2. Pendidikan
3. Latar belakang perkawinan
4. Kedudukan dalam masyarakat
5. Pengaruh luar lainnya

Atas adanya dasar mengenai alokasi kekuasaan yang ada dalam keluarga itu, Levy, Blood & Wolfe, Roger, White kemudian mengembangkan variasi pola dalam pengambilan keputusan dalam keluarga (oleh suami dan istri), antara lain :

1. Pengambilan keputusan oleh suami saja.
2. Pengambilan keputusan oleh suami istri dimana dominasi istri lebih besar.
3. Pengambilan keputusan oleh suami istri dimana tidak ada dominasi dari kedua belah pihak (memiliki bargaining position yang setara).
4. Pengambilan keputusan oleh suami istri dimana dominasi suami lebih besar.
5. Pengambilan keputusan oleh istri saja.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Pudjiwati Sajogyo di dua desa di kota Sumedang dan Sukabumi, ditemukan pada pengaturan jumlah anak walaupun dikatakan sebagai keputusan bersama dengan presentase sebesar 67% namun menunjukkan pengaruh suami lebih besar daripada istri sehingga tampak bahwa suami masih berperan dalam pengambil keputusan. Hal ini disebabkan peranan suami



dalam keluarga sebagai pencari nafkah yang menentukan kehidupan rumah tangganya. Sedangkan istri hanya berperan untuk melakukan pekerjaan rumah tangga serta merawat dan mengurus anak saja.

Sedangkan dari berbagai penelitian yang dilakukan oleh Pudjiwati (1983) dan White (1973) dapat disimpulkan bahwa variabel yang mempengaruhi posisi wanita dalam pengambilan keputusan adalah:

- a. Pendapatan
- b. Kekayaan
- c. Pendidikan
- d. Jabatan (baik formal dan Non-formal)

Wewenang keluarga (Family Authority) pada umumnya diatur atau ditentukan oleh kebudayaan di dalam masyarakatnya, seperti misalnya kepala keluarga adalah sang suami dan biasanya kekuasaan suami atau istri dalam keluarga untuk membuat keputusan sangat erat hubungannya dengan wewenang keluarga atau kebudayaan (Sajogyo, 1983 : 41)

Djojodigono juga menjelaskan bahwa dalam adat jawa sebenarnya kedudukan antara suami dan istri dalam distribusi dan alokasi kekuasaan adalah sederajat atau sama, seperti contohnya dalam persoalan harta dan mengurus anak, suami istri mempunyai kekuasaan yang sama dan mengurusnya bersama atas dasar sepakat.

Alokasi kekuasaan pada pria dan wanita di dalam keluarga pada dasarnya berhubungan erat dengan sumberdaya manusia yang paling banyak disumbangkan



oleh masing – masing pihak sebagai suami dan istri dalam perkawinan. Adanya pergaulan di luar rumah tangga pada umumnya juga menambah pengalaman anggota itu dalam keluarganya bahkan tidak jarang pula akan memperbesar potensi dalam mengambil keputusan dalam berbagai bidang kehidupan dalam keluarga.

Pada masyarakat Jawa yang kebanyakan menganut budaya patriarki, laki – laki memiliki dominasi atas wanita tampak dalam banyaknya pengambilan keputusan dalam bermacam hal yang berkaitan dalam kehidupan keluarga. Dalam masyarakat ini, dianggap wajar bahwa dalam kedudukan suami istri, suamilah yang lebih banyak mengambil keputusan yang menyangkut keluarga tetapi pada kenyataannya terdapat berbagai variasi dari pola tersebut.

Selain itu, penelitian Geertz yang dilakukan di Mojokuto menemukan bahwa peranan wanita lebih besar dalam proses pengambilan keputusan. Wanita, dalam hal ini adalah istri berhak mengendalikan semua keuangan keluarga walaupun secara formal suamilah yang memutuskan setelah mendengar pertimbangan dari istri. Dari penelitian ini dijelaskan bahwa keluarga yang benar – benar didominasi suami sangat jarang ditemukan.

Dalam melihat permasalahan pengambilan keputusan dalam keluarga, Levy , (1971) menyarankan untuk memperhatikan tiga fungsi substruktur dalam keluarga yaitu:

1. Diferensiasi peranan dinyatakan bahwa posisi yang diduduki anggota keluarga itu sesungguhnya antara satu dengan yang lain adalah berbeda. Perbedaan posisi itu dapat terjadi karena adanya perbedaan umur, jenis



kelamin, perbedaan generasi, posisi ekonomi dan perbedaan dalam pembagian kekuasaan.

2. Alokasi ekonomi yang perlu memperhatikan siapa yang mencari nafkah untuk keperluan konsumsi keluarga seperti makanan, pakaian, perumahan, kesehatan, pendidikan dan lainnya.
3. Alokasi kekuasaan yang juga perlu memperhatikan siapa yang sebenarnya memegang kekuasaan untuk mengambil keputusan dalam keluarga. Ada dua pola umum yang mungkin terjadi, Pertama, tidak ada dominasi dari salah satu pihak dalam pengambilan keputusan. Kedua, ada dominasi dari salah satu pihak dalam pengambilan keputusan di dalam keluarga.

Menurut Soemijatin dan Djapri Basri (1987) siapa diantara suami dan istri yang dominan dalam pengambilan keputusan dipengaruhi oleh 5 faktor sebagai sumbangan pribadi, antara lain:

- a. Status
- b. Pendidikan
- c. Kewibawaan
- d. Latar belakang kekerabatan
- e. Kekayaan yang dimiliki.

Dengan bantuan skema atau tabel yang ada di bawah ini akan terlihat dengan jelas bahwa pada struktur kekuasaan tunggal dalam keluarga akan tampak adanya pengambilan keputusan yang berada pada salah satu pihak baik suami ataupun istri, kemudian masing – masing pola pengambilan keputusan itu masih bervariasi pada



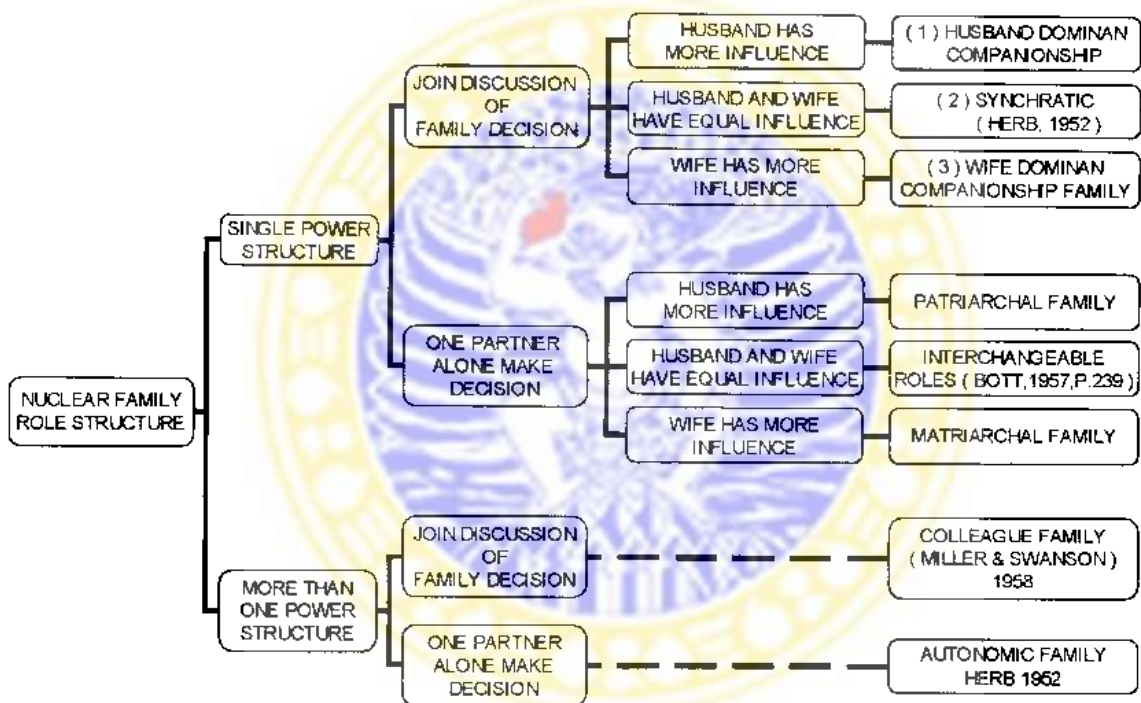
siapa yang lebih berpengaruh dalam pengambilan keputusan, suami atau istri, atau setara antara keduanya. Selanjutnya, variasi “balance of power” akan menggambarkan tipe struktur keluarga (Hariadi, 1988: 18).





## SOME TYPES OF NUCLEAR FAMILY STRUCTURE

Number Of Independent Hierarchies In Family	Participation By One Or Both	Balance Of Power	Type Of Family
---	------------------------------	------------------	----------------



Source: Zelditch, Morris JR, Handbook of Modern Sociology, Chicago: Rand McNally, 1964, 235

Pola Pengambilan Keputusan Aborsi Pada Pasutri Yang Mengalami Kegagalan Kontrasepsi



Menurut Van Vuuren, kekuasaan yang dinyatakan sebagai kemampuan untuk mengambil keputusan yang mempengaruhi kehidupan keluarga itu bisa tersebar dengan sama nilainya (equally) atau tidak sama nilainya antara suami dan istri. Ditengarai jika sang istri bekerja di luar rumah maka akan menunjuk pada pengaruh istri dalam keputusan keluarga. Bukti baru menunjukkan bahwa ada lebih banyak kekuasaan ke arah tingkat sosio – ekonomi yang lebih rendah daripada ke arah yang lebih tinggi

Morris Zelditch juga menarik kesimpulan terhadap penelitian yang dilakukan oleh Wolfe (1959), Blood & Wolfe (1960), Blood & Hamblin (1958), Nye (1960), Heer (1958), Gold & Slatter (1958) dalam kaitannya dengan faktor yang berpengaruh dalam pengambilan keputusan keluarga antara lain :

1. Semakin tinggi penghasilan suami maka akan semakin tinggi pula kekuasaannya di dalam keluarga.
2. Adanya penghasilan sampingan istri yang diberikan untuk keluarga akan meningkatkan kekuasaan istri di dalam keluarga.
3. Semakin tinggi tingkat pendidikan istri dibandingkan suami maka akan semakin tinggi pula kekuasaan yang dimiliki istri di dalam keluarga.

Berdasarkan penelitian mengenai pengambilan keputusan dalam keluarga yang banyak dilakukan pada studi terdahulu, ada 3 faktor yang diperkirakan dapat menumbangkan dominasi suami terhadap istri. Faktor tersebut adalah:

- a. Faktor Pendidikan
- b. Faktor Status ketenagakerjaan





c. Faktor Penghasilan

(Hariadi, 1988: 8)

### 1.5.2. Aborsi karena kegagalan alat kontrasepsi

Adanya tindakan aborsi yang akhir – akhir ini marak dilakukan oleh pasutri semakin memperkuat fakta bahwa adanya aborsi yang dilakukan saat ini mulai mendapat “pelegalan“ dari masyarakat.

Perlu diketahui lebih dahulu mengenai sebab – sebab wanita menikah malakukan aborsi secara sengaja, antara lain :

1. Pertimbangan Ekonomis.
2. Gangguan terhadap rencana tertentu.
3. Hambatan bagi karier pekerjaannya.
4. Keinginan untuk menikmati hidup berdua saja dengan suami.
5. Belum sanggup menjadi seorang ibu yang bertanggungjawab.
6. Tidak mau memperbanyak jumlah anaknya.
7. Karena kegagalan alat kontrasepsi.

(Kartono, 1992: 123)

Seperti yang dikemukakan oleh Dr.Kinsey dalam jurnal *Cahier Laennec* bahwa ditemukan data bahwa pelaku aborsi dari mereka yang merupakan pengguna kontrasepsi jauh lebih tinggi daripada mereka yang tidak menggunakan kontrasepsi. Hal yang senada juga diungkapkan oleh Jean Toulat dalam bukunya, *Contraception sans Violence* yang menemukan data yang akhirnya berkesimpulan bahwa



kontrasepsi bukanlah saran untuk menurunkan jumlah aborsi. (Kusmaryanto, 2002: 183-184).

Dalam cara pandang masyarakat, tidak diperhitungkan mengenai tingkat kegagalan pencegahan kehamilan melalui alat kontrasepsi yang persentasenya cukup tinggi, baik di kalangan ibu yang bersuami ataupun di kalangan remaja. Kegagalan itu bisa disebabkan berbagai faktor, misalnya lupa meminum pil, kondom yang bocor, tidak tepat mempergunakan alat kontrasepsi, kualitas yang buruk alat kontrasepsi dan yang lain. Jumlah mereka yang mengalami kegagalan ini bukan persentase yang sedikit dalam masyarakat kita.

Tindakan aborsi atau pengguguran janin dalam kandungan yang dilakukan secara sengaja nantinya menyumbang pada penurunan kelahiran dengan 2 cara, yaitu:

- a. Cara langsung yang digunakan untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan.
- b. Sebagai cara terakhir setelah mengalami kegagalan alat kontrasepsi.

(Singarimbun, 1996:8 – 9).

Dengan adanya alasan kegagalan alat kontrasepsi tersebut maka pasangan suami istri atau pasutri saat ini dapat lebih mudah untuk melakukan tindakan aborsi karena dalam kenyataannya masyarakat kita masih melakukan pengecualian tindakan aborsi terhadap alasan yang satu ini.

Syarat-syarat yang harus dipenuhi suatu metode kontrasepsi yang baik agar tidak terjadi unwanted pregnancy adalah:

- a. Aman atau tidak berbahaya



- b. Dapat diandalkan
- c. Sederhana, sedapat-dapatnya tidak usah dikerjakan oleh seorang dokter
- d. Murah
- e. Dapat diterima oleh orang banyak
- f. Pemakaian jangka lama (*continuation rate* tinggi)

Kita ketahui bahwa sampai saat ini belumlah tersedia satu metode kontrasepsi yang benar-benar 100% ideal atau sempurna. Pengalaman menunjukkan bahwa saat ini pilihan metode kontrasepsi umumnya masih dalam bentuk *cafeteria* atau *supermarket* dimana akseptor memilih sendiri metode kontrasepsi yang diinginkannya. (Hartanto, 2004: 36)

Mengenai efektifitas penggunaan alat kontrasepsi atau metode kontrasepsi lebih didasarkan pada data tentang alat atau metode kontrasepsi apa saja yang pernah atau sedang digunakan. Jadi, adanya kegagalan pada tahap ini termasuk kategori yang terdapat di atas. Efektifitas teoritis dari suatu metode atau alat hanya berdasarkan kondisi metode yang sangat baik sehingga jika terjadi kehamilan maka ini dikategorikan pada kegagalan metode. (Lucas, 1990:62)

### **1.5.3. Tindakan Pasca Aborsi**

Setelah melakukan tindakan aborsi, biasanya para wanita akan melakukan beberapa hal yang akan memulihkan kondisinya agar sehat kembali. Tindakan yang diambil sebagian besar berupa konseling kontrasepsi, baik itu secara psikologis ataupun secara medis.



Konseling kontrasepsi pasca aborsi bertujuan untuk membantu klien memilih salah satu alat kontrasepsi yang berguna bagi mereka. Pada intinya, konseling ini akan memberi informasi bagi klien tentang:

- a. Kemungkinan menjadi hamil sebelum datangnya menstruasi berikut.
- b. Adanya berbagai metode kontrasepsi yang aman dan efektif untuk mencegah atau menunda kehamilan.
- c. Di mana dan bagaimana mereka mendapatkan pelayanan dan alat kontrasepsi.

Konseling kontrasepsi sesudah aborsi merupakan syarat mutlak agar dapat mencegah kehamilan tidak diinginkan selanjutnya. Tujuan konseling sesudah aborsi adalah :

- a. Membantu pasien untuk memahami faktor-faktor yang berkaitan dengan terjadinya kehamilan yang tidak dikehendaki sehingga dapat menghindari terjadinya hal serupa di masa datang.
- b. Membantu pasien dan keluarganya untuk menentukan alat kontrasepsi.
- c. Membantu memilih salah satu metode yang sesuai dengan keinginan pasien, apabila mereka membutuhkannya.
- d. Membantu pasien untuk menggunakan alat kontrasepsi secara efektif.

(Hanifah, Laily, 2002)



## I.6. HIPOTESIS

Good dan States (1954) seperti yang dikutip oleh Nazir mendefinisikan bahwa hipotesis sebagai suatu tafsiran atau referensi yang dirumuskan serta diterima untuk sementara yang menerangkan fakta-fakta yang diamati atau kondisi – kondisi yang diamati dan digunakan sebagai petunjuk untuk langkah penelitian yang selanjutnya ( Nazir, 1988: 182 dalam Komalasari, 2003: 30).

Untuk memperjelas permasalahan yang ada, penulis akan menyertakan beberapa hipotesis yang berkaitan dengan pola pengambilan keputusan aborsi pada pasutri yang mengalami kegagalan kontrasepsi.

Wyatt (1967) mencatat bahwa salah satu variabel pada individu yang mempengaruhi keinginan seseorang untuk memiliki anak adalah usia. Sedangkan penelitian mengenai pengambilan keputusan dalam keluarga yang banyak dilakukan pada studi terdahulu, ada 3 faktor yang diperkirakan dapat menumbangkan dominasi suami terhadap istri. Faktor tersebut adalah:

- d. Faktor Pendidikan
- e. Faktor Status ketenagakerjaan
- f. Faktor Penghasilan

(Hariadi, 1988: 8)

Adanya kesimpulan yang terdapat di atas sangat relevan bagi penulis untuk merumuskan suatu hipotesis. Berikut ini adalah hipotesis yang telah dirumuskan:



1. Ho: Tidak ada hubungan yang signifikan antara usia responden dengan jumlah anak ideal,  
H1: Ada hubungan yang signifikan antara usia responden dengan jumlah anak ideal,
2. Ho: Tidak ada hubungan yang signifikan antara usia responden dengan metode kontrasepsi yang digunakan sebelum aborsi,  
H1: Ada hubungan yang signifikan antara usia responden dengan metode kontrasepsi yang digunakan sebelum aborsi,
3. Ho: Tidak ada hubungan yang signifikan antara usia responden dengan pengambilan keputusan dalam pengaturan jumlah anak,  
H1: Ada hubungan yang signifikan antara usia responden dengan pengambilan keputusan dalam pengaturan jumlah anak,
4. Ho: Tidak ada hubungan yang signifikan antara usia responden dengan pengambilan keputusan dalam pengaturan jarak kelahiran anak,  
H1: Ada hubungan yang signifikan antara usia responden dengan pengambilan keputusan dalam pengaturan jarak kelahiran anak,
5. Ho: Tidak ada hubungan yang signifikan antara usia responden dengan pengambilan keputusan dalam menentukan metode kontrasepsi,  
H1: Ada hubungan yang signifikan antara usia responden dengan pengambilan keputusan dalam menentukan metode kontrasepsi,
6. Ho: Tidak ada hubungan yang signifikan antara usia responden dengan pengambilan keputusan dalam menentukan tempat aborsi,



- H1: Ada hubungan yang signifikan antara usia responden dengan pengambilan keputusan dalam menentukan tempat aborsi,
7. Ho: Tidak ada hubungan yang signifikan antara usia responden dengan pengambilan keputusan dalam menentukan tindakan aborsi,
- H1: Ada hubungan yang signifikan antara usia responden dengan pengambilan keputusan dalam menentukan tindakan aborsi,
8. Ho: Tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan jumlah anak ideal,
- H1: Ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan jumlah anak ideal,
9. Ho: Tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan metode kontrasepsi yang digunakan sebelum aborsi,
- H1: Ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan metode kontrasepsi yang digunakan sebelum aborsi,
10. Ho: Tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan pengambilan keputusan dalam pengaturan jumlah anak,
- H1: Ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan pengambilan keputusan dalam pengaturan jumlah anak,
11. Ho: Tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan pengambilan keputusan dalam pengaturan jarak kelahiran anak,



H1: Ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan pengambilan keputusan dalam pengaturan jarak kelahiran anak,

12. Ho: Tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan metode kontrasepsi,

H1: Ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan metode kontrasepsi,

13. Ho: Tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan tempat aborsi,

H1: Ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan tempat aborsi,

14. Ho: Tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan tindakan aborsi,

H1: Ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan tindakan aborsi,

15. Ho: Tidak ada hubungan yang signifikan antara status ketenagakerjaan dengan jumlah anak ideal,

H1: Ada hubungan yang signifikan antara status ketenagakerjaan dengan jumlah anak ideal,

16. Ho: Tidak ada hubungan yang signifikan antara status ketenagakerjaan dengan metode kontrasepsi yang digunakan sebelum aborsi,





- H1: Ada hubungan yang signifikan antara status ketenagakerjaan dengan metode kontrasepsi yang digunakan sebelum aborsi,
17. Ho: Tidak ada hubungan yang signifikan antara status ketenagakerjaan dengan pengambilan keputusan dalam pengaturan jumlah anak,
- H1: Ada hubungan yang signifikan antara status ketenagakerjaan dengan pengambilan keputusan dalam pengaturan jumlah anak,
18. Ho: Tidak ada hubungan yang signifikan antara status ketenagakerjaan dengan pengambilan keputusan dalam pengaturan jarak kelahiran anak,
- H1: Ada hubungan yang signifikan antara status ketenagakerjaan dengan pengambilan keputusan dalam pengaturan jarak kelahiran anak
19. Ho: Tidak ada hubungan yang signifikan antara status ketenagakerjaan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan metode kontrasepsi,
- H1: Ada hubungan yang signifikan antara status ketenagakerjaan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan metode kontrasepsi,
20. Ho: Tidak ada hubungan yang signifikan antara status ketenagakerjaan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan tempat aborsi,
- H1: Ada hubungan yang signifikan antara status ketenagakerjaan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan tempat aborsi,



21. Ho: Tidak ada hubungan yang signifikan antara status ketenagakerjaan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan tindakan aborsi,

H1: Ada hubungan yang signifikan antara status ketenagakerjaan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan tindakan aborsi,

22. Ho: Tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat penghasilan dengan jumlah anak ideal,

H1: Ada hubungan yang signifikan antara tingkat penghasilan dengan jumlah anak ideal,

23. Ho: Tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat penghasilan dengan metode kontrasepsi yang digunakan sebelum aborsi,

H1: Ada hubungan yang signifikan antara tingkat penghasilan dengan metode kontrasepsi yang digunakan sebelum aborsi,

24. Ho: Tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat penghasilan dengan pengambilan keputusan dalam pengaturan jumlah anak,

H1: Ada hubungan yang signifikan antara tingkat penghasilan dengan pengambilan keputusan dalam pengaturan jumlah anak,

25. Ho: Tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat penghasilan dengan pengambilan keputusan dalam pengaturan jarak kelahiran anak,



- H1: Ada hubungan yang signifikan antara tingkat penghasilan dengan pengambilan keputusan dalam pengaturan jarak kelahiran anak
26. Ho: Tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat penghasilan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan metode kontrasepsi,
- H1: Ada hubungan yang signifikan antara tingkat penghasilan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan metode kontrasepsi,
27. Ho: Tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat penghasilan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan tempat aborsi,
- H1: Ada hubungan yang signifikan antara tingkat penghasilan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan tempat aborsi,
28. Ho: Tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat penghasilan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan tindakan aborsi,
- H1: Ada hubungan yang signifikan antara tingkat penghasilan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan tindakan aborsi.



## 1.7. METODOLOGI PENELITIAN

### 1.7.1. Definisi Operasional

Sebagai tolok ukur untuk melakukan penelitian maka sangatlah diperlukan operasionalisasi konsep yang akan dipakai untuk memudahkan pemahaman terhadap istilah tertentu yang kemudian nantinya akan diturunkan menjadi variabel dan indikator dalam penelitian.

Adapun konsep yang akan didefinisikan secara operasional adalah :

1. Pola

Adalah sesuatu yang sudah ada bentuknya sehingga selanjutnya mengikuti bentuk yang sudah ada.

2. Pengambilan keputusan

Adalah suatu aktivitas yang dilakukan untuk menentukan keputusan sebagai kata akhir dalam suatu bidang – bidang tertentu.

( Sajogyo, 1983: 222 – 223 ).

Adapun pengambilan keputusan sendiri dibagi menjadi :

- a. Pengambilan keputusan dalam bidang pengeluaran kebutuhan pokok yang meliputi perumahan, makanan, biaya pendidikan anak, biaya kesehatan dan pembelian alat – alat rumah tangga.
- b. Pengambilan keputusan dalam bidang pembentukan keluarga yang meliputi penentuan jumlah anak, pendidikan anak, pekerjaan anak dan jodoh anak.



- c. Pengambilan keputusan dalam bidang sosial kemasyarakatan yang meliputi keikutsertaan kegiatan lingkungan sekitar atau kampung dan melakukan hajatan atau selamatan.

### 3. Pola pengambilan keputusan

Levy, Blood & Wolfe, Roger, White mengembangkan variasi pola pengambilan keputusan dalam keluarga (oleh suami dan istri), antara lain:

- a. Pengambilan keputusan oleh suami saja.
- b. Pengambilan keputusan oleh suami istri dimana dominasi istri lebih besar.
- c. Pengambilan keputusan oleh suami istri dimana tidak ada dominasi dari kedua belah pihak (memiliki bargaining position yang setara).
- d. Pengambilan keputusan oleh suami istri dimana dominasi suami lebih besar.
- e. Pengambilan keputusan oleh istri saja.

### 4. Pasangan suami istri ( Pasutri )

Adalah adanya seorang laki laki sebagai suami dan perempuan sebagai istri yang diikat dalam perkawinan sebagai bentuk perikatan lahir batin, baik itu ikatan konsensual maupun ikatan seksual antara keduanya yang kemudian menimbulkan hak dan kewajiban diantaranya. (McDonald, 1990: 79)



## 5. Aborsi

Adalah penghentian kehamilan dengan cara melakukan pengeluaran hasil konsepsi (pertemuan sel telur dengan sel sperma) sebelum janin dapat hidup di luar kandungan atau rahim. Juga merupakan proses pengakhiran hidup dari janin sebelum diberi kesempatan untuk tumbuh dalam keadaan hidup di dalam rahim.

Aborsi dapat dikategorikan sebagai berikut :

- a. Aborsi alami atau spontan, yakni penghentian kehamilan yang terjadi secara alami, tanpa tindakan apapun. Biasanya disebabkan karena kualitas sel telur dan atau sel sperma yang kurang baik.
- b. Aborsi disengaja atau buatan, yakni tindakan penghentian kehamilan sebelum usia janin yang dikandung 28 minggu sebagai suatu akibat tindakan yang disengaja dan disadari oleh calon ibu maupun pelaku aborsi, yang dalam hal ini dokter, bidan ataupun dukun beranak.
- c. Aborsi terapeutis atau medis, yakni penghentian kehamilan buatan yang dilakukan atas indikasi medis yang matang dan tidak tergesa-gesa dengan pertimbangan keselamatan calon ibu dan janin yang dikandung.

Secara lebih spesifik, aborsi juga dapat dibagi menjadi :

- a. Abortus completus, yaitu keguguran lengkap atau pengeluaran seluruh hasil kehamilan dari rahim.



- b. Abortus criminalis, yaitu keguguran kriminal atau keguguran yang disengaja dengan kejahatan.
- c. Abortus habitualis, yaitu keguguran yang berturut – turut terjadi pada tiga kali kehamilan atau lebih.
- d. Abortus imminens, yaitu keguguran yang mengancam keselamatan baik ibu yang mengandung atau janin yang dikandung.
- e. Abortus incipiens, yaitu keguguran yang baru dimulai.
- f. Abortus incompletus, yaitu keguguran yang bersisa atau keguguran dengan hasil kehamilan yang tertinggal.
- g. Abortus proocatus, yaitu keguguran yang dilakukan secara sengaja.

(Ramali, Pamoentjak & Laksman, 1987: 1)

#### 6. Alat kontrasepsi

Adalah metode mekanik dan kimiawi yang meliputi cara – cara alami dan sterilisasi untuk mencegah terjadinya pertemuan antara sel telur dengan sel sperma yang dapat memungkinkan terjadinya kehamilan.

Jenis – jenis alat kontrasepsi, adalah :

- a. Kondom, dipakai oleh pria.
- b. Internal Urine Device ( IUD ), dipakai oleh wanita.
- c. Susuk atau implant, dipakai oleh wanita.
- d. Pil KB, dipakai oleh wanita.



- c. Suntik KB, dipakai oleh wanita.
- f. Diafragma, dipakai oleh wanita.
- g. Vasektomi, dipakai oleh pria.
- h. Tubektomi, dipakai oleh wanita.
- i. Senggama terputus, dipakai oleh pria.
- j. Pantang berkala, dipakai oleh pria ataupun wanita

#### 7. Kegagalan Alat Kontrasepsi

Pada dasarnya, kegagalan alat kontrasepsi dapat dikategorikan melalui dua hal, antara lain :

- a. Kegagalan metode, yakni kegagalan dalam arti terjadi kehamilan meskipun alat kontrasepsi atau metode kontrasepsi telah digunakan dengan benar dan sesuai prosedur.
- b. Kegagalan pemakai, yakni kegagalan dalam arti terjadi kehamilan yang terjadi karena kesalahan pemakai metode atau alat kontrasepsi tertentu.

(Lucas, 1990 :62)

#### 1.7.2. Lokasi Penelitian

Penelitian ini mengambil lokasi di Klinik “Mawar” dan “Melati” Kota Malang, dengan pertimbangan bahwa pada kedua klinik di Kota Malang ini merupakan klinik yang paling terkenal melakukan dan melayani praktek aborsi sehingga kedua klinik ini dirasa mampu menunjukkan angka yang signifikan mengenai tingkat aborsi yang dilakukan oleh pasangan suami istri. Selain itu, kedua





klinik yang terdapat di Kotamadya Malang tersebut menjadi rujukan bagi mereka yang ingin melakukan tindakan aborsi dengan berbagai penyebab sehingga diharapkan data yang didapat cukup akurat dan relevan.

Pertimbangan lain yang diambil adalah untuk menghemat efektivitas waktu, tenaga dan biaya yang diperlukan dalam melakukan penelitian, mengingat peneliti berasal dari Kota Malang.

### **1.6.3. Populasi dan teknik pengambilan sampel**

Dalam setiap penelitian, populasi yang akan dipilah erat sekali hubungannya dengan permasalahan yang akan diteliti. Dalam penelitian ini yang akan dijadikan populasi adalah seluruh pasangan suami istri (Pasutri) yang jelas berstatus menikah yang melakukan tindakan aborsi karena kegagalan alat kontrasepsi dan tinggal bersama dalam satu rumah.

Sampel akan ditarik menggunakan prosedur *systematic random sampling*. Teknik ini dipilih karena populasi pasangan suami istri yang akan diteliti berjumlah besar serta populasi pasangan suami istri disini sifatnya homogen, dalam artian antara pasangan suami istri satu dengan yang lainnya sifatnya sama yakni terikat dalam satu ikatan perkawinan (berstatus menikah) dan melakukan tindakan aborsi karena alasan yang sama yaitu karena kegagalan alat kontrasepsi.

Dengan menggunakan teknik ini maka pengambilan sampel dilakukan dengan mencatat secara lengkap data populasi sampel tanpa terkecuali yang meliputi identitas diri, usia kehamilan yang digugurkan dan tanggal ketika melakukan aborsi. Data tersebut diperoleh dari rekapitulasi kunjungan pasien yang terdapat di klinik “Mawar”



dan “Melati” di Kota Malang. Yang dicatat sebagai anggota populasi tentu saja hanya mereka yang memiliki identitas yang lengkap, baik suami maupun istri dan yang melakukan aborsi karena kegagalan alat kontrasepsi. Seluruh langkah ini dilakukan untuk menghasilkan kerangka sampel (Sampling frame) yang diperlukan untuk selanjutnya dijadikan masing – masing dalam satuan elementer.

Berdasarkan kerangka sampel yang diperoleh maka perlu diketahui cara menggunakan metode ini adalah dengan cara mengetahui jumlah seluruh populasi ( $N$ ) dan besar sampel yang akan diambil adalah  $n$  maka hasil bagi itu dinamakan interval sampling dan diberi kode  $k$ . Unsur pertama dalam sampel lalu dipilih secara kebetulan di antara satuan elementer yang bernomor urut  $i$ , satuan yang bernomor urut  $k$  dari populasi. Andaikan yang terpilih itu adalah satuan elementer yang bernomor urut  $s$  maka unsur – unsur selanjutnya dalam sampel dapat ditentukan dengan:

Unsur pertama :  $s$

Unsur kedua :  $s + k$

Unsur ketiga :  $s + 2k$

Unsur keempat :  $s + 3k$

Unsur kelima :  $s + 4k$

(Singarimbun, 1995: 160)

Satuan elementer yang terdapat dalam populasi berjumlah 604, yang diberi nomor urut 1 sampai 604 dan besar sampel yang akan diambil adalah 60, maka :

$k : \frac{604}{60} = 10,06$  dibulatkan menjadi 10



60

Unsur pertama sampel harus dipilih secara acak diantara angka nomor 1 sampai 10. yang terpilih adalah angka 5 maka satuan yang dipakai adalah yang bernomor 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75, 85.... dst sampai 595.

Untuk selanjutnya, kerangka sampel penelitian dapat dilihat melalui tabel yang ada di bawah ini :

No urut unsur	Nama setiap unsur pada populasi	Alamat
025 No.025	Ny. Weni P	Malang
085 No. 085	Ny. Rahayu	Pagak
145 No.145	Ny. Suliawati	Singosari
265 No. 265	Ny. Hendarwasih	Malang
395 No.395	Ny. Sofia M.	Malang
595 No.595	Ny. Rini Handayani	Lawang

Pengambilan responden cadangan apabila sewaktu-waktu diperlukan dapat dilakukan dengan mengambil nomor yang terpilih di atas atau di bawah nomor yang terpilih sebagai sampel.



#### **I.7.4. Metode dan Tipe Penelitian**

Penelitian ini akan dilakukan dengan menggunakan metode kuantitatif dimana peneliti akan lebih banyak menggunakan bantuan tabel dan bantuan angka di dalam menyajikan data serta mengolah dan menganalisisnya dengan menentukan variabel penelitian dan menurunkan menjadi indikator yang akan diukur dalam penelitian ini.

Tipe penelitian ini adalah Deskriptif dimana penelitian ini akan mencoba menggambarkan secara terperinci melalui variabel yang diukur dari pola pengambilan keputusan mengenai tindakan aborsi yang dilakukan oleh pasangan suami istri (pasutri) karena kegagalan alat kontrasepsi.

#### **I.7.5. Teknik Pengumpulan Data**

Teknik yang digunakan untuk mengumpulkan data yang nantinya akan dipakai untuk menemukan jawaban atas permasalahan yang diajukan adalah sebagai berikut :

- **Teknik Pengumpulan Data Primer**

Mengadakan wawancara langsung dengan menggunakan kuesioner berstruktur dimana peneliti menggunakan kuesioner sebagai acuan untuk memperoleh data mengenai pola pengambilan keputusan pada pasangan suami istri yang melakukan tindakan aborsi karena kegagalan alat kontrasepsi, yang terdiri dari pertanyaan-pertanyaan tertutup, semi tertutup, maupun pertanyaan-pertanyaan terbuka. Sedangkan kuesioner tidak berstruktur digunakan untuk menggali data yang sulit diperoleh melalui wawancara terstruktur yaitu dengan mengadakan wawancara mendalam (indepth interview). Dalam proses penggalan data ini peneliti melakukan wawancara



terhadap beberapa orang yang sebelumnya menjadi responden yang kemudian dipilih oleh peneliti.

Alasan yang mendasari dipilihnya teknik wawancara yang salah satu alat perekam data dalam penelitian ini antara lain:

- Teknik wawancara merupakan salah satu teknik yang baik untuk menilai keadaan pribadi. Tidak dibatasi oleh tingkatan umur dan tingkatan pendidikan obyek yang diteliti.
- Dengan unsur fleksibilitas/keluwesannya yang dikandungnya, teknik ini cocok sekali untuk digunakan sebagai alat verifikasi terhadap data yang diperoleh dengan jalan observasi kuesioner dsb.
- Dapat diselenggarakan sambil mengadakan observasi sehingga dapat menggunakan waktu yang efisien.

#### ▪ Teknik Pengumpulan Data Sekunder

Data sekunder berupa bahan-bahan tertulis yang bisa dikumpulkan, adapun bahan-bahan tertulis ini bisa berupa penelitian sebelumnya, buku, juga dengan mencari dokumen-dokumen dari berbagai sumber, baik dari koran, majalah, internet dsb. Data ini dipakai untuk melengkapi temuan dan untuk memperoleh orientasi yang lebih luas mengenai topik yang diteliti.

### I.7.6. Teknik Analisis Data

Dalam Penelitian ini, seluruh pengolahan data yang dimulai dari “data inputting”, “data processing” dan analisis akan dilakukan menggunakan bantuan tabel, baik itu tabel frekuensi maupun tabel silang dengan bantuan program SPSS



dengan bantuan uji statistik Chi- Square. Dengan cara tersebut diharapkan peneliti mampu menghasilkan gambaran dan kesimpulan yang akurat berdasarkan temuan-temuan di lapangan.





## Bab II

### Deskripsi Lokasi

#### II.1. Asal mula Kota Malang

Asal mula Kota Malang bermula pada masa Ken Arok lebih kurang 8 abad yang lampau merupakan nama tempat di sekitar candi bernama Malang. Letak candi itu masih menjadi tanda tanya dan memerlukan penelitian lebih lanjut. Daerah Malang dan sekitarnya termasuk Singosari merupakan pusat kegiatan politik dan budaya sejak tahun 760 sampai dengan tahun 1414 berdasarkan tulisan batu di Dinoyo. Kegiatan selama masa itu diikuti oleh kegiatan budaya tidak dapat di gambarkan sebagai perkembangan satu dinasti saja, melainkan merupakan rangkaian kegiatan politik dan budaya dari beberapa turunan.

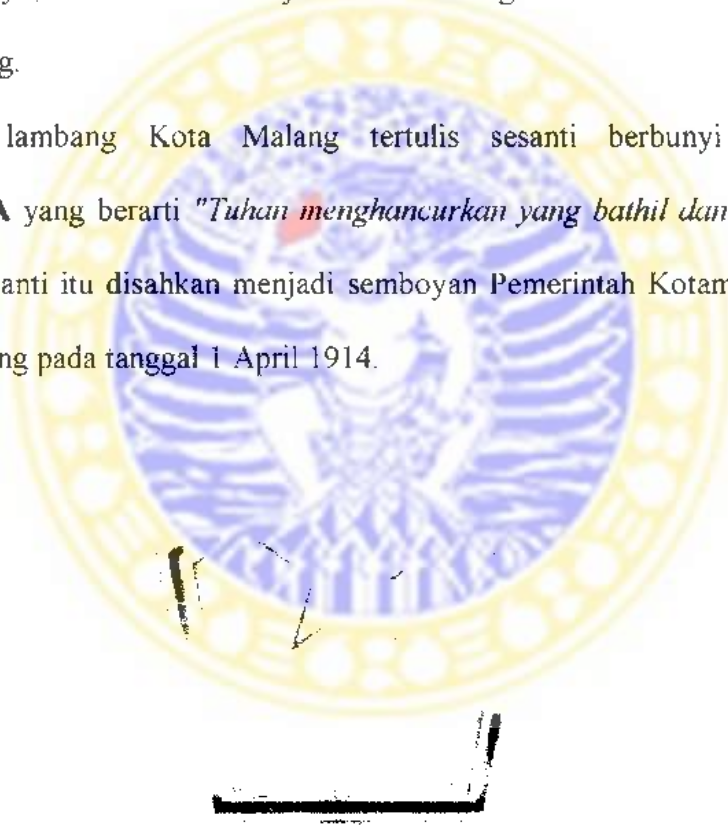
Lebih jauh diungkapkan dari beberapa keturunan itu, ada yang jelas terpisah dalam arti tidak ada hubungan antara satu keturunan dengan keturunan lainnya. Seperti keturunan Dewasimba, Gajayana di Dinoyo dengan keturunan Balitung Daksa, Tulodog dan Hawa, akhirnya Sindhok. Keturunan berlangsung kepada Dharmawangsa, Airlangga hingga yang terakhir yaitu Kertajaya (1215 – 1222).

Kemudian timbulnya dinasti Ken Arok merupakan estafet pertama dari raja-raja Majapahit sampai raja terakhir Bhre Tumapel (1447-1451). Pada waktu Ken Arok menampakkan kegiatannya, Tumapel hanya merupakan semacam kabupaten dari daerah Jenggala yang pada waktu itu praktis berada di bawah kekuasaan Kertajaya dari Kediri. Batara Malangkucewara, disebut di dalam piagam tahun 908



dekat Singosari. Piagam tahun 907 itu menerangkan bahwa orang-orang yang mendapat piagam itu adalah pemuja-pemuja batara dari Malangucecwara, Putecwara Kutusan, Cilebhedecwara dan Tulecwara. Penyebutan nama-nama seperti Batara dari Malangucecwara, putecwara dan sebagainya membuktikan bahwa nama-nama itu adalah nama raja-raja yang pernah memerintah dan pada saat di makamkan di dalam candi lalu disebut Batara. Dengan disebutkannya Piagam Dinoyo, sekarang adalah Kelurahan Dinoyo, maka masuk akal jika candi malangucecwara itu ada dekat Kota Malang sekarang.

Dalam lambang Kota Malang tertulis sesanti berbunyi **MALANG KUCECWARA** yang berarti "*Tuhan menghancurkan yang bathil dan menegakkan yang baik*". Sesanti itu disahkan menjadi semboyan Pemerintah Kotamadya Daerah Tingkat II Malang pada tanggal 1 April 1914.



### Lambang Kota Malang

Arti Warna :

- o **Merah Putih**, adalah lambang bendera nasional Indonesia





- o **Kuning**, berarti keluhuran dan kebesaran
- o **Hijau** adalah kesuburan
- o **Biru Muda** berarti Kesetiaan pada Tuhan, Negara dan bangsa

Segilima berbentuk perisai bermakna semangat perjuangan kepahlawanan, kondisi geografis, pegunungan, serta semangat membangun untuk mencapai masyarakat yang adil dan makmur berdasarkan Pancasila. Lambang Kotamadya Malang dikukuhkan dengan Perda No. 4/1970 oleh DPRGR.

## II.2. Sekilas Kota Malang



Kota Malang, adalah sebuah kota di Propinsi Jawa Timur. Kota ini berada di dataran tinggi yang cukup sejuk, terletak 90 km sebelah selatan Kota Surabaya, dan wilayahnya dikelilingi oleh Kabupaten Malang. Malang merupakan kota terbesar kedua di Jawa Timur, dan dikenal dengan julukan *kota pelajar*. Seperti halnya



kebanyakan kota-kota lain di Indonesia pada umumnya, Kota Malang tumbuh dan berkembang setelah hadirnya pemerintah kolonial Hindia Belanda. Fasilitas umum direncanakan sedemikian rupa agar memenuhi kebutuhan keluarga Belanda. Kesan diskriminatif masih berbekas hingga sekarang, Misalnya *Ijen Boulevard* dan kawasan sekitarnya. Yang pada mulanya hanya dinikmati oleh keluarga-keluarga Belanda dan Bangsa Eropa lainnya, sementara penduduk pribumi harus puas bertempat tinggal di pinggiran kota dengan fasilitas yang kurang memadai. Kawasan perumahan itu sekarang bagai monumen yang menyimpan misteri dan seringkali mengundang keluarga-keluarga Belanda yang pernah bermukim disana untuk bernostalgia.

Pada tahun 1879, di Kota Malang mulai beroperasi kereta api dan sejak itu Kota Malang berkembang dengan pesatnya. Berbagai kebutuhan masyarakat pun semakin meningkat terutama akan ruang gerak melakukan berbagai kegiatan. Akibatnya terjadilah perubahan tata guna tanah, daerah yang terbangun bermunculan tanpa terkendali. Perubahan fungsi lahan mengalami perubahan sangat pesat, seperti dari fungsi pertanian menjadi perumahan dan industri.

Sejalan perkembangan tersebut di atas, urbanisasi terus berlangsung dan kebutuhan masyarakat akan perumahan meningkat di luar kemampuan pemerintah, sementara tingkat ekonomi urbanis sangat terbatas, yang selanjutnya akan berakibat timbulnya perumahan-perumahan liar yang pada umumnya berkembang di sekitar daerah perdagangan, di sepanjang jalur hijau, sekitar sungai, rel kereta api dan lahan-lahan yang dianggap tidak bertuan. Selang beberapa lama kemudian daerah itu



menjadi perkampungan, dan degradasi kualitas lingkungan hidup mulai terjadi dengan segala dampak bawannya. Gejala-gejala itu cenderung terus meningkat, dan sulit dibayangkan apa yang terjadi seandainya masalah itu diabaikan.

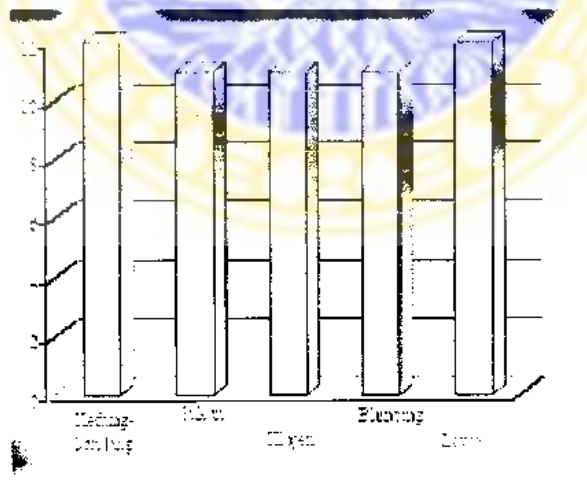
Secara administratif, Kota Malang terdiri atas 5 kecamatan, yaitu:

- Kedungkandang
- Sukun
- Klojen
- Blimbing
- Lowokwaru

Di bawah ini akan digambarkan melalui bantuan tabel mengenai pembagian administratif dari Kota Malang berdasarkan kecamatan yang ada.

Tabel II.1

Tabel Pembagian Kecamatan



Sumber: Kota Malang dalam angka 2005



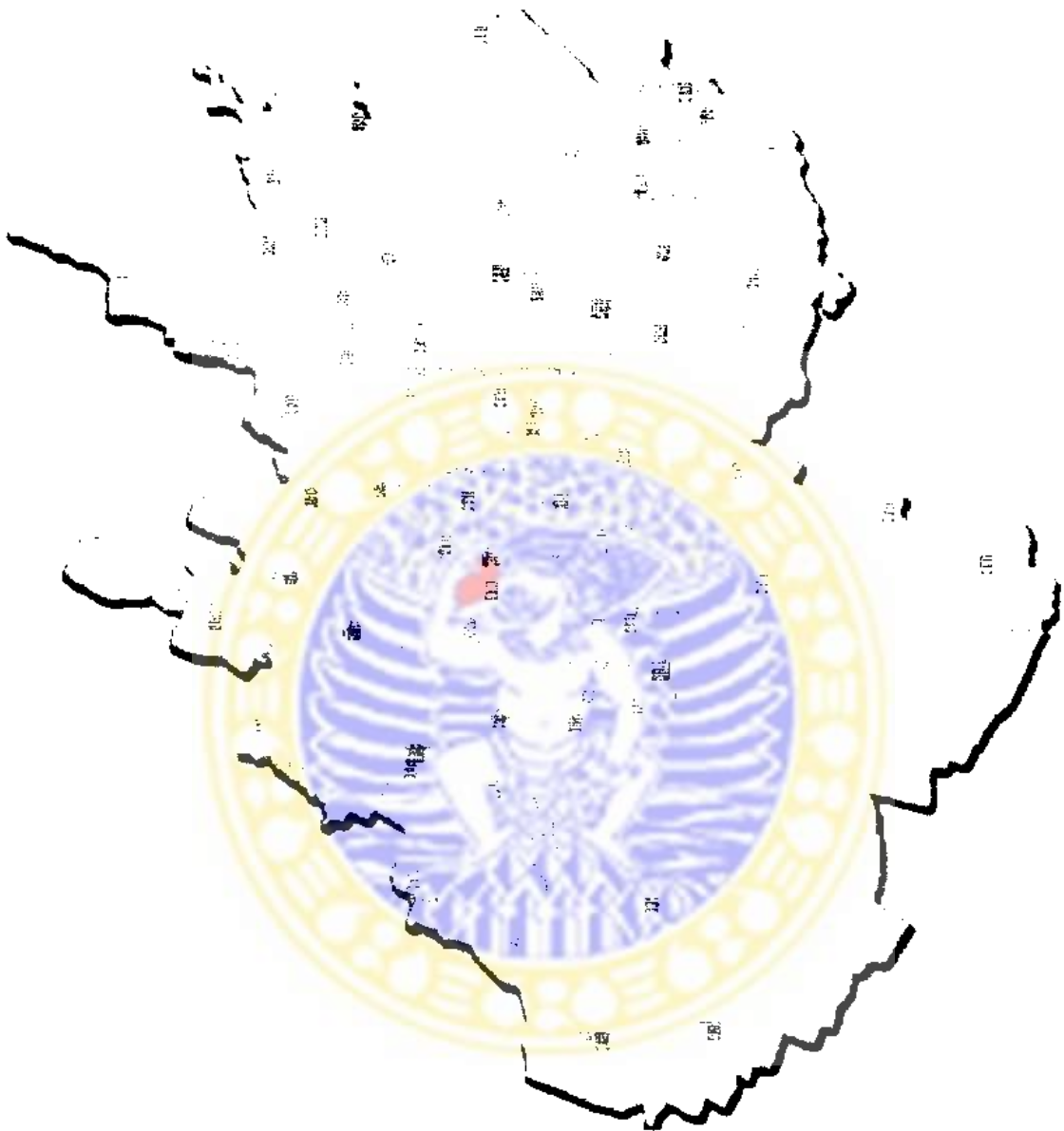
Tabel pembagian kecamatan di wilayah Kota Malang di atas digambarkan dengan tabel batang sesuai dengan luas dan besarnya. Secara lebih rinci, nantinya akan digambarkan di bawah mengenai besar dan luas kecamatan yang ada di Kota Malang. Tabel di atas hanyalah sebagai gambaran adanya kecamatan yang ada di Kota Malang.

Selanjutnya, untuk lebih mengetahui Kota Malang dan daerah-daerah yang terdapat di dalamnya, di bawah ini terdapat peta Kota Malang secara keseluruhan yang dibedakan warnanya menurut kecamatan. Daerah yang terdapat di dalam suatu kecamatan yang ada di dalam peta Kota Malang tersebut dipisahkan menurut kelurahan yang ada dalam kecamatan tersebut.





**Peta II.2**  
**Peta Kota Malang**

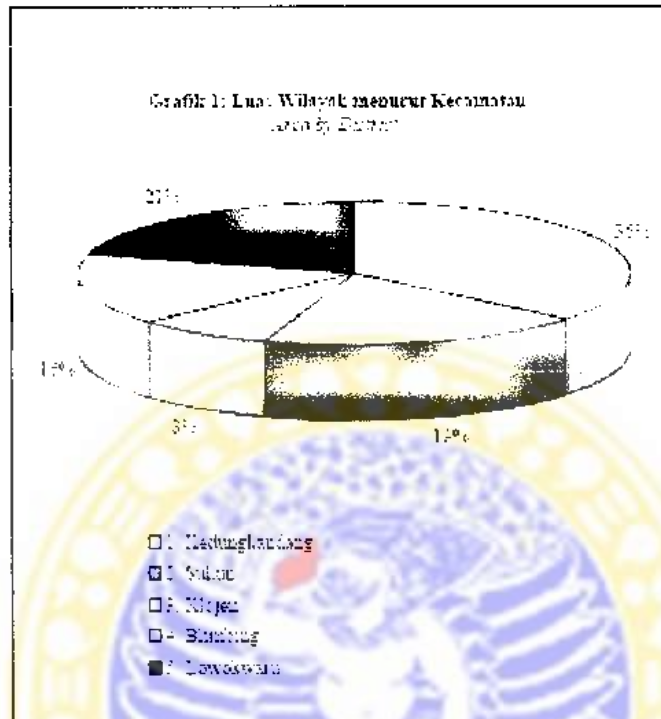


**Keterangan**

- : Kecamatan Klojen
- : Kecamatan Lowokwaru
- : Kecamatan Kedungkandang
- : Kecamatan Blimbing
- : Kecamatan Sukun
- : Sungai
- : Jalan Darat

Tabel II.2

## Tabel pembagian wilayah Kota Malang per kecamatan





Tabel II.3

Tabel Pembagian wilayah Per Kecamatan

Kecamatan	Luas Kecamatan (Km <sup>2</sup> )	Persentase pada luas kota (%)
<i>Kedungkandang</i>	39,89	36,24
<i>Sukun</i>	20,97	19,05
<i>Klojen</i>	8,83	8,02
<i>Blimbing</i>	17,77	16,15
<i>Lowokwaru</i>	22,60	20,53
<b>Total</b>	<b>110,06</b>	<b>100,00</b>

Sumber: Kota Malang dalam angka 2005

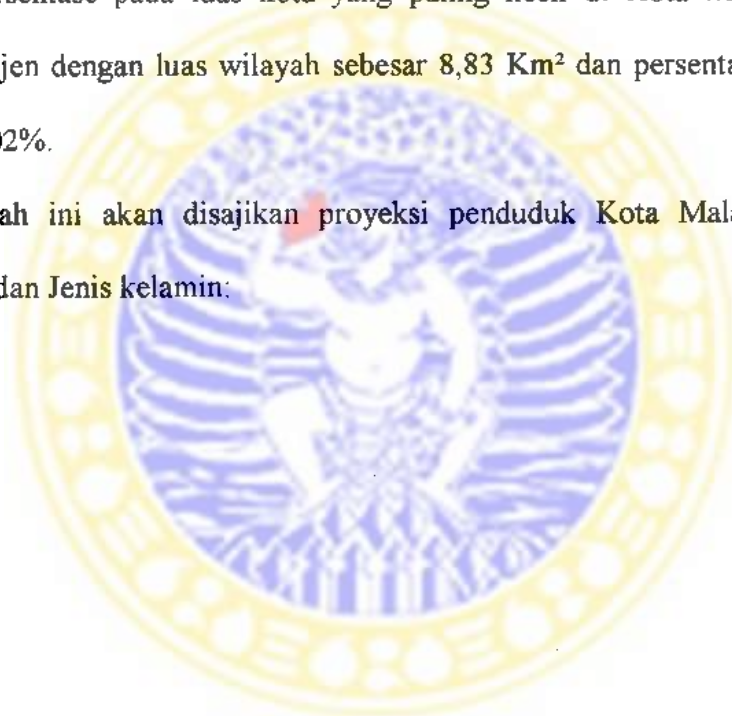
Tabel di atas menunjukkan pembagian kecamatan di Kota Malang secara lebih rinci dibandingkan tabel yang sebelumnya karena tabel yang ada di atas membagi kecamatan yang ada di Kota Malang berdasarkan luas yang ada per kecamatan dan juga besar kecamatan dibuat dalam prosentase dibandingkan dengan Kota Malang. Sehingga, kita dapat mendapat proyeksi atau gambaran yang lebih jelas mengenai besar setiap kecamatan yang ada di Kota Malang.

Berdasarkan tabel yang ada di atas, kecamatan yang mempunyai wilayah yang paling luas sekaligus mempunyai persentase yang paling dominan di Kota Malang adalah Kecamatan Kedungkandang dengan luas sebesar 39,89 Km<sup>2</sup> dan persentase pada luas Kota Malang sebesar 36,24%. Kecamatan yang terluas kedua setelah Kedungkandang adalah Kecamatan Lowokwaru dengan luas sebesar 22,60 Km<sup>2</sup> dan



persentase pada luas kota sebesar 20,53%. Setelah itu kecamatan yang memiliki wilayah yang luas adalah Kecamatan Sukun dengan luas wilayah sebesar 20,97 Km<sup>2</sup> dan persentase pada luas kota sebesar 19,05%. Setelah Kecamatan Sukun, kecamatan yang wilayah yang luas di Kota Malang adalah Kecamatan Blimbing dengan luas wilayah sebesar 17,77 Km<sup>2</sup> dan presentase pada luas kota sebesar 16,15%. Sedangkan kecamatan di Kota Malang yang memiliki wilayah yang paling sempit sekaligus mempunyai persentase pada luas kota yang paling kecil di Kota Malang adalah Kecamatan Klojen dengan luas wilayah sebesar 8,83 Km<sup>2</sup> dan persentase pada luas kota sebesar 8,02%.

Di bawah ini akan disajikan proyeksi penduduk Kota Malang menurut kelompok usia dan Jenis kelamin:







Tabel II.4

## Tabel proyeksi penduduk Kota Malang berdasarkan usia

Kelompok Usia	Laki-laki	Perempuan	Total
00 – 04	30.659	29.303	59.962
05 – 09	30.076	28.686	58.763
10 – 14	30.896	30.841	61.736
15 – 19	44.285	47.124	91.409
20 – 24	62.803	57.645	120.448
25 – 29	40.257	37.088	77.345
30 – 34	32.471	33.256	65.727
35 – 39	28.401	29.785	58.186
40 – 44	25.424	25.555	50.979
45 – 49	20.523	19.511	40.033
50 – 54	14.541	15.153	29.694
55 – 59	12.160	12.830	24.990
60 – 64	9.640	11.680	21.320
65 – 69	6.291	8.909	15.200
70 – 74	5.286	6.473	11.759
75 +	4.116	6.437	10.553
<b>Kota Malang 2005</b>	<b>397.829</b>	<b>400.276</b>	<b>798.104</b>

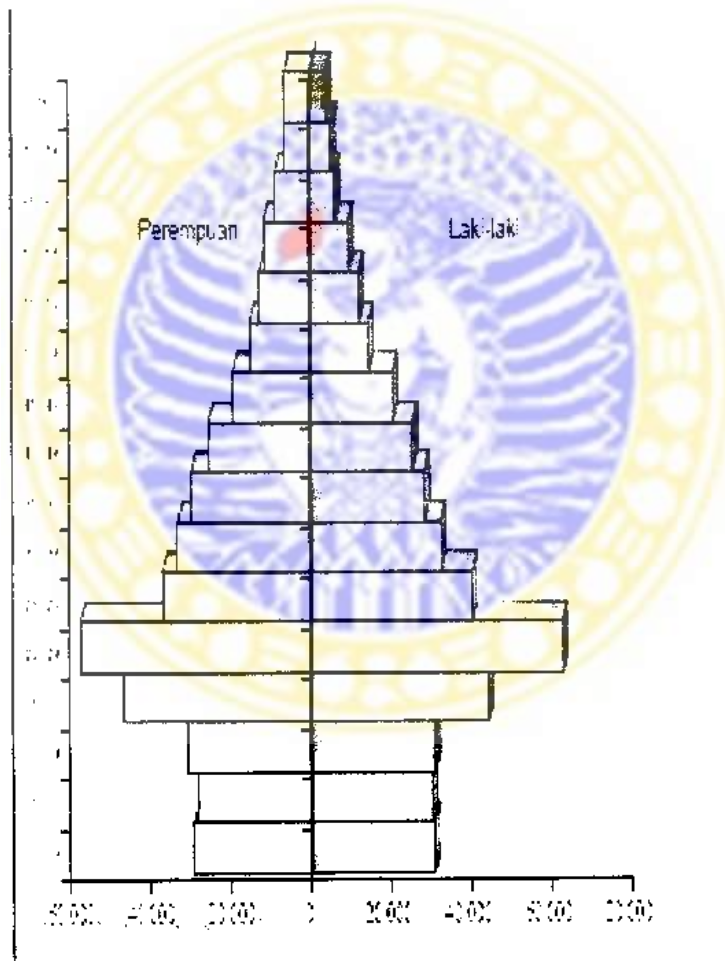
Sumber: Kota Malang dalam angka 2005

Jumlah penduduk Kota Malang secara keseluruhan sebanyak 798.104 jiwa, dengan tingkat pertumbuhan 3,9% per tahun. Dengan bantuan tabel di atas, kita dapat mengetahui secara jelas berapa jumlah penduduk yang ada di Kota Malang berdasarkan Jenis kelamin dan kelompok Usia yang telah dibagi secara merata.



Jumlah penduduk di Kota Malang yang berjenis kelamin Perempuan lebih banyak dibandingkan dengan jumlah penduduk yang berjenis kelamin Laki-laki. Hal ini terlihat dari tabel di atas yang menunjukkan jumlah penduduk Perempuan yang berjumlah 400.276 jiwa.

**Tabel II.5**  
**Piramida Penduduk**



Sumber: Kota Malang dalam angka 2005



Dengan bantuan tabel diatas yang juga merupakan piramida penduduk, kita dapat memproyeksikan jumlah penduduk yang ada di Kota Malang. Jumlah penduduk yang terbesar terdapat dalam rataan usia produktif yaitu usia 20-29 tahun, baik penduduk yang berjenis kelamin Laki-laki ataupun Perempuan. Dengan jumlah penduduk Perempuan sebesar 57.645 jiwa dan penduduk Laki-laki sebesar 62.803 pada rataan usia 20-24 tahun. Pada rataan usia 25-29 tahun, jumlah penduduk baik Laki-laki ataupun Perempuan memiliki urutan kedua dalam banyaknya jumlah penduduk yang ada di Kota Malang, dengan rincian 40.257 jiwa untuk penduduk yang berjenis kelamin Laki-laki dan 37.088 jiwa untuk penduduk yang berjenis kelamin perempuan.

Sedangkan untuk jumlah penduduk yang memiliki angka yang paling kecil terdapat dalam kategori usia 75+ tahun, baik untuk jenis kelamin Laki-laki ataupun Perempuan. Jumlah penduduk yang berusia 75+ tahun perempuan sebesar 6.437 jiwa dan 4.116 jiwa untuk yang Laki-laki. Dengan adanya piramida penduduk di atas yang berbentuk nisan, kita juga dapat mengetahui secara sekilas bahwa proyeksi jumlah penduduk di Kota Malang pada sepanjang tahun 2005 berkumpul atau terpusat pada satu rataan atau kelompok umur, yang biasanya adalah umur produktif.

Sebagian besar suku yang menempati wilayah Kota Malang dan sekitarnya adalah suku Jawa, serta sejumlah suku-suku lain yang jumlahnya tidak sebanyak suku Jawa seperti Suku Madura, Arab, Tionghoa, Sunda, Banjar, Dayak dan lainnya.

Agama mayoritas adalah agama Islam, diikuti dengan agama Protestan, Katolik, Hindu, Buddha, dan Kong Hu Chu. Bangunan tempat ibadah banyak yang



telah berdiri semenjak jaman kolonial antara lain Masjid Jami (Masjid Agung), Gereja (Alun-alun, Kayutangan dan Ijen) serta Klenteng di Kota Lama. Kota Malang juga menjadi pusat pendidikan keagamaan dengan banyaknya Pesantren dan Seminari Alkitab yang sudah terkenal di seluruh Nusantara. Dengan bantuan tabel yang tersedia di bawah ini kita dapat melihat jumlah penduduk di Kota Malang menurut agama dan dibagi menurut kecamatan yang ada di Kota Malang.

**Tabel II.6****Tabel Jumlah Penduduk berdasarkan agama**

Kecamatan	Islam	Kristen	Katolik	Hindu	Budha
<b>Kedungkandang</b>	154.015	1.334	3.209	245	174
<b>Sukun</b>	185.238	22.330	11.470	7.119	1.750
<b>Klojen</b>	102.316	9.719	10.831	1.711	3.234
<b>Blimbing</b>	144.927	12.124	7.219	1.718	1.730
<b>Lowokwaru</b>	147.901	7.088	6.916	764	1.080
<b>Total</b>	<b>734.937</b>	<b>52.595</b>	<b>39.645</b>	<b>11.557</b>	<b>7.968</b>

*Sumber: Kota Malang dalam angka 2005*

Berdasarkan tabel yang ada di atas, dapat diketahui bahwa jumlah penduduk yang paling banyak di Kota Malang jika dibagi menurut agama yang dianut adalah penduduk yang beragama Islam. penduduk yang beragama Kristen Protestan adalah urutan kedua yang menyumbang jumlah penduduk terbesar yang ada di Kota Malang, kemudian diikuti oleh penduduk yang beragama Katolik, Hindu dan yang paling sedikit adalah penduduk yang memeluk agama Buddha.



Jumlah penduduk yang beragama Islam di Kota Malang berjumlah 734.937 jiwa dengan pemeluk terbesar yang berada di kecamatan Sukun, yakni berjumlah 185.238 jiwa dan yang paling sedikit pada Kecamatan Klojen sebesar 102.316 jiwa. Untuk agama Kristen Protestan, di Kota Malang secara keseluruhan berjumlah 52.595 jiwa. Penyumbang penduduk yang paling banyak beragama Kristen Protestan ini terdapat pada Kecamatan Sukun, yaitu sebesar 22.330 jiwa dan yang paling sedikit pada Kecamatan Kedungkandang dengan 1.334 jiwa pemeluk. Bagi agama Katolik, total keseluruhan di Kota Malang berjumlah 39.645 jiwa pemeluk. Penduduk yang paling banyak memeluk agama ini adalah pada Kecamatan Sukun dengan jumlah 11.470 jiwa dan yang paling sedikit pada kecamatan Kedungkandang dengan 3.209 jiwa pemeluk. Jumlah penduduk di Kota Malang yang memeluk agama Hindu secara keseluruhan berjumlah 11.557 jiwa. Pemeluk agama Hindu yang terbanyak berada pada Kecamatan Sukun sebesar 7.119 jiwa pemeluk dan yang paling sedikit memeluk agama Hindu berada pada Kecamatan Kedungkandang dengan jumlah 245 jiwa pemeluk. Sedangkan agama yang paling sedikit dianut berdasarkan jumlah penduduk yang ada di Kota Malang adalah agama Budha dengan jumlah total sebesar 7.968 jiwa pemeluk. Daerah yang penduduknya paling banyak memeluk agama Budha adalah Kecamatan Klojen dengan jumlah 3.234 jiwa pemeluk dan yang paling sedikit memeluk agama Budha di Kota Malang adalah pada Kecamatan Kedungkandang dengan jumlah total sebesar 174 jiwa pemeluk.

Sarana komunikasi yang ada di Kota Malang lazimnya menggunakan dialek Jawa Timuran selain Bahasa Indonesia yang merupakan bahasa sehari-hari



masyarakat Malang. Sedangkan kalangan minoritas seperti Suku Madura menuturkan komunikasi dengan menggunakan bahasa Madura. Kota Malang dikenal memiliki dialek khas Malang yang disebut Boso Walikan, yaitu cara pengucapan kata secara terbalik, misalnya Malang menjadi Ngalam. Gaya bahasa yang ada di Kota Malang terkenal egaliter dan blak-blakan. Hal ini menunjukkan sikap masyarakatnya yang tegas, lugas dan tidak mengenal basa-basi dalam segala hal.

Selain itu, Kota Malang juga dikenal sebagai Kota Pendidikan, karena memiliki sejumlah perguruan tinggi ternama. Perguruan tinggi negeri termasuk Universitas Brawijaya, Universitas Negeri Malang (d/h IKIP Malang), Universitas Islam Negeri Malang, selain itu juga terdapat cabang Sekolah Tinggi Administrasi Negara (STAN) dan beberapa perguruan tinggi swasta terkemuka diantaranya: Universitas Muhammadiyah Malang, Universitas Merdeka, Universitas Gajayana, Universitas Islam Malang (Unisma), Institut Teknologi Nasional dan sebagainya. Sebagai kota pendidikan, banyak mahasiswa berasal dari luar Kota Malang bahkan dari luar pulau Jawa yang kemudian menetap di Malang, terutama dari wilayah Indonesia Timur seperti Bali, Nusa Tenggara, Sulawesi, Kalimantan, Maluku, dan Papua.

Aneka ragam kekayaan etnis dan budaya yang dimiliki Kota Malang sangatlah berpengaruh terhadap kesenian tradisional yang ada. Salah satunya yang terkenal adalah Tari Topeng, namun kini semakin terkikis oleh kesenian modern. Gaya kesenian ini adalah wujud pertemuan gaya kesenian Jawa Tengahan (Solo, Yogyakarta), Jawa Timur-Selatan (Ponorogo, Tulungagung, Blitar) dan gaya kesenian



Blambangan (Pasuruan, Probolinggo, Situbondo, Banyuwangi). Etnik masyarakat Malang terkenal religius, dinamis, suka bekerja keras, lugas dan bangga dengan identitasnya sebagai Arek Malang (AREMA).

Kota Malang memiliki beberapa julukan, seperti:

- *Paris of East Java*, karena kondisi alamnya yang indah, iklimnya yang sejuk dan kotanya yg bersih, bagaikan kota "Paris"-nya Jawa Timur.
- *Kota Pesiar*, kondisi alam yang elok dan menawan, bersih, sejuk, tenang dan fasilitas wisata yang memadai merupakan ciri-ciri sebuah kota tempat berlibur.
- *Kota Peristirahatan*, suasana kota yang damai sangat sesuai untuk beristirahat, terutama bagi orang luar kota Malang, baik sebagai turis maupun dalam rangka mengunjungi keluarga.
- *Kota Pendidikan*, situasi kota yang tenang, penduduknya ramah, harga makanan yang relatif murah dan fasilitas pendidikan yang memadai sangat cocok untuk belajar/menempuh pendidikan. Sedikitnya ada lima universitas negeri yang berdiri di Malang: Universitas Brawijaya, Universitas Negeri Malang, Universitas Islam Negeri Malang, Politeknik Negeri Malang, Politeknik Negeri Kesehatan Malang dan puluhan atau mungkin ratusan PTS.
- *Kota Militer*, terpilih sebagai Kota Kesatrian. Di kota Malang ini didirikan tempat pelatihan militer, asrama dan mess perwira di sekitar lapangan



Rampal, dan pada jaman Jepang dibangun lapangan terbang "Sundeng" di kawasan Perumnas Sawojajar sekarang.

- *Kota Sejarah*, sebagai kota yang menyimpan misteri embrio tumbuhnya kerajaan-kerajaan besar seperti Singosari, Kediri, Mojopahit, Demak dan Mataram. Di Kota Malang juga terukir awal kemerdekaan Republik bahkan kota Malang tercatat masuk nominasi akan dijadikan Ibukota Negara Republik Indonesia.
- *Kota Bunga*, cita-cita yang merebak dihati setiap warga kota senantiasa menyemarakkan sudut kota dan tiap jengkal tanah warga dengan warna-warni bunga.

Sedangkan untuk fasilitas umum yang mencakup sarana kesehatan yang terdapat pada Kota Malang sangatlah bervariasi jadi tidak hanya sarana yang berwujud rumah sakit saja. Untuk lebih jelasnya dapat kita lihat melalui bantuan tabel yang terdapat di bawah ini:





**Tabel II.7**  
**Tabel Fasilitas Sarana Kesehatan**

<b>Sarana Kesehatan</b>	<b>Tahun 2004</b>	<b>Tahun 2005</b>
<b>Rumah Sakit Umum</b>	7	7
<b>Rumah Sakit Khusus Bedah</b>	1	1
<b>Rumah Sakit Bersalin dan anak</b>	2	3
<b>Rumah Sakit Bersalin</b>	2	5
<b>Rumah Bersalin</b>	17	15
<b>Puskesmas</b>	15	15
<b>Puskesmas Pembantu</b>	33	33
<b>Puskesmas keliling</b>	15	15
<b>BP di luar Rumah Sakit</b>	47	53
<b>BP gigi di luar Rumah Sakit</b>	19	19
<b>Klinik KB</b>	53	51
<b>Apotik</b>	110	125
<b>Rumah Obat</b>	11	4
<b>Laboratorium Medis</b>	15	16

*Sumber: Kota Malang dalam angka 2005*

Untuk sarana kesehatan yang terdapat di Kota Malang, sangatlah beragam seperti yang tertulis dalam tabel di atas. Jadi, masyarakat yang ada di Kota Malang tidak perlu pusing harus pergi kemana ketika kesehatannya mulai terganggu. Dalam tabel di atas juga dicatat mengenai perbandingan perkembangan sarana kesehatan yang ada di Kota Malang antara tahun 2004 dengan tahun 2005.



Sarana kesehatan yang paling banyak terdapat di Kota Malang baik tahun 2004 atau 2005 adalah apotik yang jumlahnya 110 buah pada tahun 2004 dan menjadi 125 pada tahun 2005. Sedangkan sarana kesehatan yang paling terbatas di Kota Malang adalah Rumah Sakit Khusus Bedah yang berjumlah sebuah saja, baik pada tahun 2004 ataupun pada tahun 2005.

Fasilitas sarana kesehatan yang terdapat di Kota Malang mengalami perkembangan sepanjang tahun 2005. Ada sarana kesehatan yang jumlahnya bertambah dibandingkan dengan tahun sebelumnya dan ada juga yang menurun. Sarana kesehatan yang jumlahnya meningkat pada tahun 2005 adalah Rumah Sakit Bersalin dan Anak yang jumlahnya menjadi 3 buah yang sebelumnya hanya berjumlah 2 buah. Kemudian Rumah Sakit Bersalin yang pada tahun 2004 berjumlah 2 buah menjadi 5 buah. Selain itu, Balai Pengobatan di Luar Rumah Sakit yang pada 2004 berjumlah 47 buah meningkat menjadi 53 buah. Disusul oleh adanya Apotik yang semula berjumlah 110 buah meningkat menjadi 125 buah. Yang terakhir adalah sarana kesehatan yang berupa Laboratorium Medis yang meningkat menjadi 16 buah pada tahun 2005 dari sebelumnya yang berjumlah 15 buah. Sedangkan fasilitas sarana kesehatan yang jumlahnya menurun pada tahun 2005 antara lain adalah Rumah Bersalin yang berjumlah 17 buah pada tahun 2004 menjadi 15 buah pada tahun 2005. Selain itu juga ada Klinik KB yang pada tahun 2004 berjumlah 53 buah, pada tahun 2005 menyusut menjadi 51 buah. Sarana kesehatan yang terakhir menyusut adalah Rumah obat yang semula berjumlah 11 buah pada tahun 2004 menjadi 4 buah pada tahun 2005. Selain dari penjelasan mengenai sarana kesehatan yang meningkat dan



menyusut pada tahun 2004 dan tahun 2005, sebagian besar jumlahnya masih tetap sama pada tahun 2004 dan 2005.

**Tabel II.8**

**Tabel Jumlah peserta KB Aktif menurut Jenis Alat Kontrasepsi**

Kecamatan	Spiral	MOP dan MOW	Susuk	Suntik	Pil	Kondom
Kedungkandang	3.470	2.270	555	9.770	4.075	209
Sukun	4.769	3.203	468	8.820	4.100	534
Klojen	3.248	1.687	101	4.020	1.370	491
Blimbing	5.004	2.151	314	6.978	3.068	427
Lowokwaru	4.615	1.967	166	7.100	1.989	512
<b>Total</b>	<b>21.106</b>	<b>11.278</b>	<b>1.604</b>	<b>36.688</b>	<b>14.603</b>	<b>2.173</b>

Sumber: Kota Malang dalam angka 2005

Tabel di atas memproyeksikan mengenai jumlah keseluruhan peserta KB Aktif yang ada di Kota Malang berdasarkan jenis Alat kontrasepsi yang digunakan. Jadi, kita dapat mengetahui jenis alat kontrasepsi apa saja yang digunakan di Kota Malang ini dan sekaligus mengetahui berapa banyak jumlah pemakai alat kontrasepsi pada tiap-tiap jenis tersebut. Sebenarnya, hal ini dapat dipakai untuk mengetahui trend yang ada dan berkembang atas kesadaran reproduksi masyarakat Kota Malang mengenai pentingnya penggunaan alat kontrasepsi.

Pada tahun 2005, penggunaan alat kontrasepsi yang paling banyak digunakan adalah jenis suntik KB dengan jumlah 36.688 pengguna. Daerah yang paling banyak



menggunakan suntik KB sebagai alat kontrasepsi adalah kecamatan Kedungkandang dengan jumlah 9.770 jiwa pengguna. Sedangkan daerah yang paling sedikit menggunakan suntik KB sebagai jenis alat kontrasepsi yang digunakan adalah pada Kecamatan Klojen dengan angka 4.020 jiwa pengguna. Jenis alat kontrasepsi kedua yang paling banyak digunakan di Kota Malang adalah jenis spiral atau IUD dengan akseptor yang berjumlah 21.106 jiwa. Daerah yang paling banyak menggunakan spiral atau IUD di Kota Malang adalah Kecamatan Blimbing dengan jumlah 5.004 jiwa dan yang paling sedikit menggunakan spiral atau IUD sebagai alternatif alat kontrasepsi adalah Kecamatan Klojen dengan jumlah 3.248 akseptor. Selanjutnya, jenis yang banyak digunakan untuk alat kontrasepsi adalah Pil KB dengan total keseluruhan 14.603 jiwa pengguna di Kota Malang. Adapun daerah yang paling banyak menggunakan Pil KB sebagai alat kontrasepsi adalah Kecamatan Sukun dengan jumlah 4.100 jiwa pengguna dan yang paling sedikit adalah pada wilayah Kecamatan Klojen dengan jumlah 1.370 jiwa pengguna. Jenis yang selanjutnya yang dipakai di Kota Malang adalah MOW dan MOP dengan total keseluruhan berjumlah 11.278 jiwa pengguna dengan wilayah penyumbang terbanyak dari Kecamatan Sukun dengan pemakai yang berjumlah 3.203 jiwa, sedangkan daerah penyumbang yang paling sedikit berada pada Kecamatan Klojen dengan total pemakai yang berjumlah 1.687 jiwa pengguna. Jenis alat kontrasepsi setelah MOW dan MOP yang digunakan oleh masyarakat Malang adalah jenis kondom dengan jumlah total keseluruhan di Kota Malang sebesar 2.173 jiwa pengguna dengan daerah penyumbang terbanyak pada Kecamatan Sukun dengan jumlah 534 jiwa pengguna dan daerah yang paling



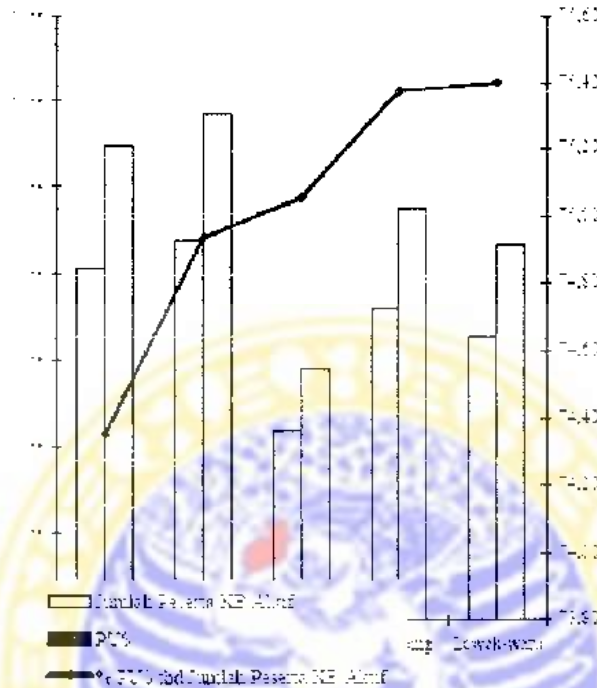
sedikit menggunakan kondom sebagai alat kontrasepsi adalah Kecamatan Kedungkandang dengan 209 jiwa pengguna. Jenis terakhir yang dipilih oleh masyarakat Kota Malang sebagai alat kontrasepsi adalah susuk KB atau implant dengan total keseluruhan sebesar 1.604 jiwa. Daerah yang paling banyak menggunakan kondom sebagai alat kontrasepsi adalah pada Kecamatan Kedungkandang dengan jumlah 555 jiwa pengguna dan daerah yang paling sedikit menggunakan kondom sebagai alat kontrasepsi adalah pada Kecamatan Klojen dengan jumlah 101 jiwa pengguna.

Sebagai peserta KB aktif, setiap akseptor bebas untuk memilih jenis alat kontrasepsi yang akan digunakan. Jadi tidak mengikat seseorang untuk menggunakan salah satu jenis. Adapun peserta KB aktif adalah mereka yang masuk dalam kategori Pasangan Usia Subur (PUS). Di bawah ini tersaji tabel batang yang menggambarkan Jumlah peserta KB aktif yang ada di Kota Malang, Pasangan Usia Subur (PUS) yang terdapat di Kota Malang dan persentase Pasangan Usia Subur (PUS) yang menjadi peserta KB aktif di Kota Malang.



Tabel II.9

Tabel Peserta KB Aktif dan jumlah PUS di Kota Malang



Sumber: Kota Malang dalam angka 2005

Selanjutnya, akan dibahas mengenai scope yang lebih kecil dari Kota Malang yakni, pada tingkat kecamatan tempat klinik berada. Secara kebetulan, letak kedua klinik yang akan diteliti berada pada kecamatan yang sama, yaitu Kecamatan Klojen, Kota Malang.

## II.4. Profil Kecamatan Klojen

Kecamatan Klojen merupakan salah satu kecamatan yang terdapat di Kota Malang yang mempunyai populasi penduduk yang cukup padat. Sebelum membahas lebih lanjut sebaiknya perlu diketahui terlebih dahulu mengenai gambaran umum Kecamatan Klojen berikut ini:

**» Batas Wilayah kecamatan Klojen:**

- Utara : Kecamatan Lowokwaru dan Kecamatan Blimbing
- Timur : Kecamatan Kedungkandang dan Blimbing
- Barat : Kecamatan Sukun dan Kecamatan lowokwaru
- Selatan : Kecamatan Sukun

**» Letak Geografis Kecamatan Klojen:**

- Luas Wilayah : 8,83 Km<sup>2</sup>
- Jumlah Penduduk : 118.778 Orang
- Potensi Kecamatan : Gerabah, Keramik , Pakaian Jadi , Krupuk, Jamu
- Letak Geografis : 112 36.14 - 112 40.42. Bujur Timur & 077 36.38. - 008.01.57. Lintang Selatan

**» Kelurahan yang terdapat dalam cakupan Kecamatan Klojen:**

- Kelurahan Klojen
- Kelurahan Bareng
- Kelurahan Gadingkasri
- Kelurahan Penanggungan
- Kelurahan Rampal Celaket
- Kelurahan Samaan
- Kelurahan Sukoharjo
- Kelurahan Kasin
- Kelurahan Kauman



- Kelurahan Kiduldalem
- Kelurahan Oro-oro Dowo

Kecamatan Klojen adalah kecamatan yang wilayahnya paling kecil dan mempunyai presentase yang paling kecil nilainya dari keseluruhan wilayah di Kota Malang, tetapi justru merupakan kecamatan yang jumlah penduduknya paling padat. Hal ini dikarenakan letak kecamatan yang berada di pusat Kota Malang sehingga memudahkan akses penduduk untuk melakukan mobilitas di dalamnya, terutama untuk lokasi industri yang memungkinkan adanya lapangan pekerjaan. Dengan adanya lapangan pekerjaan yang cukup beragam pada Kecamatan Klojen ini memungkinkan seseorang untuk bermukim di sekitar sektor industri yang tersedia.

Adapun Fasilitas mengenai sarana dan prasarana yang terdapat pada Kecamatan Klojen akan dibahas lebih lengkap selanjutnya dengan menggunakan bantuan tabel yang ada di bawah ini. Perlu diketahui bahwa sarana pendidikan yang terdapat di Kecamatan Klojen meliputi pendidikan dasar, yaitu TK hingga Perguruan Tinggi.



**» Sarana Pendidikan di Kecamatan Klojen****Tabel II.10****Tabel Jumlah Taman Kanak-kanak (TK)**

<b>Taman Kanak-kanak (TK)</b>	<b>Jumlah</b>
TK Negeri	13 Buah
Roudothul Athfal (RA)	15 Buah
TK Swasta	38 Buah
<b>Total</b>	<b>66 Buah</b>

*Sumber: Data Monografi Kecamatan Klojen 2006*

Tabel di atas menunjukkan Jumlah Taman kanak-kanak yang ada di Kecamatan Klojen secara keseluruhan berjumlah 66 buah. Taman kanak-kanak yang paling banyak adalah Taman kanak-kanak swasta atau yang dikelola secara kolektif (yayasan) yang berjumlah 38 buah. Setelah TK swasta, jumlah taman kanak-kanak yang jumlahnya banyak adalah Roudothul Athfal (RA) atau taman kanak-kanak Islam yang berjumlah 15 buah. Yang paling sedikit di Kecamatan Klojen adalah taman kanak-kanak negeri yang berjumlah 13 buah.

Di bawah ini untuk selanjutnya akan disajikan tabel sarana pendidikan yang berupa Sekolah Dasar (SD) yang terdapat di Kecamatan Klojen Kota Malang:



Tabel II.11

Tabel Jumlah Sekolah Dasar (SD)

Sekolah Dasar (SD)	Jumlah
SD Negeri	26 Buah
Madrasah Ibtidaiyah (MI)	6 Buah
SD Swasta	21 Buah
Sekolah Luar Biasa (SLB)	1 Buah
<b>Total</b>	<b>54 Buah</b>

Sumber: Data Monografi Kecamatan Klojen 2006

Dari tabel di atas kita dapat mengetahui bahwa untuk sarana pendidikan yang berupa Sekolah dasar yang terdapat di Kecamatan Klojen paling banyak adalah Sekolah dasar Negeri (SD Negeri) dengan jumlah 26 buah, kemudian Sekolah Dasar Swasta yang berjumlah 21 buah, diikuti dengan Madrasah Ibtidaiyah atau MI yang berjumlah 6 buah dan yang terakhir adalah Sekolah Luar Biasa (SLB) yang berjumlah sebuah. Untuk sarana Sekolah Dasar dan yang sederajat yang terdapat dalam wilayah Kecamatan Klojen secara keseluruhan berjumlah 54 buah.

Selanjutnya, akan tersaji tabel mengenai jumlah sarana pendidikan yang berupa Sekolah Menengah Pertama (SMP) yang terdapat dalam cakupan wilayah Kecamatan Klojen



Tabel II.12

**Tabel Jumlah Sekolah Menengah Pertama (SMP)**

<b>Sekolah Menengah Pertama (SMP)</b>	<b>Jumlah</b>
SMP Negeri	8 Buah
Madrasah Tsanawiyah Negeri (MTsN)	3 Buah
SMP Swasta	18 Buah
<b>Total</b>	<b>29 Buah</b>

*Sumber: Data Monografi Kecamatan Klojen 2006*

Dengan adanya tabel di atas, dapat kita ketahui mengenai jumlah Sekolah Menengah Pertama (SMP) yang terdapat di Kecamatan Klojen. Secara keseluruhan, jumlah Sekolah Menengah Pertama (SMP) yang ada berjumlah 29 buah dengan rincian Sekolah yang paling banyak adalah jenis Sekolah Menengah Pertama (SMP) Swasta yang berjumlah 18 buah, kemudian Sekolah Menengah Pertama (SMP) Negeri yang berjumlah 8 buah dan yang terakhir adalah jenis sekolah Madrasah Tsanawiyah Negeri (MTsN) yang berjumlah 3 buah.

Di bawah ini akan disajikan tabel mengenai jumlah Sekolah Menengah Atas dan sederajat yang terletak dalam cakupan wilayah Kecamatan Klojen:



Tabel II.13

Tabel Jumlah Sekolah Menengah Atas (SMA)

Sekolah Menengah Atas (SMA)	Jumlah
SMA Negeri	5 Buah
Madrasah Aliyah Negeri (MAN)	1 Buah
SMA Swasta	19 Buah
Sekolah Menengah Kejuruan (SMK)	13 Buah
<b>Total</b>	<b>38 Buah</b>

*Sumber: Data Monografi Kecamatan Klojen 2006*

Tabel di atas menunjukkan Jumlah Sekolah menengah Atas dan yang sederajat yang terdapat di wilayah Kecamatan Klojen secara keseluruhan berjumlah 38 buah. Jenis Sekolah Menengah Atas yang paling banyak terdapat pada kecamatan ini adalah Sekolah Menengah Atas (SMA) Swasta yang berjumlah 19 buah, selanjutnya Sekolah Menengah Kejuruan (SMK) adalah jenis sekolah yang terbanyak kedua dengan jumlah 13 buah. Setelah itu Sekolah Menengah Atas (SMA) Negeri yang berjumlah 5 buah yang terdapat di kecamatan Klojen dan yang terakhir adalah jenis sekolah Madrasah Aliyah Negeri (MAN) yang berjumlah sebuah.

Untuk sarana pendidikan yang terdapat pada Kecamatan klojen ini tidak hanya berupa sekolah saja tetapi juga ada Akademi dan juga Perguruan Tinggi yang dapat dilihat dalam tabel di bawah ini:



Tabel II.14

Tabel Jumlah Akademi atau Perguruan Tinggi

Perguruan Tinggi/ Akademi	Jumlah
Akademi Negeri	1 Buah
Akademi Swasta	11 Buah
Perguruan Tinggi Swasta	4 Buah
<b>Total</b>	<b>16 Buah</b>

Sumber: Data Monografi Kecamatan Klojen 2006

Dapat kita lihat melalui bantuan tabel di atas bahwa sarana pendidikan tinggi yang paling banyak terdapat pada Kecamatan Klojen adalah Akademi Swasta dengan jumlah 11 buah kemudian Perguruan Tinggi Swasta yang berjumlah 4 buah dan yang terakhir adalah Akademi Negeri yang berjumlah sebuah. Secara keseluruhan, jumlah sarana pendidikan tinggi yang terdapat pada Kecamatan Klojen adalah 16 buah.

Selain sarana pendidikan yang telah kita bahas di atas, di Kecamatan Klojen juga terdapat berbagai sarana peribadatan untuk berbagai macam pemeluk agama. Dengan bantuan tabel yang ada di bawah ini kita dapat melihat jumlah tempat ibadah yang terdapat di Kecamatan Klojen.

**» Sarana Peribadatan di Kecamatan Klojen****Tabel II.15****Tabel Jumlah Tempat Ibadah**

Tempat Ibadah	Jumlah
Masjid	72 buah
Musholla	116 buah
Gereja	36 buah
Pura	2 buah
Vihara	2 buah
Klentheng	1 buah
<b>Total</b>	<b>229 buah</b>

Sumber: Data Monografi Kecamatan Klojen 2006

Dengan bantuan tabel di atas, dapat kita lihat bahwa secara keseluruhan jumlah sarana peribadatan yang terdapat di Kecamatan Klojen berjumlah 229 buah. Sarana tempat ibadah yang paling banyak terdapat di Kecamatan Klojen adalah Musholla yang berjumlah 116 buah. Setelah itu, Masjid di Kecamatan Klojen yang berjumlah 72 buah. Sarana ibadah selanjutnya yang jumlahnya banyak adalah Gereja yang berjumlah 36 buah. Selanjutnya sarana ibadah Pura dan Vihara yang di Kecamatan klojen masing-masing berjumlah 2 buah. Yang terakhir adalah Klentheng yang jumlahnya hanya sebuah.

Yang akan dibahas selanjutnya dari Kecamatan Klojen adalah mengenai Sarana Pariwisata yang tercakup dalam wilayah ini. Dengan bantuan tabel yang ada di bawah ini akan memudahkan kita untuk lebih memahami sarana pariwisata.



## » Sarana Pariwisata di Kecamatan Klojen

Tabel II.16

Tabel Jumlah Sarana Pariwisata

Sarana Pariwisata	Jumlah
Pemandian	3 buah
Hutan Lindung	1 buah
Tempat Pertunjukan Kesenian	2 buah
Tempat Rekreasi lain	2 buah
Toko Cenderamata	34 buah
Taman	12 buah
Perkumpulan kebudayaan tertentu	11 buah
Perkumpulan anggota seniman	233 buah
Perkumpulan anggota kebudayaan	173 buah
<b>Total</b>	<b>471 buah</b>

Sumber: Data Monografi kecamatan Klojen 2006

Berdasarkan tabel yang tertera di atas, dapat kita ketahui bahwa jumlah sarana pariwisata secara keseluruhan yang terdapat di Kecamatan Klojen sebanyak 471 buah. Sarana pariwisata yang paling banyak adalah yang berjenis perkumpulan anggota seniman yang berjumlah 233 buah, kemudian perkumpulan anggota kebudayaan yang berjumlah 173 buah. Setelah itu, sarana yang jumlahnya juga banyak adalah yang berjenis toko cenderamata yang jumlahnya 34 buah. Lalu taman yang ada di Kecamatan Klojen juga turut menyumbang sebesar 12 buah. Adanya perkumpulan kebudayaan tertentu turut serta dalam andil pariwisata di Kecamatan Klojen yang jumlahnya 11 buah. Pemandian yang ada di Kecamatan Klojen yang



berjumlah 3 buah juga menyumbang dalam sarana pariwisata. Sarana yang lain seperti tempat pertunjukan kesenian dan tempat rekreasi lain yang ada di Kecamatan Klojen masing-masing berjumlah 2 buah. Terakhir adalah sarana yang berjenis Hutan Lindung yang berjumlah sebuah.

Yang akan dibahas selanjutnya adalah mengenai Sarana kesehatan yang terdapat di wilayah Kecamatan Klojen. Dengan bantuan tabel yang ada, kita dapat mengetahui secara lebih rinci jumlah sarana kesehatan yang terdapat di Kecamatan Klojen.

#### » Sarana Kesehatan di Kecamatan Klojen

**Tabel II.17**  
**Tabel Jumlah Sarana Kesehatan**

Sarana kesehatan	Jumlah
Rumah Sakit Umum	3 buah
Rumah Sakit Umum Pemerintah	2 buah
Rumah Sakit Umum Swasta	2 buah
Rumah Sakit Khusus	1 buah
Rumah Bersalin	5 buah
Klinik KB	27 buah
Balai Pengobatan	6 buah
Puskesmas	3 buah
Puskesmas pembantu	2 buah
Posyandu	77 buah
Apotek	62 buah
Panti Pijat	16 buah
<b>Total</b>	<b>206 buah</b>

Sumber: Data Monografi Kecamatan Klojen 2006





Sarana Kesehatan yang terdapat di wilayah Kecamatan Klojen secara keseluruhan berjumlah 206 buah. Sarana yang paling banyak terdapat dalam Kecamatan ini adalah Posyandu yang berjumlah 77 buah, Setelah itu sarana yang berupa Apotik yang berjumlah 62 buah. Klinik KB juga merupakan sarana yang terhitung banyak pada Kecamatan Klojen dengan jumlah 27 buah. Kemudian panti pijat yang berjumlah 16 buah. Sarana lain yang berupa Balai pengobatan hanya berjumlah 6 buah dan Rumah Bersalin berjumlah 5 buah. Untuk sarana kesehatan yang berupa Puskesmas dan Rumah Sakit Umum masing-masing berjumlah 3 buah. Sedangkan Puskesmas pembantu, Rumah Sakit Umum Swasta dan Rumah Sakit Umum Pemerintah masing-masing berjumlah 2 buah. Sarana kesehatan yang paling sedikit di wilayah Kecamatan Klojen ini adalah Rumah Sakit Khusus yang berjumlah sebuah.

Selain sarana kesehatan seperti yang tersebut di atas, masih ada fasilitas kesehatan yang belum tercakup dalam tabel di atas, yaitu adanya Praktek Dokter atau Tenaga Kesehatan Profesional seperti yang tertulis dalam tabel di bawah ini:



Tabel II.18

Tabel Jumlah Praktek Dokter

Praktek Dokter	Jumlah
Dokter Umum	79 Orang
Dokter Anak	27 Orang
Dokter Kandungan	13 Orang
Dokter Lainnya	37 Orang
Dokter Khitan	2 Orang
Bidan	12 Orang
<b>Total</b>	<b>170 Orang</b>

Sumber: Data Monografi Kecamatan Klojen 2006

Dengan adanya tabel di atas, kita dapat mengetahui jumlah total keseluruhan Praktek Dokter yang ada pada Kecamatan Klojen adalah 170 orang. Praktek dokter yang paling banyak adalah Dokter umum dengan jumlah 79 Orang. Disusul dengan Praktek dokter lainnya yang berjumlah 37 orang. Selanjutnya praktek dokter yang paling banyak terdapat di wilayah kecamatan Klojen adalah praktek Dokter Anak yang jumlahnya 27 orang. Dokter Kandungan yang terdapat pada Kecamatan Klojen ini berjumlah 13 Orang dan Bidan berjumlah 12 Orang. Yang paling kecil jumlahnya di wilayah ini adalah Dokter Khitan yang berjumlah 2 Orang.

Untuk selanjutnya, masih mengenai fasilitas kesehatan yang terdapat dalam Kecamatan Klojen namun bukanlah sarana kesehatan dan tenaga kesehatan, melainkan informasi mengenai kesehatan reproduksi melalui jumlah akseptor KB yang terdapat pada Kecamatan Klojen. Dengan bantuan tabel, jumlah akseptor KB dapat dilihat di bawah ini:



Tabel II.19

Tabel Jumlah Akseptor KB

Akseptor KB	Jumlah
Pil KB	1.208 Orang
IUD	2.872 Orang
Kondom	493 Orang
Suntik KB	3.729 Orang
MOP	11 Orang
MOW	1.495 Orang
KB Mandiri	7.228 Orang
Lainnya	55 Orang
<b>Total</b>	<b>9.984 Orang</b>

Sumber: Data Monografi Kecamatan Klojen 2006

Dengan adanya tabel di atas dapat kita ketahui bahwa secara keseluruhan jumlah akseptor KB yang ada di Kecamatan Klojen adalah 9.984 orang. Sedangkan akseptor yang terbanyak pada wilayah ini adalah akseptor KB Mandiri dengan jumlah sebesar 7.228 Orang. Akseptor yang terbanyak juga dimiliki oleh akseptor Suntik KB sebesar 3.729 Orang. Selanjutnya yang paling banyak di Kecamatan Klojen adalah akseptor IUD dengan pengguna sebanyak 2.872 Orang. Setelah IUD, Metode kontrasepsi yang banyak dipakai adalah MOW dengan jumlah 1.495 Orang. Pil KB juga dikonsumsi oleh akseptor di Kecamatan Klojen dengan jumlah 1.208 Orang. Akseptor KB yang menggunakan kondom tercatat sebanyak 493 di wilayah ini. Yang termasuk sedikit adalah akseptor KB lainnya yang berjumlah 55 Orang dan akseptor MOP yang berjumlah 11 Orang.



## » Kependudukan di Kecamatan Klojen

Selanjutnya, akan dibahas mengenai Kependudukan yang ada di wilayah Kecamatan Klojen dengan bantuan tabel yang ada di bawah ini

**Tabel II.20**

**Tabel Jumlah Penduduk berdasarkan Jenis Kelamin**

Penduduk Laki-laki	64.960 Orang
Penduduk Perempuan	65.822 Orang
<b>Jumlah Penduduk</b>	<b>130.782 Orang</b>

*Sumber: Data Monografi Kecamatan Klojen 2006*

Tabel di atas menunjukkan komposisi jumlah penduduk di Kecamatan Klojen yang dipisahkan berdasarkan jenis kelamin. Jumlah keseluruhan penduduk Kecamatan Klojen pada tahun 2006 adalah 130.782 Jiwa dengan rincian penduduk yang berjenis kelamin Laki-laki sebesar 64.960 Jiwa dan penduduk yang berjenis kelamin Perempuan sebesar 65.822 Jiwa.

Sedangkan jumlah penduduk yang dipisah berdasarkan kewarganegaraan dapat dilihat di bawah ini

**Tabel II.21**

**Tabel Jumlah Penduduk menurut Kewarganegaraan**

WNI Laki-laki	64.866 Orang
WNI Perempuan	65.706 Orang
WNA Laki-laki	97 Orang
WNA Perempuan	121 Orang
<b>Total</b>	<b>130.790</b>

*Sumber: Data Monografi Kecamatan Klojen 2006*



Dari tabel di atas, dapat kita ketahui secara keseluruhan jumlah penduduk baik WNI ataupun WNA yang terdapat di Kecamatan Klojen berjumlah 130.790 jiwa. Penduduk yang memiliki kewarganegaraan Indonesia yang berjenis kelamin Laki-laki berjumlah 64.866 jiwa dan yang berjenis kelamin Perempuan sebesar 65.706 jiwa. Sedangkan penduduk yang terdapat dalam Kecamatan Klojen yang berjenis kelamin Laki-laki dan memiliki kewarganegaraan asing berjumlah 97 Orang dan yang Perempuan yang memiliki kewarganegaraan asing berjumlah 121 Orang.

Adapun untuk mengetahui jumlah penduduk yang dibagi berdasarkan agama dapat dilihat di bawah ini dengan bantuan tabel yang ada

**Tabel II.22**

**Tabel Jumlah Penduduk menurut Agama**

Agama	Jumlah
Islam	100.951 Orang
Katolik	9.712 Orang
Kristen Protestan	10.503 Orang
Hindu	708 Orang
Budha	3.005 Orang
Aliran Kepercayaan	139 Orang
<b>Total</b>	<b>125.018 Orang</b>

*Sumber: Data Monografi Kecamatan Klojen 2006*

Dengan bantuan tabel yang ada di atas, dapat kita ketahui bahwa jumlah secara keseluruhan penduduk yang ada di Kecamatan Klojen sebesar 125.018 jiwa Orang. Penduduk yang paling banyak beragama Islam dengan jumlah 100.951 jiwa.



Kemudian, yang kedua adalah penduduk yang memeluk agama Kristen Protestan dengan jumlah pemeluk 10.503 jiwa. Selanjutnya adalah penduduk yang beragama Katolik disusul dengan penduduk yang beragama Budha yang berjumlah 3.005 jiwa pemeluk. Yang termasuk sedikit di Kecamatan Klojen adalah penduduk yang beragama Hindu dengan jumlah 708 Orang dan penganut Aliran Kepercayaan dengan jumlah 139 jiwa.

Sedangkan pembagian penduduk apabila dibagi menurut mata pencaharian yang dimiliki maka dapat dilihat di bawah ini yang juga dibantu dengan tabel.

**Tabel II.23****Tabel Jumlah Penduduk menurut Mata Pencaharian**

Mata Pencaharian	Jumlah
Petani	2 Orang
Nelayan	4.086 Orang
Pengusaha sedang/ besar	2.740 Orang
Industri kecil	2.527 Orang
Buruh Industri	1.380 Orang
Buruh Bangunan	1.474 Orang
Pedagang	6.528 Orang
Pengangkutan	5.577 Orang
Pegawai Negeri Sipil (PNS)	4.116 Orang
Anggota TNI	1.161 Orang
Pensiunan TNI	2.886 Orang
Peternak	42 Orang
<b>Total</b>	<b>32.519 Orang</b>

*Sumber: Data Monografi kecamatan Klojen 2006*



Berdasarkan keterangan yang dapat diperoleh dari tabel di atas, maka kita dapat mengetahui mengenai Jumlah penduduk yang ada di Kecamatan Klojen apabila dibagi menurut Mata pencaharian sehari-hari yang dimiliki. Secara total keseluruhan, penduduk di Kecamatan Klojen yang memiliki mata pencaharian berjumlah 32.519 jiwa. Penduduk yang berada di wilayah Kecamatan Klojen paling banyak memiliki pekerjaan sebagai Pedagang dengan jumlah 6.528 Orang. Selain Pedagang, mereka yang bergerak dalam bidang Pengangkutan juga tidak kalah banyak yang berjumlah 5.577 Orang. Penduduk yang bekerja sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS) di Kecamatan Klojen dengan jumlah 4.116 Orang. Nelayan adalah Mata Pencaharian penduduk di Kecamatan Klojen yang berjumlah 4.068 Orang. Selanjutnya adalah Pensiunan TNI yang berjumlah 2.886 Orang dan Pengusaha besar/sedang yang berjumlah 2.740 Orang. Mereka yang bermata pencaharian di bidang Industri sebanyak 2.527 Orang lalu yang bermata pencaharian sebagai Buruh Bangunan sebanyak 1.474 Orang. Selain Buruh Bangunan ada juga yang bekerja sebagai Buruh di bidang Industri dengan jumlah 1.380 Orang. Setelah Buruh di bidang Industri ada juga yang berprofesi sebagai Anggota TNI dengan jumlah 1.161 Orang. Penduduk yang berada pada wilayah Kecamatan Klojen ini yang terbilang Mata Pencahariannya paling sedikit adalah Peternak sebesar 42 Orang dan Petani sebanyak 2 Orang.

Di bawah ini akan diketahui Jumlah penduduk di Kecamatan Klojen yang akan dibagi menurut Pendidikan yang pernah ditempuh



Tabel II.24

Tabel Jumlah Penduduk menurut Pendidikan

Pendidikan	Jumlah
Belum Sekolah	5.923 Orang
Tidak tamat SD	4.793 Orang
Tamat SD/Sederajat	13.388 Orang
Tamat SLTP/Sederajat	13.881 Orang
Tamat SMU/Sederajat	22.779 Orang
Tamat Akademi/Sederajat	7.109 Orang
Tamat Perguruan Tinggi/Sederajat	25 Orang
<b>Total</b>	<b>67.898 Orang</b>

Sumber: Data Monografi Kecamatan Klojen 2006

penduduk di wilayah Kecamatan Klojen apabila dikategorikan menurut pendidikan yang pernah ditempuh berjumlah 67.898 Orang secara keseluruhan. Penduduk Klojen paling banyak menempuh pendidikan hingga jenjang SMU/ sederajat dengan jumlah 22.779 Orang. Kemudian tamat SLTP/ sederajat dengan jumlah 13.881 Orang dan tamat SD/ sederajat dengan jumlah 13.388 Orang. Setelah itu kategori yang termasuk banyak di wilayah Kecamatan Klojen adalah mereka yang belum sekolah dengan jumlah 5.923 Orang, disambung dengan penduduk yang tidak tamat SD dengan jumlah 4.793 Orang. Penduduk yang memiliki jumlah yang paling sedikit di Kecamatan Klojen adalah penduduk yang pendidikannya hingga tamat Perguruan tinggi/ sederajat dengan jumlah 25 Orang saja.





## » Sarana Transportasi di Kecamatan Klojen

Seperti yang telah dibahas sedemikian rupa mengenai sarana apa saja yang terdapat di Kecamatan Klojen, akan dibahas sarana yang terakhir yang ada di Kecamatan Klojen yakni Sarana Transportasi.

**Tabel II.25**

**Tabel Jumlah Sarana Transportasi di Kecamatan Klojen**

Sarana Transportasi	Jumlah
Sepeda	4.984 Buah
Gerobak/cikar	16 Buah
Becak	1.788 Buah
Kendaraan Bermotor roda 3	11 Buah
Sepeda Motor	11.145 Buah
Mikrolet	127 Buah
Taksi	14 Buah
Motor Dinas	45 Buah
Mobil Dinas	521 Buah
Truk	69 Buah
<b>Total</b>	<b>18.720 Buah</b>

Sumber: Data Monografi Kecamatan Klojen 2006

Dengan bantuan tabel di atas, kita dapat mengetahui mengenai Sarana Transportasi yang ada di wilayah Kecamatan Klojen. Secara keseluruhan, sarana transportasi yang ada berjumlah 18.720 Buah. Sarana yang paling banyak ditemui di Kecamatan Klojen ini adalah Sepeda Motor dengan jumlah 11.145 buah, setelah itu sepeda dengan jumlah 4.984 buah. Setelah sepeda, sarana transportasi yang dapat dijumpai oleh penduduk di wilayah ini adalah becak dengan jumlah 1.788



Buah. Selanjutnya Mobil dinas yang berjumlah 521 buah dan mikrolet yang berjumlah 127 BUah dapat kita jumpai di Kecamatan Klojen. Truk sebagai sarana transportasi di wilayah ini berjumlah 69 Buah diikuti dengan Motor dinas yang berjumlah 45 Buah. Sarana transportasi yang terbilang sedikit adalah Gerobak atau cekar yang berjumlah 16 buah, Taksi yang berjumlah 14 buah dan yang paling sedikit adalah Kendaraan Bermotor roda 3 yang dulu lazim disebut dengan Bemo yang hanya berjumlah 11 Buah.

## II.5. Profil Klinik “Mawar” di Kota Malang

Klinik “Mawar” adalah sebuah klinik aborsi yang cukup tersohor di pelosok Kota Malang dan di Kecamatan Klojen, khususnya. Klinik ini jika dilihat dari luar nampak biasa, tidak ada sesuatu yang menandakan bahwa bangunan kuno yang direnovasi ini adalah suatu fasilitas kesehatan yang melayani pasien yang hendak melakukan aborsi. Bangunan ini bercat putih bersih, tanpa ada plakat nama klinik yang resmi, yang ada hanyalah plakat nama seorang dokter umum. Jika kita masuk, akan disambut dengan bau-bauan khas obat yang menyengat. Yang membuat praktek dokter ini menjadi istimewa adalah adanya pasien yang utamanya wanita dari berbagai kalangan yang sangat beragam, parkir mobil dan sepeda motor yang panjang dengan plat nomor yang bermacam-macam, kursi di ruang tunggu yang berjejer banyak, serta banyaknya petugas berbaju putih yang banyak lalu lalang di dalamnya.



Lokasi klinik ini berada di jantung Kota. Sedangkan bila dilihat jauhnya, hanya berkisar sekitar 2 km dari pusat Kota Malang. Klinik ini tidak berada di pinggir jalan protokol tetapi berada di jalan yang agak masuk dari jalan protokol. Klinik “mawar” praktek setiap hari Senin – Sabtu, mulai pukul 14.00 – 02.00 wib dengan jam istirahat pukul 18.00 – 19.00 wib.

Klinik “mawar” yang berdiri sejak tahun 1986 ini mempunyai pegawai yang cukup banyak, terdiri dari suster dan petugas administrasi dan diberlakukan sistem shift bagi para pegawainya. Untuk dokter yang melakukan aborsi, tidak ada sistem shift, hanya ada jam istirahat. Klinik “Mawar” yang dipergunakan untuk praktek aborsi ternyata adalah tempat tinggal dokter tersebut.

Tarif yang dikenakan untuk melakukan aborsi di klinik “Mawar” adalah Rp 600.000 – Rp. 3.350.000. tentunya disertai dengan persyaratan yang harus dilengkapi oleh para pasien seperti kartu identitas (KTP), Kartu Keluarga dan Surat Nikah atau akte kelahiran anak.

Mengenai tenaga medis yang ada di Klinik “Mawar”, akan tertera dengan bantuan tabel berikut ini.



Tabel II.26

Tabel Tenaga Medis Klinik “Mawar”

Tenaga medis	Jumlah
Dokter	1 Orang
Suster	8 Orang
Tenaga administrasi	6 Orang
Tukang cuci	2 Orang
Tukang parkir	2 Orang
<b>Total</b>	<b>19 Orang</b>

Sumber: Data Primer, September 2006

Tenaga medis yang ada di Klinik “Mawar” dengan jelas telah dibahas di atas, mengenai pembagian kerja yang ada di Klinik “Mawar”, dokter jelas bertugas untuk membuang janin pasien dengan cara kuretase atau dilatasi. Suster yang berjumlah 8 orang terbagi menjadi 2 shift, sehingga setiap shiftnya 4 orang. Ketika klinik ini melayani pasien, 2 orang pasien berada di dalam ruangan untuk membantu dokter mengaborsi, seorang bertugas untuk mengecek kesehatan pasien sebelum atau sesudah aborsi, seperti menimbang badan, memeriksa tensi darah dan lainnya dan seorang lagi mempersiapkan obat-obatan yang akan dipakai oleh dokter atau yang harus diminum pasien setelah aborsi. Tenaga administrasi yang setiap shiftnya terbagi menjadi 3 orang, 2 orang diantaranya bertugas untuk menerima pasien dan mendaftarkan ulang pasien di arsip klinik melalui komputer. Sedangkan seorang lagi bertugas untuk memanggil pasien ketika giliran untuk aborsi tiba. Tukang cuci yang ada bertugas untuk mencuci dan mensterilkan peralatan-peralatan yang telah dipakai untuk aborsi



dan tukang parkir bertugas untuk menjaga kendaraan yang diparkir di klinik “Mawar”.

Perlu diketahui bahwa setelah aborsi, pasien tidak perlu membeli obat di apotek karena di klinik ini sudah dilengkapi dengan rumah obat. Jadi, obat langsung diberikan dari klinik ini setelah selesai aborsi.

## II.5. Profil Klinik “Melati” di Kota Malang

Serupa dengan Klinik “Mawar”, klinik ini juga membuka praktek aborsi bagi khalayak ramai. Klinik ini tidak kalah terkenal dengan klinik “Mawar” namun perbedaan antara keduanya cukup banyak. Klinik “Melati” ini jika dilihat sepintas memang seperti klinik kesehatan yang lain namun hanya melayani seputar kehamilan, persalinan dan pelayanan KB. Klinik ini memasang plakat nama yang cukup besar, dilengkapi dengan seorang dokter spesialis kandungan yang senior di Kota Malang. Bangunan klinik sangat modern bergaya mediteran dengan model memanjang, sebuah model khas bangunan fasilitas kesehatan seperti rumah sakit atau rumah bersalin, dilengkapi dengan kamar untuk rawat inap bagi pasien. Bangunan klinik ini lebih besar daripada bangunan milik klinik “Mawar”. Adanya bau yang menyengat juga terasa di klinik ini. Klinik ini juga dipenuhi beragam pasien dari berbagai kalangan. Adanya antrian sudah terlihat semanjak pagi, ditambah dengan panjangnya parkiran yang memenuhi ruas kanan dan kiri jalan raya.

Klinik “Melati” ini berlokasi di daerah pemukiman elite peninggalan Belanda yang ada di Kota Malang. Letak yang berada di pinggir jalan raya membuat klinik ini



semakin terkenal di kalangan masyarakat, utamanya mereka yang sering melewati daerah itu. Klinik ini membuka praktek pada hari Senin hingga Sabtu mulai pukul 06.00 – 13.00 wib dan praktek kembali mulai pukul 16.00 – 01.00 wib. Karena pada klinik ini praktek mulai pagi, pasien yang ingin melakukan aborsi di pagi hari pun dapat dilayani.

Tariff yang ditawarkan untuk melakukan aborsi disini cukup mahal, berkisar antara Rp 900.000 – Rp 3.500.000 karena di Klinik ini ditangani oleh dokter spesialis kandungan yang senior. Selain itu pelayanan pasien yang ada di klinik ini bersifat lebih personal dibandingkan dengan klinik “Mawar” karena memberikan pelayanan konseling sebelum aborsi atau sesudah aborsi.

Klinik “Melati” ini praktek sejak tahun 1998 juga mempunyai pegawai yang tak kalah banyaknya dengan klinik kesehatan yang lain, yang terdiri dari seorang dokter spesialis kandungan, dokter umum, suster, pegawai administrasi, tukang cuci dan tukang parker. Di klinik ini tidak diberlakukan sistem shift karena buka pagi lalu tutup dan buka kembali sore hingga tengah malam. Sistem kerja bagi para pegawai kecuali dokter adalah 3 hari kerja.

Mengenai tenaga medis yang ada di Klinik “Melati”, akan dijelaskan dengan bantuan tabel berikut ini



Tabel II.27

Tabel Tenaga Medis Klinik "Melati"

Tenaga medis	Jumlah
Dokter spesialis	1 Orang
Dokter Umum	2 Orang
Suster	10 Orang
Tenaga administrasi	4 Orang
Cleaning service	2 Orang
Tukang cuci	2 Orang
Tukang parkir	2 Orang
<b>Total</b>	<b>23 Orang</b>

Sumber: Data Primer, September 2006

Adapun pembagian kerja di klinik ini yaitu dokter spesialis dibantu seorang dokter umum melakukan tindakan aborsi di ruangan tertentu. Seorang dokter umum lainnya akan memberikan konseling kepada pasien yang akan diaborsi. Suster yang berjumlah 10 orang, 2 diantaranya akan membantu jalannya aborsi di dalam ruangan, seorang berada di ruang pemulihan setelah aborsi sebelum pasien tersebut dipulangkan, 2 orang berada di ruangan untuk memeriksa kondisi kesehatan pasien sebelum dan sesudah aborsi. Tenaga administrasi bertugas untuk menerima dan mendaftarkan ulang pasien dan seorang lagi bertugas mengecek kelengkapan persyaratan untuk aborsi sekaligus memanggil pasien yang tiba gilirannya untuk pemeriksaan kesehatan, konseling dan aborsi. Tukang cuci bertugas untuk mencuci dan mensterilkan peralatan-peralatan yang telah dipakai untuk aborsi dan tukang parkir bertugas untuk menjaga kendaraan yang diparkir.



Setelah diaborsi, pasien tidak membeli obat-obatan di klinik ini seperti halnya yang terjadi di klinik “Mawar” tetapi pasien dirujuk untuk membeli obat di rumah sakit dan apotek tertentu sesuai rujukan dari klinik.

