



## Bab III

### Interpretasi Dan Temuan Data

Sebelum membahas lebih jauh mengenai pola pengambilan keputusan pada pasutri terhadap tindakan aborsi karena kegagalan alat kontrasepsi, sebaiknya kita lihat lebih dahulu tentang temuan data yang telah diperoleh di lokasi penelitian. Dalam penelitian ini ditemukan beberapa fakta yang perlu disampaikan, yang selanjutnya akan terbagi dalam beberapa sub-bab yang ditampilkan dalam bentuk tabel beserta hasil interpretasinya.

Sub-bab yang selanjutnya ini, akan menyajikan uraian mengenai karakteristik demografis dan status sosial ekonomi responden. Karakteristik demografis menjelaskan mengenai data kependudukan dan identitas yang dimiliki oleh responden. Sedangkan karakteristik sosial akan menjelaskan mengenai hal-hal yang berkaitan dengan kondisi sosial yang dimiliki oleh para responden. Yang berupa kehidupan pribadi atau kondisi tertentu seorang individu maupun proses kehidupan yang menyangkut interaksi individu tersebut dengan orang lain. Juga diperkaya dengan karakteristik ekonomi yang pada dasarnya berkaitan dengan perolehan unsur-unsur ekonomi yang didapat oleh seseorang yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari. Karakteristik ekonomi dalam penelitian ini ditunjukkan oleh tingkat penghasilan yang dimiliki oleh responden dan besarnya tabungan yang dimiliki oleh responden.



### III.1 Karakteristik Demografis

Karakteristik demografis dalam penelitian ini menjelaskan mengenai, tempat tinggal beserta karakteristik responden secara khusus dan usia responden. Kedua hal tersebut dapat dilihat sebagai berikut.

#### III.1.1. Asal Domisili Responden

Perlu diketahui bahwa responden yang diambil dalam penelitian ini secara keseluruhan berjenis kelamin wanita dikarenakan secara umum yang pergi untuk mendatangi klinik dan yang melakukan aborsi adalah pihak wanita atau istri. Jadi, dirasa lebih fleksibel dan mewakili apa yang ingin diketahui oleh peneliti. Walaupun telah dikemukakan di atas bahwa yang menjadi responden adalah pasangan suami istri (pasutri) dengan ketentuan telah menikah dan memiliki anak minimal seorang.

Seluruh responden diambil dari kedua klinik yang diteliti, yakni klinik “Mawar” dan “Melati” di Kota Malang. Secara keseluruhan, responden berjumlah 60 Orang dengan proporsi yang sama atas kunjungan untuk melakukan aborsi karena kegagalan alat kontrasepsi di kedua klinik tersebut pada periode bulan Januari – September 2006.

**Tabel III.1**  
**Tabel Asal Domisili Pasien**

Asal Domisili Pasien	Jumlah
Kota Malang	24 Orang
Kabupaten Malang	18 Orang
Luar Kota & Kabupaten Malang	18 Orang
<b>Total</b>	<b>60 Orang</b>

*Sumber: Kuisisioner no.4*



Tabel di atas menunjukkan bahwa dari 60 responden yang diteliti, mayoritas berasal dari dalam kota Malang yaitu 24 responden sedangkan responden yang berasal dari kabupaten Malang dan dari luar kota Malang besarnya sama, yaitu 18 responden. Adapun responden yang berasal dari Kabupaten Malang kebanyakan berdomisili di Singosari, Lawang, Donomulyo, Pagak, Sumberpucung, Kepanjen dan Batu. Untuk responden yang berasal dari luar kota banyak yang berdomisili di Pasuruan, Tulungagung, Probolinggo, Jember, Kediri dan Surabaya.

### III.1.2. Usia Responden

Yang dimaksud dengan usia responden akan dihitung dari tahun responden dilahirkan sampai dengan saat wawancara dilakukan. Pentingnya mengetahui usia ini guna mengkategorikan usia responden ke dalam kelompok usia subur atau tidak.

Secara umum dapat dikemukakan bahwa responden adalah pasangan suami istri yaitu pasangan laki-laki dan wanita yang telah disahkan oleh hukum dan agama untuk menjadi suami istri. Usia responden dapat juga menunjukkan kecenderungan pada usia berapa responden terpusat dalam penelitian ini. Adapun frekuensi usia responden dapat dijelaskan dalam tabel berikut ini.



Tabel III.2

Tabel Usia Responden

Usia responden ( dalam tahun )	Jumlah	Jumlah ( % )
21 – 25	10	16,67%
26 – 30	25	41,67%
31 – 35	12	20%
36 – 40	8	13,33 %
41 – 45	5	8,33%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Sumber : Kuisioner no. 2

Dari tabel yang ada di atas, dapat kita ketahui bahwa proporsi usia responden yang melakukan tindakan aborsi sangatlah beragam. Dari 60 responden yang terdiri dari beberapa kategori usia, yang paling banyak melakukan aborsi adalah 26 – 30 tahun dan sepertinya kecenderungannya berkelompok pada usia tersebut dengan jumlah 25 responden atau 41,67%. Kelompok usia yang paling sedikit melakukan tindakan aborsi adalah kategori usia 41 – 45 tahun dengan jumlah 5 responden atau 8,33%.

Hal yang memungkinkan pengelompokan usia responden yang melakukan tindakan aborsi pada usia 26 – 30 tahun adalah karena pada usia tersebut kerja hormon masih sangat baik dan pada umumnya, produktivitas secara seksual baik laki-laki atau perempuan yang telah dewasa setelah menikah tertuju pada usia sekian (Kelompok Usia Subur). Karena tertabrak dengan kondisi adanya kegagalan pada alat kontrasepsi yang dipakai maka mereka melakukan tindakan aborsi. Sedangkan pada





kategori usia 41 – 45 tahun yang termasuk dalam responden yang paling sedikit melakukan tindakan aborsi dikarenakan oleh riskan akan keselamatan ibu ataupun janinnya. Seperti yang dikatakan oleh dr.I Wayan Indrawan,SpOG bahwa semakin tua usia ibu yang memiliki riwayat kehamilan maka akan semakin besar pula faktor riskan yang akan dihadapinya, apalagi jika akan melakukan pengguguran kandungan. Hal ini dikarenakan pada usia sekian, organ tubuh terutama otot rahim sudah berkurang kekencangannya, selain itu pada usia sekian biasanya kaum wanita akan memasuki masa menopause sehingga asupan kalsium dan zat besi dalam tubuh sudah banyak yang berkurang padahal wanita yang hamil sangat membutuhkan kalsium dan zat besi juga untuk asupan gizi bagi kelangsungan hidup bayinya. Belum lagi masalah kesehatan lainnya yang dihadapi seperti migrain, vertigo, insomnia, nyeri punggung, nyeri otot dan osteoporosis. Selanjutnya, dokter I Wayan juga menuturkan bahwa resiko perdarahan, sepsis dan eklampsia bagi ibu yang melakukan aborsi pada usia tersebut mencapai 50% sehingga dapat membahayakan keselamatan baik nyawa ibu atau bayi yang akan diaborsi.

Seperti yang diketahui bahwa pada umumnya masa subur wanita sesuai dengan kapasitas biologis untuk hamil dan melahirkan anak berkisar pada usia 14 – 50 tahun. Masa subur ini lebih tinggi terjadi pada pertengahan tahun reproduksi dibandingkan waktu yang lainnya, yaitu sekitar usia 25 tahun. Sementara itu, wanita yang melampaui usia 40 tahun mempunyai kesuburan yang relatif rendah (Heer, 1985: 92 – 93 dalam Simatupang, 1998: 42)



Selanjutnya akan dibahas mengenai karakteristik sosial yang membahas hal – hal yang akan dijelaskan di bawah ini.

### III.2. Karakteristik Sosial

Karakteristik sosial menjelaskan mengenai hal-hal yang berkaitan dengan kondisi sosial yang dimiliki oleh para responden. Yang berupa tingkat pendidikan formal baik yang dimiliki oleh responden ataupun pasangan responden (suami), jenis pekerjaan yang ditekuni responden dan pasangan (suami), lamanya menikah atau usia perkawinan dan jumlah anak yang dimiliki dalam satu keluarga.

#### III.2.1. Tingkat Pendidikan Responden

Tingkat pendidikan menunjukkan jenjang pendidikan formal yang telah ditempuh oleh responden. Tingkat pendidikan responden dapat dilihat melalui tabel berikut ini:

Tabel III.3

Tabel Tingkat Pendidikan Responden

Pendidikan Formal	Jumlah	Jumlah (%)
SD/Sederajat	0	0
SMP/Sederajat	10	16,67%
SMU/Sederajat	21	35%
Diploma/Sederajat	8	13,33%
Sarjana/S1	17	28,34%
Magister/S2	4	6,66%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Sumber: Kuisisioner no.5



Dari tabel yang tersaji di atas, kita dapat mengetahui bahwa responden tidak ada yang berpendidikan rendah yang ditunjukkan oleh jumlah responden yang menempuh pendidikan terakhir pada jenjang SD. Pendidikan yang paling banyak ditempuh oleh responden adalah pendidikan menengah, terutama SMA/ sederajat dengan jumlah 21 responden atau 35% sedangkan responden yang menempuh pendidikan hingga SMP berjumlah 10 responden atau 16,67%. Dari keseluruhan responden yang diteliti, banyak juga yang menempuh pendidikan hingga ke jenjang perguruan tinggi dengan jumlah 8 responden atau 13,33% mereka yang menempuh pendidikan diploma, 17 responden yang merupakan sarjana atau 28,34% bahkan sebanyak 6,66% atau 4 orang telah menyelesaikan pendidikannya sebagai magister.

Menurut Caldwell, seperti yang dikutip oleh Helenware menyatakan bahwa pendidikan ibu dapat mempengaruhi tingkat kesehatan, seperti:

- a. Pendidikan akan mengurangi sikap fatalis (pasrah pada nasib) ketika ibu mengetahui adanya kehamilan yang tak diinginkannya akan segera mencari jalan keluar yang terbaik, misalnya dengan cara aborsi.
- b. Pendidikan akan meningkatkan kemampuan seseorang untuk memanfaatkan kesempatan dan sarana yang ada, contohnya mengenai adanya para wanita yang memilih untuk aborsi dengan bantuan dokter sehingga keadaan tubuh dan kesehatan alat reproduksi tetap terjamin.

( Simatupang, 1998: 56-57)

Sebagai bahan perbandingan, maka peneliti juga melihat mengenai tingkat pendidikan yang dimiliki oleh suami responden.



### III.2.2. Tingkat Pendidikan Pasangan (Suami)

Tingkat pendidikan menunjukkan jenjang pendidikan yang telah ditempuh oleh pasangan responden (suami). Tingkat pendidikan responden dapat dilihat melalui tabel berikut ini.

**Tabel III.4**

**Tabel Tingkat Pendidikan Pasangan**

Pendidikan Formal	Jumlah	Jumlah (%)
SD/Sederajat	0	0
SMP/Sederajat	2	3,34%
SMU/Sederajat	24	40%
Diploma/Sederajat	10	16,67%
Sarjana/S1	20	33,33%
Magister/S2	4	6,66%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Sumber: Kuisisioner no.6*

Tabel di atas menunjukkan bahwa kecenderungan yang sama juga terjadi pada pendidikan pasangan responden, yaitu minimal pendidikan yang ditempuh adalah pendidikan menengah dengan jumlah 3,34% atau 2 responden yang menamatkan pendidikannya hingga SMP. Yang menjadi mayoritas atau terbanyak adalah mereka yang menamatkan pendidikannya hingga lulus SMA dengan jumlah 24 responden atau 40%. Yang terbanyak kedua adalah pendidikan tinggi yang ditempuh hingga jenjang sarjana atau S1 dengan jumlah 20 responden atau 33,33% disusul dengan pendidikan hingga tingkat diploma/ sederajat dengan jumlah 10 responden atau 16,67%. Jenjang





pendidikan tinggi lanjut atau magister juga telah ditempuh sebanyak 4 responden atau 6,66%.

Selanjutnya akan membahas mengenai pekerjaan yang dimiliki oleh responden dan pasangannya (suami).

### **III.2.3. Pekerjaan Responden**

Bekerja merupakan upaya atau usaha yang dilakukan oleh seseorang guna mendapatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehingga mampu bertahan hidup. Dimana jenis pekerjaan pada umumnya dibagi berdasarkan jenis kelamin, perempuan seharusnya memegang urusan domestik keluarga, sedangkan laki-laki bekerja di sektor publik. Namun hal tersebut telah mengalami pergeseran karena pada saat ini banyak perempuan yang masuk ke sektor publik.

Sebagaimana yang telah dikemukakan oleh Rosaldo, bahwa dalam kerangka pemikiran tentang hubungan antara perempuan, kebudayaan dan masyarakat. Rosaldo membedakan secara tegas 2 sektor kegiatan dalam masyarakat yakni sektor publik dan domestik. Sektor domestik merupakan bidang kegiatan untuk wanita, yakni di lingkungan rumah tangganya saja, kegiatannya hanya seputar merawat dan memelihara keluarga, sedangkan sektor publik adalah bidang kegiatan untuk laki-laki yakni di luar lingkungan rumah seperti mencari nafkah untuk keluarga. Perbedaan terhadap kedua sektor tersebut tidak terlalu sama pada setiap masyarakat, karena pada umumnya dipengaruhi oleh kebudayaan di masyarakat yang bersangkutan (Ihromi, 1990: 80-90).



Keikutsertaan wanita dalam memasuki dunia pasar kerja semakin hari semakin meningkat. Nilai sosial, budaya dan ekonomi telah bergeser terutama yang menyangkut mengenai peran dan status wanita dalam pembangunan. Nilai – nilai lama yang bersifat menghambat partisipasi wanita dalam berbagai kegiatan di luar rumah tampak mulai mengendur (Prisma no.6/1994: 5).

Demikian juga yang terjadi pada responden yang telah diteliti di Kota Malang, pandangan mengenai pembagian pekerjaan bahwa perempuan tidak harus berada di dalam rumah dan mengurus sektor domestik nampaknya telah terjadi. Dimana seorang istri tidak hanya bekerja di dalam rumah saja, tetapi mulai bekerja pada sektor publik, hal ini dapat dijelaskan pada tabel berikut ini:

**Tabel III.5**

**Tabel Jenis Pekerjaan Responden**

Jenis Pekerjaan	Jumlah	Jumlah(%)
Ibu Rumah Tangga	19	31,66%
Karyawati	8	13,34%
Wiraswasta	20	33,34%
Guru/Dosen	5	8,34%
Buruh Pabrik	4	6,66%
Pegawai Swasta/PNS	4	6,66%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Sumber: Kuisioner no.7*

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki pekerjaan sebagai wiraswasta dengan jumlah 20 responden atau 33,34%. Selain



wiraswasta, profesi sebagai ibu rumah tangga dijalankan oleh 19 responden atau 31,66%. Kemudian karyawan merupakan pekerjaan responden sebesar 8 orang dengan persentase sebesar 13,34%. Responden juga ada yang berprofesi sebagai guru/dosen sebanyak 5 responden atau 8,34%. Sedangkan dari responden yang diteliti yang memiliki pekerjaan sebagai buruh pabrik ataupun pegawai swasta/PNS masing – masing sebesar 4 responden atau 6,66%.

Hal yang menarik untuk disimak adalah bahwa responden yang berprofesi sebagai ibu rumah tangga ternyata tidak murni hanya menjalankan pekerjaan yang benar – benar berada pada sektor domestik tetapi mereka juga memiliki usaha sampingan seperti usaha gerabah, toko kelontong, usaha terima kost, pengetikan dan usaha catering. Seperti yang diutarakan oleh Ny.Awi yang sekarang membuka usaha catering bila ada pesanan berikut ini:

*“Saya memang di rumah saja, kalau ditanya kerja apa ya saya jawab saya nggak kerja, yang kerja suami saya tapi saya nggak mau diem aja. Saya sukanya masak jadi coba – coba jualan makanan kalau sore buat mengisi saat senggang. eh, ternyata dagangan saya laris. ya sudah dari situ terpikir untuk buka usaha kecil – kecilan di rumah sambil ngawasi rumah. jualan makanan sekarang juga nggak rugi kok, kalau dihitung lumayan buat nambah jajan anak dan buat nambah kebutuhan sehari – hari apalagi kalau pesanan lagi banyak. Bisa dibilang itulah ibu rumah tangga yang tahu diri, nggak membebankan semua sama suami”*

Sedangkan di bawah ini juga akan dibahas mengenai pekerjaan yang dimiliki oleh pasangan responden. Supaya kita lebih tahu lebih rinci mengenai pergeseran pandangan mengenai pekerjaan yang ada pada responden yang diteliti.



### III.2.4. Pekerjaan pasangan responden

Disini akan dibahas mengenai jenis pekerjaan yang dimiliki oleh pasangan responden yang diteliti. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat melalui tabel di bawah ini:

**Tabel III.6**  
**Tabel Jenis Pekerjaan Pasangan Responden**

Jenis Pekerjaan	Jumlah	Jumlah(%)
Pegawai Eksekutif	6	10%
Sopir	1	1,66
Karyawan	20	33,34%
Wiraswasta	24	40%
Guru/Dosen	2	3,34%
Buruh Pabrik	4	6,66%
Pegawai Swasta/PNS	3	5%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Sumber: Kuisioner no.8*

Dari tabel di atas, kita dapat mengetahui bahwa pasangan responden paling banyak berprofesi sebagai wiraswasta dengan jumlah 24 responden atau 40%. Kemudian yang bekerja sebagai karyawan tercatat dengan jumlah 20 responden atau 33,34%. Yang bekerja sebagai pegawai eksekutif ada 6 responden atau 10%. Yang dimaksud dengan pegawai eksekutif adalah pegawai yang bekerja di suatu instansi atau lembaga yang memiliki posisi atau jabatan tertentu yang dianggap penting seperti manager, account executive dan kepala bagian di suatu instansi. Selanjutnya, yang bekerja sebagai buruh pabrik terdapat dengan jumlah 4 responden atau 6,66% dan yang pasangan responden yang berprofesi sebagai pegawai swasta/PNS ada 3





responden atau 5%. Guru/Dosen juga jenis pekerjaan yang turut menyumbang sebanyak 2 responden atau 3,34%. Yang terakhir adalah profesi sebagai sopir dengan seorang responden dengan presentase 1,66%.

### III.2.5. Usia Perkawinan

Usia perkawinan atau lamanya menikah seseorang yang satu dengan yang lain pastilah berbeda. Lamanya usia perkawinan yang dimiliki oleh seseorang akan mempengaruhi intensitas komunikasi antara keduanya dan berpengaruh terhadap kedekatan pasangan yang akan mempengaruhi pengambilan keputusan dalam rumah tangga. Lamanya usia perkawinan juga dapat membuat seseorang lebih memahami kapan saat emosi pasangan naik turun sesuai dengan kebiasaan sehari – hari, sehingga berakibat pada proses pengambilan keputusan yang seringkali diawali tawar menawar antara suami istri tidak mengakibatkan konflik antara keduanya.

Adapun usia perkawinan dari responden yang berjumlah 60 tersebut dapat kita lihat melalui bantuan tabel berikut ini.

**Tabel III.7**  
**Tabel usia perkawinan**

Usia perkawinan	Jumlah	Jumlah (%)
0 – 2 Tahun	10	16,67%
3 – 5 Tahun	10	16,67%
6 – 8 Tahun	24	40%
9 – 11 tahun	14	23,33%
≥ 12 tahun	2	3,33%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Sumber: Kuisioner no.12*



Berdasarkan tabel di atas, sebagian besar responden mempunyai usia perkawinan yang relatif tua, yang rata – rata di atas 5 tahun yakni pada kategori 6 – 8 tahun sebanyak 24 responden atau 40%. Kemudian 9 – 11 tahun yang berprosentase 23,33% atau 14 responden. Untuk usia perkawinan yang masih relatif muda atau  $\leq 5$  tahun dipastikan tercatat tidak sebanyak mereka yang memiliki usia perkawinan yang diatas 5 tahun. Bagi usia perkawinan yang berumur 0 – 2 tahun ataupun 3 – 5 tahun masing – masing mempunyai angka yang sama yaitu 10 responden dengan persentase sebesar 16,67%. Sedangkan yang memperoleh angka paling kecil ialah responden dengan usia perkawinan  $\geq 12$  tahun dengan jumlah 2 responden atau 3,33%.

Selanjutnya, yang akan dibahas sub – sub – bab yang terakhir dalam karakteristik sosial ini adalah jumlah anak yang dimiliki dalam sebuah keluarga.

### **III.2.6. Kepemilikan Jumlah Anak**

Adanya anak merupakan salah satu faktor penting yang dimiliki dalam sebuah keluarga. Anak memiliki berbagai macam fungsi, diantaranya adalah fungsi ekonomi dan fungsi sosial. Anak sebagai fungsi ekonomi, memegang peranan sangat penting terlebih lagi pada keluarga dengan tingkat ekonomi yang relatif rendah. Yang dimaksud dengan fungsi ekonomis adalah, anak dianggap sebagai suatu milik berharga yang nantinya dapat mendatangkan nilai ekonomi bagi keluarga. Contohnya : Jika kelak orang tua sudah tidak mampu lagi untuk memberikan nafkah pada keluarga karena faktor usia atau yang lainnya, maka anak diharapkan mampu menggantikan posisi orangtua untuk mencari nafkah guna menghidupi seluruh



anggota keluarga. Sedangkan fungsi yang kedua adalah fungsi sosial, yaitu ketika memiliki anak maka diharapkan derajat orang tua akan terangkat karena sudah lengkap sebagai keluarga secara keseluruhan yakni memiliki keturunan. (Komalasari, 2003: 109).

Dengan bantuan tabel, kita dapat mengetahui kepemilikan jumlah anak yang dimiliki oleh responden.

Tabel III.8

Tabel Kepemilikan Jumlah Anak

Kepemilikan jumlah anak	Jumlah	Jumlah(%)
1 – 3 Orang	38	63,34%
4 – 6 Orang	15	25%
≥ 6 Orang	7	11,66%
Total	60	100%

Sumber: Kuisisioner no.13

Dapat kita ketahui dengan bantuan tabel bahwa mayoritas responden ternyata memiliki 1 – 3 orang anak dengan jumlah 38 responden atau sebanyak 63,34%. Hal ini menunjukkan bahwa efektivitas yang dilakukan oleh program Keluarga Berencana (KB) yang berslogan Dua anak cukup telah berjalan baik dan dapat diterima oleh masyarakat dengan turut berpartisipasi di dalamnya. Kepemilikan anak yang jumlahnya kecil ini juga dapat dikarenakan usia perkawinan yang masih muda. Mereka yang tergolong dalam kategori ini disebut dengan keluarga kecil atau keluarga inti. Sebesar 15 responden atau 25% mempunyai anak antara 4 – 6 Orang.



Dengan jumlah anak yang lebih dari 3 ini berarti suatu keluarga telah menciptakan keluarga besar. Kategori yang terakhir adalah responden yang mempunyai jumlah anak > 6 orang sebanyak 7 responden atau 11,66%.

Wyatt (1967) mencatat bahwa keinginan mempunyai anak terjadi tidak hanya dari individu ke individu akan tetapi juga di dalam individu itu sendiri. Dari fase hidup ke fase hidup yang lain serta adanya pengaruh-pengaruh sikap kolektif terhadap motif-motif individual. Jika dalam hal perilaku wanita menikah yang melakukan aborsi hal ini dapat dipengaruhi oleh gencarnya pemerintah dalam mensukseskan program KB dengan semboyan 2 anak cukup sehingga hal ini menciptakan cara pikir yang terpola dalam masyarakat untuk memiliki anak 2 orang saja dan merasa malu apabila mempunyai anak di atas 2 atau 3 orang.

Dapat dipastikan bahwa pada kategori ini ada responden yang menjadi akseptor KB dan ada juga yang tidak tetapi baru saja bergabung menjadi akseptor KB seperti yang diungkapkan oleh Ny. Wen:

*“Sebenarnya sejak lama saya ingin berKB tapi suami tidak mengizinkan saya bahkan beliau pernah mengancam saya tak segan – segan untuk berpisah dari saya apabila saya memaksa ber- KB. Tetapi gimana lagi, sebenarnya anak saya sudah lebih dari setengah lusin. Masak mau nambah terus, biaya hidup sekarang kan mahal tapi pekerjaan juga itu – itu aja dan lagi gajinya mepet. Kalau punya anak diteruskan bisa – bisa saya amankan karak. Ya... walaupun anak itu amugerah terindah dan amanah bagi orangtuanya tapi saya sudah nggak kuat. Karena itu setelah ini saya memutuskan ikut KB sajalah supaya nggak jadi pikiran. Apalagi, sekarang suami saya sudah bisa diajak kompromi.”*





Lain lagi dengan pernyataan Ny.Brt yang dengan gamblang memberikan penjelasan mengenai alasannya memiliki anak yang banyak:

*"Saya memang sengaja tidak ikut program KB sampai tahun kemarin karena saya tidak suka. Sepertinya mau hubungan suami istri dan punya anak saja kok pakai diatur gini gitu segala. Tapi ya itu, masalahnya saya itu jago melahirkan. Dalam 5 tahun anak saya sudah 6 orang, ini malah hamil lagi. Masalahnya susah juga kalo jarak kelahirannya dekat, masih kecil tapi sudah punya adik kan kasihan juga, akibatnya anak saya jadi pencemburu. Masalah juga semakin banyak, jadi sekarang tidak benar kalau ada orang bilang banyak anak banyak rejeki tapi yang ada malah banyak anak banyak masalah. Makanya kemarin itu saya langsung berKB, ya...resiko daripada kebrojolan lagi."*

Karena hal yang sama, yaitu jumlah anak yang banyak tetapi masih terdapat perbedaan antara Ny.Wen dengan Ny.Brt dalam motivasinya menjadi akseptor KB. Apabila Ny.Wen dikarenakan bargaining position yang dimilikinya sangat lemah jika dibandingkan dengan suaminya hingga dia tidak dapat membela dan memutuskan mengenai hak reproduksi yang sebenarnya mutlak dimiliki oleh seorang wanita, seperti ketika memutuskan pengaturan jumlah anak dan penggunaan alat kontrasepsi. Sedangkan Ny. Brt pada awalnya memang sama sekali tidak menginginkan penggunaan alat kontrasepsi tetapi ternyata dia termasuk wanita yang memiliki tingkat kesuburan yang tinggi sehingga pembuahan yang terjadi sangatlah cepat sehingga dalam waktu yang singkat telah memiliki jumlah anak yang cukup banyak.

Setelah tuntas membahas mengenai karakteristik demografis dan sosial dari responden yang diteliti, selanjutnya akan dibahas mengenai karakteristik ekonomi.



### **III.3. Karakteristik Ekonomi**

Karakteristik ekonomi yang diambil meliputi data yang menggambarkan kondisi ekonomi keluarga responden. Karakteristik ini dianggap perlu karena penentuan semua keputusan dan perilaku kesehatan responden tentunya sangat dipengaruhi kondisi ekonomi keluarga. Selain itu, karakteristik ekonomi pada dasarnya sangat berkaitan dengan unsur ekonomi yang dimiliki oleh seseorang yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari. Data yang ditampilkan pada sub-bab ini terdiri dari data-data mengenai penghasilan keluarga, baik responden sendiri ataupun pasangan (suami), adanya tabungan yang dimiliki, jumlah tabungan yang dimiliki, dan status kepemilikan rumah.

#### **III.3.1. Penghasilan Pokok**

Yang akan dibahas terlebih dahulu adalah penghasilan pokok yang dimiliki oleh responden. Penghasilan yang dimaksud disini adalah uang yang dimiliki responden setiap bulannya yang merupakan balas jasa atas usaha dan beban yang telah dilakukan untuk melakukan pekerjaan tertentu. Sehingga dapat dikatakan bagi mereka yang tercatat sebagai ibu rumah tangga tidak akan masuk dalam kategori ini. Selanjutnya, untuk mengetahui lebih jelas mengenai penghasilan yang dimiliki oleh responden dapat dilihat berikut ini.

Michael P Todaro menyatakan bahwa dengan beberapa bukti berdasarkan pengalaman bahwa dengan luasnya kesempatan kerja bagi wanita di luar rumah dan meningkatnya jumlah laki-laki dan wanita yang masuk sekolah, terutama sekali di



sekolah menengah dikaitkan dengan rendahnya tingkat fertilitas. Karena wanita telah mendapatkan pendidikan lebih baik, mereka cenderung mengambil bagian yang lebih besar dalam menambah penghasilan rumah tangga dan memperkecil jumlah anak. Akhirnya, sementara meningkatnya penghasilan yang tinggi, orangtua akan cenderung mengganti kualitas anak daripada kuantitas anak dengan cara memperkecil jumlah anak. (Todaro, 1983: 285-291 dalam Simatupang, 1998: 15)

**Tabel III.9****Tabel penghasilan pokok**

Penghasilan Pokok	Jumlah	Jumlah(%)
0 – Rp 300.000	17	28,39%
Rp 300.001 – Rp 600.000	14	23,33%
Rp 600.001 – Rp 900.000	11	18,33%
Rp 900.001 – Rp 1.200.000	7	11,67%
Rp 1.200.001 – Rp 1.500.000	6	10%
Rp. 1.500.001 – Rp 1.800.000	5	8,34%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Sumber: Kuisisioner no. 9

Tabel di atas membantu untuk menjelaskan bahwa apabila dibagi menurut penghasilan, sebagian besar responden berpenghasilan antara Rp 0 – Rp 300.000 dengan jumlah sebesar 17 responden atau 28,39. hal ini juga dikarenakan tidak semua responden yang diteliti mempunyai penghasilan pokok, karena mereka tidak bekerja atau ibu rumah tangga sedangkan sisanya adalah buruh pabrik harian. Sedangkan responden yang mempunyai penghasilan Rp 300.001 – Rp 600.000 terdapat sebanyak



14 responden atau 23,33% dan yang berpenghasilan sebesar Rp 600.001 – Rp 900.000 sebanyak 11 responden atau 18,33%. Penghasilan Rp 900.001 – Rp 1.200.000 dimiliki oleh 7 responden atau 11,67%. Sedangkan yang memiliki penghasilan yang cukup tinggi dengan nominal antara Rp 1.200.001 – Rp 1.500.000 tercatat dengan jumlah 6 responden atau 10%. Yang terakhir dan yang paling tinggi adalah responden dengan tingkat penghasilan Rp 1.500.001 – Rp 1.800.000 ada 5 orang atau 8,34% responden.

### III.3.2. Penghasilan Sampingan

Di bawah ini akan dijelaskan lebih rinci mengenai penghasilan sampingan yang dihasilkan oleh responden.

**Tabel III.10**

**Tabel Penghasilan Sampingan**

Penghasilan Pokok	Jumlah	Jumlah(%)
0 – Rp 400.000	23	38,34%
Rp 400.001 – Rp 800.000	26	43,34%
Rp 800.001 – Rp 1.200.000	11	18,33%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Sumber: Kuisisioner no. 10*

Dengan adanya tabel di atas, kita dapat mengetahui besarnya penghasilan sampingan yang dimiliki oleh responden sebagian besar adalah Rp 400.001 – Rp 800.000 dengan jumlah 26 responden atau 43,34%. Kemudian, responden yang tidak memiliki penghasilan sampingan juga masuk dalam kategori Rp 0 – Rp 400.000





dengan jumlah 23 responden atau 38,34%. Sedangkan yang berpenghasilan sampingan besar antara Rp 800.001 – Rp 1.200.000 ada 11 responden dengan persentase 18,33%.

Penghasilan sampingan yang diperoleh oleh seseorang ini berasal dari berbagai hal. Seperti mendapatkan jatah dari usaha keluarga yang dijalankan bersama anggota keluarga yang lain seperti yang diungkapkan oleh Ny.Nik berikut ini

*“Saya memang murni ibu rumah tangga, jadi setiap bulannya dapat dari suami selebihnya itu, biasanya saya mendapat bagian dari usaha keluarga yang dijalankan oleh adik saya di Blitar berupa peternakan ayam dan pabrik kecil - kecilan yang dibangun orangtua saya bersama anak - anaknya di Nongkojajar yang bergerak dalam usaha perahan susu sapi murni. Tiap bulan hanya itu yang bisa membantu kondisi keuangan saya.”*

### **III.3.3. Penghasilan Pasangan Responden**

Di bawah ini akan dijabarkan mengenai penghasilan pasangan responden atau suami. Yang nantinya dapat dipergunakan untuk mengetahui perbandingan besarnya penghasilan antara responden dan pasangan untuk membantu proses analisis data dan memperkaya informasi yang dibutuhkan

**Tabel III.11****Tabel Penghasilan Pasangan**

<b>Penghasilan Pokok</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Jumlah(%)</b>
0 – Rp 500.000	7	11,67%
Rp 500.001 – Rp 1.000.000	18	30%
Rp 1.000.001 – Rp 1.500.000	12	20%
Rp 1.500.001 – Rp2.000.000	13	21,68%
Rp 2.000.001 – Rp 2.500.000	4	6,66%
Rp 2.500.001 – Rp 3.000.000	4	6,66%
Rp 3.000.001 – Rp 3.500.000	2	3,33%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Sumber: Kuisioner no. 11

Dengan bantuan tabel di atas, dapat kita ketahui bahwa penghasilan yang dimiliki pasangan responden rata-rata berkisar antara Rp 500.001 – Rp 1.000.000 dengan jumlah 18 responden atau 30%. Kemudian diikuti oleh pasangan responden yang mempunyai penghasilan Rp 1.500.001 – Rp 2.000.000 dengan jumlah 13 responden atau 21,68% dan penghasilan antara Rp 1.000.001 – Rp 1.500.000 dimiliki oleh 12 responden dengan persentase sebesar 20%. Sedangkan pasangan responden yang memiliki penghasilan per bulannya Rp 0 – Rp 500.000 berjumlah 7 responden atau 11,67%. Penghasilan dengan kategori antara Rp 2.000.001 – Rp 2.500.000 dan Rp 2.500.001 – Rp 3.000.000 mempunyai persentase yang sama, masing – masing 6,66% atau dengan jumlah 4 responden. Penghasilan yang paling besar yakni Rp 3.000.001 – Rp 3.500.000 dimiliki oleh 2 orang responden saja atau 3,33%.



Selain adanya penghasilan yang dimiliki oleh responden ada baiknya juga kita untuk mengetahui ada tidaknya tabungan yang dimiliki oleh responden beserta jumlahnya yang akan dibahas di bawah ini.

#### III.3.4. Kepemilikan Tabungan

Menyisihkan sebagian kepemilikan yang berharga yang berupa barang perhiasan maupun simpanan uang termasuk dalam kategori menabung, dalam penelitian ini tidak dibatasi dimanakah responden menabung uangnya, namun dibatasi hanya pada tabungan dalam bentuk uang saja. Adapun tabungan yang mampu disisihkan responden tiap bulan dan jumlah tabungan yang dimiliki responden dapat dilihat dari data berikut ini.

**Tabel III.12**  
**Tabel Pemilikan Tabungan**

<b>Kepemilikan Tabungan</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Jumlah (%)</b>
Tidak punya tabungan	28	46,66%
Rp 10.000 – Rp 100.000	12	20%
Rp 100.001 – Rp 300.000	11	18,33%
Rp 300.001 – Rp 500.000	9	15%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Sumber: Kuisioner no.15 dan 16*

Dari tabel di atas, terlihat jelas sekali bahwa sebanyak 46,66% responden tidak mempunyai tabungan dan 20% responden menyisihkan uang per bulan yang berkisar antara Rp 10.000 – Rp 100.000. Kondisi yang demikian dimungkinkan karena pendapatan yang diperoleh keluarga seluruhnya habis untuk konsumsi, biaya



makan sehari-sehari bahkan tak jarang dari responden mengaku justru kekurangan, dalam artian pendapatan yang diperoleh tidak mampu mencukupi seluruh kebutuhan keluarga. Walaupun seluruh kebutuhan dalam rumah tangga sudah tercukupi barulah disisihkan seadanya untuk kepentingan mendesak sewaktu-waktu, seperti penuturan Ny.Mld.

*“Bagaimana bisa punya tabungan kalau begini. Walaupun saya dan suami bekerja, untuk menghidupi keluarga dengan anak 3 saja rasanya susah setengah mati. Harus irit. Saya baru bisa nabung kalau ada uang ekstra dari kantor atau ada rejeki cukup. Itupun harus melihat kebutuhan Rumah tangga dulu, untuk sekolah anak-anak, bayar iuran listrik, air dan telepon, belanja bulanan, transport. Kalau semua kebutuhan sudah terpenuhi dan memang masih ada uang yang tersisa baru saya tabung.”*

Pentingnya seseorang memiliki tabungan adalah bermanfaat ketika seseorang dalam keadaan sangat mendesak. Pada dasarnya seseorang yang tidak memiliki simpanan atau tabungan akan mencari pinjaman atau akan menjual aset produksi yang dimiliki, jika terjadi keadaan darurat atau misalnya terkena musibah. Seperti contohnya ketika akan melakukan tindakan aborsi di klinik yang pastinya akan mengeluarkan biaya yang tidak sedikit. Hal inilah yang dinamakan spiral kemiskinan, sekali seseorang masuk dalam kondisi marginal maka seterusnya dia akan mungkin terbawa pada kemiskinan yang lebih dalam lagi, salah satu cara yang berguna untuk mengentas keluar dari spiral kemiskinan ini adalah dengan memiliki tabungan.

Selanjutnya yang akan dibahas dalam sub – bab ini adalah mengenai status kepemilikan rumah yang digunakan untuk berdomisili oleh responden





### III.3.5. Status Kepemilikan Rumah

Status kepemilikan rumah dapat dijadikan salah satu indikator untuk mengukur tingkat ekonomi sosial seseorang. Untuk lebih jelasnya dapat kita lihat di bawah ini mengenai status kepemilikan rumah responden yang diteliti.

**Tabel III.13**

**Tabel Status Kepemilikan Rumah**

Status Kepemilikan Rumah	Jumlah	Jumlah (%)
Milik Sendiri	23	38,34%
Kontrak atau Kost	9	15%
Warisan	6	10%
Rumah Dinas	3	5%
Milik Orangtua	19	31,66%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Sumber: Kuisioner no. 14*

Berdasarkan tabel yang ada di atas, dapat kita ketahui bahwa sebesar 38,34% responden yang diteliti berdomisili di rumah yang menjadi milik pribadi. Sedangkan responden yang masih tinggal bersama orangtuanya sebanyak 31,66%. Responden yang menempati rumah dengan status kontrak atau kost sebanyak 15%. Responden yang tinggal di rumah yang merupakan warisan terhitung dengan jumlah 5% dan yang menempati rumah dinas seperti pegawai pemerintah ada 5% responden.

Berdasarkan temuan data, responden yang tinggal bersama orangtua mempunyai alasan yang beragam, ada yang karena anak tunggal, ada yang karena usia orangtua yang sudah lanjut, ada yang karena ia dan suami bekerja sehingga



kerepotan mengurus kedua anaknya yang masih kecil. Berikut ini penuturan dari Ny.Her

*“Tinggal bersama orangtua kalau saya bukan tanpa alasan. Saya dan suami kan bekerja sedangkan anak saya 2 orang masih balita semua daripada uang yang ada dibuat bayar orang lebih baik sama neneknya sendiri. Saya ini orangnya tidak mudah percaya pada orang lain. Apalagi sekarang banyak kasus anak diculik pembantunya sendiri. Kalau tinggal sama orangtua kan nggak mungkin berbuat seperti itu. Suami tidak jarang mengajak saya pindah ke rumah milik kami di blimbing, dekat tempat kerjanya tapi saya yang tidak mau karena pertimbangan yang ada itu.”*

Dapat disimpulkan bahwa dari penuturan Ny. Her di atas menunjukkan bahwa pasangan muda yang tinggal bersama orangtuanya tidak berarti tidak memiliki rumah sendiri tetapi juga dimungkinkan atas faktor tertentu.

Selanjutnya, akan mulai dibahas mengenai tindakan aborsi yang dilakukan responden dan segala sesuatu yang menyangkut tindakan tersebut.

#### **III.4. Tindakan Aborsi**

Yang dimaksud dengan tindakan aborsi disini adalah suatu tindakan penghentian kehamilan dengan cara melakukan pengeluaran hasil konsepsi (pertemuan sel telur dengan sel sperma) sebelum janin dapat hidup di luar kandungan atau rahim. Aborsi juga merupakan proses pengakhiran hidup dari janin sebelum diberi kesempatan untuk tumbuh dalam keadaan hidup di dalam rahim.



Tindakan aborsi atau pengguguran janin dalam kandungan yang dilakukan secara sengaja secara mendasar akan 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 tindakan aborsi yang dilakukan oleh wanita yang sudah menikah membuat frekuensi aborsi yang terjadi di masyarakat kita semakin marak 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 cara yang tradisional ke cara 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.

Berikut ini akan dibahas mengenai seluk beluk informasi yang diperoleh responden mengenai aborsi sampai hingga akhirnya ketika responden melakukan tindakan aborsi tersebut. Sebagai langkah awal, sebelum melakukan tindakan aborsi tentunya responden memperoleh pengetahuan mengenai klinik tersebut. Hal tersebut akan dibahas berikut ini.



Dalam sub- bab ini akan dimulai dengan membagi ke dalam sub-sub-bab yang berkaitan dengan tindakan aborsi, yaitu mengenai pengetahuan tentang aborsi, inisiatif untuk melakukan aborsi, biaya yang dikeluarkan, usia janin yang diaborsi, frekuensi melakukan aborsi, alasan utama melakukan aborsi, faktor pendorong aborsi, serta tindakan pasca aborsi.

### **III.4.1. Pengetahuan tentang Aborsi**

Pengetahuan seseorang tentang aborsi pada dasarnya berbeda-beda. Adanya pengetahuan ini akan membuat interpretasi seseorang atau pemahaman yang dimiliki tentang tindakan aborsi juga berbeda-beda dan beragam. Yang dimaksud pengetahuan tentang aborsi disini adalah hal-hal yang didapatkan oleh responden mengenai aborsi, seperti perolehan informasi mengenai tempat untuk melakukan aborsi.

Di bawah ini akan dibahas mengenai informasi yang dimiliki oleh responden mengenai lokasi klinik “Mawar” dan “Melati” yang melakukan praktek aborsi dengan bantuan tabel.

#### **III.4.1.1. Informasi klinik aborsi**

Yang termasuk dalam informasi disini adalah mengenai waktu pertamakali mengetahui adanya tindakan aborsi yang dilakukan di klinik “Mawar” dan “Melati”. Selain waktu, juga informasi tersebut diperoleh dari siapa yang tentunya akan dibantu dengan tabel berikut.



**Tabel III.14****Tabel Lamanya Mengetahui Informasi Klinik**

Lamanya Informasi	Jumlah	Jumlah
≤ 6 Bulan	9	15%
6 – 12 Bulan	17	28,33%
1 Tahun	5	8,34%
2 Tahun	2	3,33%
3 Tahun	11	18,33%
≥ 3 Tahun	16	26,67%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Sumber: Kuisisioner no. 17

Dari tabel di atas kita peroleh penjelasan mengenai responden yang paling banyak mengetahui pertamakali klinik ini sekitar 6 – 12 Bulan sebanyak 28,33% responden. Kemudian sebanyak 26,67% responden mengetahui tentang adanya klinik ini dalam waktu  $\geq 3$  Tahun. Responden yang mengetahui klinik ini sejak 3 Tahun terhitung sebanyak 18,33%. Sebanyak 15% responden mengetahui informasi mengenai klinik ini  $\leq 6$  Bulan. Yang mengetahui sejak 1 Tahun yang lalu ditemukan sebanyak 8,34 dan yang mengetahui sejak 2 tahun yang lalu berjumlah 3,33% responden.

Di bawah ini akan dijelaskan mengenai asal informasi mengenai informasi adanya klinik “Mawar” dan “Melati” dengan bantuan tabel.



### III.4.1.2. Asal Informasi Klinik

Tabel III.15

Tabel asal informasi klinik

Asal Informasi	Jumlah	Jumlah
Teman	21	35%
Saudara	13	21,67%
Tetangga	24	40%
Koran atau majalah	2	3,33%
Total	60	100%

Sumber: Kuisisioner no. 18

Dari tabel di atas menjelaskan bahwa informasi mengenai aborsi paling banyak didapatkan oleh responden dari tetangga sebanyak 40% atau 24 responden. Yang didapatkan dari teman sebesar 35% responden. Informasi yang didapatkan dari saudara sebesar 13 responden dengan persentase 21,67% dan responden mendapatkan informasi klinik aborsi dari Koran atau majalah sebesar 3,33% atau 2 responden.

Informasi yang paling banyak didapatkan oleh responden dari tetangga dikarenakan intensitas pertemuan yang tak jarang dilakukan. Adanya intensitas yang sering, akhirnya menimbulkan pembicaraan berbagai hal yang menarik. Seperti apa yang dituturkan oleh Ny.Sig



*“Saya tahu disini ada praktek ginian dari tetangga saya. Dia juga yang mengantar saya kesini. Gara-garanya waktu itu, dia bercerita katanya mau kuret soalnya nggak pingin nambah momongan. Saya sempat kaget, kok berani apalagi tanpa seijin suaminya. Nanti kalau ketahuan gimana tapi ternyata saya sendiri mengalami kehamilan itu, daripada jadi beban makanya saya pergi kesini. Tapi buat warga Malang apalagi warga sini, sudah jadi rahasia umum adanya klinik ini. Sekarang katanya, anak yang hamil sama pacarnya aja perginya kesini asal ada duit.”*

Selanjutnya, akan dibahas mengenai inisiatif dalam melakukan tindakan aborsi di bawah ini.

#### **III.4.2. Inisiatif dalam Tindakan Aborsi**

Yang dimaksud inisiatif dalam tindakan aborsi adalah dengan kemauan dari siapa seseorang melakukan sesuatu tindakan yang dalam hal ini adalah tindakan aborsi. Walaupun seseorang sudah lama mengetahui informasi tentang adanya aborsi di kota Malang dan dibukanya klinik “Mawar” dan “Melati” yang menghalalkan aborsi, tetapi jika tidak ada inisiatif maka pengguguran kandungan tidak akan terjadi. Dengan terjadinya aborsi berarti seluruh responden sebenarnya telah memiliki inisiatif untuk melakukan tindakan aborsi.

Selanjutnya inisiatif siapakah yang perannya paling besar pada responden yang akhirnya memilih untuk aborsi dapat kita ketahui di bawah ini:

**Tabel III.16****Tabel Inisiatif dalam Tindakan aborsi**

Inisiatif	Jumlah	Jumlah (%)
Diri Sendiri	31	51,67%
Pasangan atau Suami	12	20%
Orangtua	4	6,67%
Saudara	3	5%
Teman	1	1,66%
Tetangga	3	5%
Ikut ikutan	6	10%
Lainnya	0	0%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Sumber: Kuisisioner no. 19

Tabel di atas membantu kita untuk memberi penjelasan bahwa responden melakukan aborsi ternyata sesuai dengan keinginan diri sendiri dengan jumlah sebanyak 51,67% atau 31 responden. Atas inisiatif pasangan atau suami ditemukan sebanyak 20% atau sebanyak 12 responden. Responden yang tidak memiliki inisiatif pada mulanya dan hanya sekedar ikut-ikutan untuk mencoba tindakan aborsi ada 6 responden atau 10%. Yang melakukan tindakan aborsi atas inisiatif orangtua sebanyak 6,67% responden, yang melakukan tindakan aborsi dengan inisiatif dari saudara dan tetangga masing-masing sebanyak 5% responden dan yang melakukan tindakan aborsi atas inisiatif teman hanya 1,66% responden.

Berdasarkan temuan data yang didapat dari responden, ada beberapa hal yang membuat peneliti untuk melakukan pembicaraan secara lebih rinci, terutama pada





responden yang melakukan tindakan aborsi atas inisiatif orang lain atau significant other. Seperti yang dilakukan oleh Ny.Mtr berikut ini

*“Sebenarnya saya tidak mengetahui kalau hamil. tiba-tiba saja saya telat sudah 3 minggu, saya coba test urine ternyata hasilnya positif. Selama saya telat itu, ibu saya malah yang mengetakan saya kok tambah gemuk dan ditanya apakah hamil lagi. Karena anak saya sudah 4 orang, ibu saya menganjurkan untuk segera kiret. ketika ibu saya bilang seperti itu saya diam saja karena memang masih belum tahu kalau hamil.setelah saya tahu kalau hamil, langsung saja saya pergi kesini.”*

Kalau Ny. Mtr melakukan aborsi karena anjuran dari orangtuanya karena faktor tanggungan anak yang jumlahnya sudah 4 orang, lain lagi dengan pengakuan Ny.Sof yang melakukan tindakan aborsi atas inisiatif dari seorang sahabatnya

*“Pada awalnya ketika saya tahu hamil, saya shock, saya jadi mudah tersinggung dan mudah menangis sampai suami saya bingung. Jujur, saya takut mengutarakan pada suami kalau saya hamil karena kami memang tidak merencanakan punya anak lagi dan saya pun setiap bulan selalu minum pil KB secara teratur belum lagi ketika berhubungan, suami saya terkadang juga menggunakan kondom. Ketika saya berkeluh kesah pada sahabat saya, dia yang menganjurkan untuk mengeborsi mumpung masih belum kelihatan janinya. Besoknya saya pergi kesini diantar dia.”*

Sedangkan sebagian besar dari responden yang melakukan tindakan aborsi atas inisiatif diri sendiri diwakili oleh pengakuan Ny. Vik



*"Saya kesini memang atas kemauan saya sendiri, tidak ada yang memaksa saya. Juga tidak ada yang berusaha untuk mempengaruhi saya karena saya sudah tahu semenjak dulu kalau ada klinik ini jadi saya tidak perlu panic jika mengalami sesuatu dengan kondisi jika saya hamil ketika saya sedang tidak ingin hamil. diaborsi saja, masalah selesai kan. Semua masalah itu ada jalan keluarnya, tidak perlu dibuat repot."*

Keterbukaan responden yang diteliti membuat, temuan data yang ada semakin beragam dan berikut ini pengakuan Ny.Hry yang melakukan tindakan aborsi atas inisiatif dari suaminya.

*"Yang pertamakali punya inisiatif untuk melakukan tindakan ini ya suami saya. Setelah tahu kalau saya mual dan muntah, saya disuruh test urine. Ternyata hasilnya positif. Langsung saja malam harinya jam 10 saya diantar kesini untuk dikuret. Kata suami saya sekarang ini tidak ingin pusing di kantor dan di rumah. Kalau di kantor mengurus pekerjaan yang memumpuk kalau pulang dengar anak menangis atau rebut tambah pusing katanya, makanya tidak ingin menambah anak. Kalau saya sebenarnya ingin menambah seorang lagi tapi kalau suami tidak mau ya... bagaimana lagi."*

Selanjutnya, perlu juga diketahui mengenai sikap dari pasangan responden atau suami responden ketika mengetahui istrinya melakukan tindakan aborsi tersebut.



### III.4.2.1. Sikap Suami atas Tindakan Aborsi

**Tabel III.17**

**Tabel Sikap Suami atas Tindakan Aborsi**

Sikap	Jumlah	Jumlah (%)
Sangat mendukung	6	10%
Mendukung	24	40%
Kurang Mendukung	12	20%
Tidak mendukung	18	30%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Sumber: Kuisioner no. 20*

Dengan bantuan tabel di atas, kita dapat mengetahui bahwa sebagian pasangan responden justru mendukung istrinya untuk melakukan tindakan aborsi yang ditunjukkan dengan angka sebesar 40% atau sebesar 24 responden. Sebanyak 30% pasangan responden justru sebenarnya tidak mendukung dari tindakan istrinya untuk melakukan tindakan aborsi. Sebesar 20% atau 12 responden tercatat sebagai pasangan atau suami yang kurang mendukung tindakan sang istri untuk mengeliminir janin yang ada di dalam rahimnya.

Adanya suami yang sangat mendukung tindakan sang istri untuk melakukan tindakan aborsi ini membuat motivasi dalam diri istri untuk aborsi semakin menggebu, karena seharusnya seorang suami dapat mencegah istrinya melakukan hal yang tak semestinya. Adanya suami yang pro terhadap tindakan aborsi ditunjukkan dengan selalu mengantar dan menunggu sang istri ketika berada di klinik aborsi pasca tindakan aborsi. Ada juga yang mendampingi sang istri ketika proses aborsi



berlangsung. Hal ini tercermin dari apa yang diutarakan oleh salah satu pasangan responden, Bpk.Jkl

*“Sebagai suami ya tentu saja memunggui istri saya, kamerin ketika diaborsi saja saya ikut ke dalam. Ya..antisipasi untuk mencegah kalau terjadi apa-apa. Lagian saya nggak tega membiarkan istri saya masuk ke dalam. Melihat dokternya saja saya sudah ngeri tapi mau bagaimana lagi, semua sudah terlanjur.”*

Fakta yang terdapat di lapangan sebagian memang terasa aneh atau ganjil apabila ditinjau kembali namun begitulah kenyataan yang sebenarnya. Mengenai biaya yang dikeluarkan oleh responden untuk melakukan tindakan aborsi dapat dilihat di bawah ini.

### **III.4.3. Biaya untuk Aborsi**

Ketika seseorang memutuskan untuk mengaborsi pastinya akan membayar sejumlah biaya sebagai balas atas upaya yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. Mengenai biaya yang dikeluarkan oleh responden untuk melakukan tindakan aborsi dibahas sebagai berikut



**Tabel III.18****Tabel biaya untuk Aborsi**

Biaya yang dikeluarkan	Jumlah	Jumlah (%)
Rp $\leq$ 500.000	2	3,33%
Rp 500.001 – Rp 1.000.000	26	43,34%
Rp 1.000.001 – Rp 1.500.000	12	20%
Rp 1.500.001 – Rp 2.000.000	7	11,67%
Rp 2.000.001 – Rp 2.500.000	9	15%
Rp 2.500.001 – Rp 3.000.000	2	3,33%
Rp 3.000.001 – Rp 3.500.000	2	3,33%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Sumber: Kuisisioner no. 21

Ditinjau dari tabel di atas, kita dapat mengetahui bahwa biaya yang dikeluarkan oleh responden untuk melakukan aborsi ternyata tidaklah sedikit. Sebagian besar responden yang diteliti menjawab sebanyak 43,34% responden mengeluarkan biaya sebesar Rp 500.001 – Rp 1.000.000. Sebanyak 20% responden mengeluarkan biaya Rp 1.000.001 – Rp 1.500.000 untuk melakukan aborsi, sebanyak 15% responden mengeluarkan biaya sebesar Rp 2.000.001 – Rp Rp 2.500.000. Kemudian 11,67% responden mengeluarkan biaya sebesar Rp 1.500.001 – Rp 2.000.000 dan sisanya masing-masing mempunyai proporsi yang sama untuk mengeluarkan biaya aborsi, yaitu sebesar Rp  $\leq$  500.000, Rp 2.500.001 – Rp 3.000.000 dan Rp 3.000.001 – Rp 3.500.000 yaitu sebanyak 3,33% atau 2 responden.



Berdasarkan keterangan yang diperoleh dari perawat yang ada di klinik “Mawar”, Suster Nt tersebut, semakin besar usia janin yang akan digugurkan maka semakin banyak pula biaya yang dikeluarkan untuk melakukan aborsi.

*“Kalau memang ingin kuret disini, ya patokan harganya yang paling murah saat ini sebesar Rp 700.000 sampai Rp 3.300.000 itupun harus dilihat dulu dari usia janinnya. Semakin tua janin yang ada di kandungan berarti semakin mahal. Kemudian dilihat usia ibunya berapa, dilihat riwayat kehamilan sebelumnya seperti apa dan identitas yang ada seperti Kartu Tanda Penduduk (KTP), Kartu Keluarga (KK) dan Surat nikah harus ada. Semua itu akan mempengaruhi harga untuk aborsi disini. Di klinik ini sudah terjamin kualitasnya dan pasien yang diterima sudah melalui seleksi.”*

Sedangkan sumber biaya atau darimana biaya yang didapat responden untuk melakukan aborsi dapat kita lihat berikut



**III.4.3.1 Sumber Biaya untuk Aborsi****Tabel III.19****Tabel Sumber biaya untuk Aborsi**

Sumber Biaya	Jumlah	Jumlah (%)
Tabungan	18	30%
Suami	14	23,33%
Orang tua	9	15%
Pinjaman Tetangga	5	8,34%
Pinjaman Saudara	8	13,34%
Menjual Barang	1	1,67
Menggadaikan Barang	5	8,34%
Lainnya	0	0%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Sumber: Kuisisioner no. 22*

Dapat kita ketahui bahwa ternyata sebagian besar responden mendapatkan biaya atau sumber dana untuk aborsi dari tabungan yang dimilikinya, hal ini ditunjukkan dengan 30% responden yang menjawab. Yang mendapatkan biaya untuk melakukan aborsi dari suami sebanyak 23,33% atau 14 responden. Sebanyak 15% responden menjawab biaya untuk aborsi didapatkan dari orang tuanya. Sebanyak 13,34% responden mendapatkan uang untuk melakukan biaya aborsi dengan cara pinjam ke saudara. Sedangkan sebanyak 8,34% responden mendapatkan biaya dari menggadaikan barang dan pinjam dari tetangga, keduanya mempunyai proporsi yang sama. Responden yang mendapatkan uang dengan cara menjual barang hanya berjumlah seorang atau 1,67% responden.



### III.4.4. Usia Janin yang Diaborsi

Tentunya juga perlu diketahui tentang usia janin yang diaborsi di klinik “Mawar” dan “Melati” yang tersaji di bawah ini.

**Tabel III.20**

**Tabel Usia Janin yang Diaborsi**

Usia Janin ( dalam minggu )	Jumlah	Jumlah ( % )
0 - 3	17	28,33%
4 - 6	19	31,67 %
7 - 9	11	18,34 %
10 - 12	7	11,67 %
13 - 15	4	6,66 %
≥ 16	2	3,33%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Sumber : kuisisioner no. 23*

Dari tabel yang tersaji di atas, janin yang diaborsi oleh responden sebagian besar berusia 4 – 6 minggu dengan persentase sebesar 31,67%. Janin yang berusia antara 0 – 3 minggu diadorsi oleh 28,33% atau 17 responden. Sedangkan janin yang berusia 7 – 9 minggu diaborsi oleh 18,34% responden. Yang melakukan aborsi pada janin yang berusia 10 – 12 minggu berjumlah 11,67% responden. Sedangkan yang mengaborsi janin yang berumur 13 – 15 minggu berjumlah 6,66% responden dan yang melakukan eliminasi terhadap janin yang dikandung yang umurnya  $\geq 16$  minggu berjumlah 3,33% responden.





Berdasarkan dari segi medis teknis, aborsi paling lebih mudah dilakukan dalam trimester pertama kehamilan. Kalau begitu, metode yang paling banyak dipakai {pada usia janin 7-12 minggu) adalah kuret isap (*Suction Curettage*). Disini cukup kalau dipakai anestesi lokal dalam serviks. Dari 12-20 minggu biasanya dipakai metode dilatasi (*Dilation and Evacuation* atau *D&R*). Bagi si ibu, metode ini berat dan harus disertai anestesi total ( Bertens, 2002: 3)

Adapun responden yang melakukan aborsi terhadap janin yang berusia  $\geq 16$  minggu mengaku memang pada awalnya tidak mengetahui kalau dirinya hamil, seperti yang dikatakan oleh Ny. Sir

*"Saya pada awalnya tidak tahu dan tidak menduga kalau saya sedang hamil pada waktu itu, karena saya memang akseptor KB. Masa masih bisa hamil? tapi saya memang hanya mengkonsumsi pil. Kemungkinan pada waktu itu saya terlambat mengkonsumsinya makanya jadi, tapi anehnya setiap bulan saya selalu menstruasi walaupun hanya 2 hari. Baru setelah 3 bulan berselang saya mengalami gejala kehamilan, morning sickness. Langsung saya pergi ke dokter dan ternyata setelah di USG sudah 15 minggu. Setelah membicarakan dengan suami, barulah saya kemari. Memang, aborsi di atas 12 minggu riskan sekali tetapi saya tidak siap untuk punya anak lagi walaupun sebenarnya suami saya yang menginginkan karena memang suka dengan anak kecil."*

Mengenai janin yang diaborsi oleh responden telah kita lihat dengan jelas diatas namun perlu kita tahu juga sebaiknya mengenai anak ke berapa yang diaborsi oleh responden karena anak yang diaborsi ini akan berpengaruh terhadap alasan yang dikemukakan oleh responden untuk melakukan tindakan aborsi. Selain itu, dengan



mengetahui usia janin yang diaborsi dan anak ke berapa yang diaborsi, kita secara tidak langsung juga mengetahui konsep anak yang dianggap ideal dalam suatu keluarga, sehingga setiap keluarga senantiasa mencoba untuk berada dalam kondisi yang ideal dengan mempunyai anak sesuai dengan konsep ideal.

Berikut ini akan dilakukan penjelasan mengenai anak keberapa yang telah diaborsi oleh responden

#### III.4.4.1. Tabel Anak ke – yang diaborsi

**Tabel III.21**  
**Tabel Anak ke – yang diaborsi**

Anak ke -	Jumlah	Jumlah ( % )
1	3	5%
2	23	38,34%
3	20	33,33%
≥ 3	14	23,33 %
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Sumber : kuisisioner no. 24

Tabel di atas menunjukkan bahwa responden paling banyak melakukan aborsi pada anak yang ke-2, dengan jumlah 38,34% responden. Responden yang melakukan aborsi pada anak yang ke-3 berjumlah 33,33% responden. Kemudian aborsi yang dilakukan pada anak yang ke-4 ke atas berjumlah 23,33% responden dan sebanyak 5% responden menjawab melakukan aborsi pada anak yang pertama.

#### III.4.5. Frekuensi Aborsi

Responden yang melakukan tindakan aborsi di klinik “Mawar” dan “Melati” memiliki keberagaman yang lumayan tinggi dalam segi menjawab pertanyaan. Begitu



pula ketika peneliti menanyakan tentang frekuensi aborsi yang menunjukkan berapa banyak responden melakukan tindakan ini selama menikah dan hasilnya dapat kita lihat sebagai berikut.

**Tabel III.22**

**Tabel Frekuensi Melakukan Aborsi**

Frekuensi Aborsi	Jumlah	Jumlah (%)
1 kali	24	40%
2 kali	21	35%
≥ 3 kali	15	25%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Sumber: Kuisisioner no. 25*

Dengan bantuan tabel diatas, dapat kita lihat bahwa sebanyak 40% responden melakukan tindakan aborsi hanya sekali. Responden yang menjawab melakukan aborsi 2 kali selama menikah berjumlah 35% atau 21 responden. Sedangkan responden yang melakukan tindakan aborsi sebanyak 3 kali atau lebih sebanyak 25%.

Dari fakta yang didapat peneliti dari klinik "Mawar" dan "Melati", beberapa responden bisa terdaftar 2 kali dalam kurun waktu bulan Januari hingga bulan September. Hal ini menandakan bahwa tindakan aborsi dilakukan sebanyak 3 kali. Apabila responden yang ada terdaftar sebanyak 3 kali atau 4 kali berarti tindakan aborsi yang dilakukan juga terhitung sebanyak 3 kali atau bahkan 4 kali. Hal ini diperkuat melalui pernyataan salah satu staf administrasi klinik "Mawar", Mas Amn :



*“Kalau selama periode bulan awal sampai dengan bulan ini (Januari hingga September) ada pasien yang namanya terdaftar lebih dari sekali berarti aborsi yang dilakukan juga lebih dari sekali, tapi kalau namanya dalam kurun waktu itu hanya ada sekali berarti memang pasien hanya aborsi di klinik ini sekali saja. Kalau pasien dalam satu bulan namanya terdaftar beberapa kali itu tandanya dia melakukan perawatan atau pemulihan pasca aborsi, seperti ganti metode kontrasepsi misalnya atau ikut konseling. Kita hanya melihat tanggal berapa dia pergi kesini atau melihat di arsip kartu berobat kalau ingin mengetahui detailnya tanggal pasien melakukan aborsi.”*

#### **III.4.5.1. Aborsi di Klinik yang Sama**

Setelah mengetahui frekuensi aborsi yang dilakukan oleh responden di klinik “mawar” dan “melati”, baiknya juga mengetahui mengenai konsistensi responden dalam melakukan aborsi, maksudnya apakah ketika melakukan tindakan aborsi lebih dari sekali, responden pergi ke klinik yang sama. Hasilnya dapat dilihat sebagai berikut

**Tabel III.23**

**Tabel Aborsi di Klinik yang Sama**

<b>Aborsi di klinik sama</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Jumlah (%)</b>
Ya	24	66,67%
Tidak	12	33,33%
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

*Sumber: Kuisisioner no. 26*





Tabel di atas merupakan refleksi dari adanya responden yang melakukan tindakan aborsi lebih dari sekali, yang secara keseluruhan berjumlah 36 responden. Data ini dimaksudkan untuk memperkaya informasi yang memang dibutuhkan dalam penelitian ini.

Dari 36 responden yang melakukan aborsi lebih dari sekali, yang melakukan aborsi pada kehamilan kedua atau yang kesekian di klinik yang sama dengan aborsi yang dilakukan sebelumnya berjumlah 66,67% atau 24 responden. Sedangkan yang melakukan aborsi di klinik atau tempat yang lain berbeda dengan kehamilan yang sebelumnya terdapat sebanyak 33,33% atau 12 responden.

Dari temuan data yang ditemukan peneliti dari responden, mereka mengemukakan sejumlah alasan yang berbeda-beda tentang tempat aborsi yang akan mereka lakukan, seperti pengakuan Ny.Frd yang melakukan tindakan aborsi di klinik "Mawar".

*"Buat saya pribadi, kalau mau kuret mending disini aja. Ditangani tenaga yang professional, biayanya cukup terjangkau, prosedurnya cepat dan jelas. Saya sreg aja disini lagiin malas kalau coba di tempat lain. Nanti kalau ada apa-apa gimana ,mbak?. Saya tahu sih, ada teman yang ngasih tau di sekitar Jalan Ijen ada juga yang praktek. Tapi ya saya tetap pergi kesini aja. Lagiin saya dah kenal sama perawatnya semua, jadi enak."*

Lain lagi dengan penjelasan yang diberikan oleh Ny.Mrg yang melakukan tindakan aborsi di kota yang berbeda, berikut ini



*“Saya sudah 2 kali ini kuret. Sebelumnya saya nggak disini. Saya kuret di Jakarta karena kebetulan waktu itu saya dan keluarga sedang berlibur kesana sekalian saja saya kuret disana diantar saudara. Kalau di Malang, saya tahunya ya disini makanya saya perginya kesini.”*

Ada juga responden yang diteliti mengaku melakukan tindakan aborsi tidak di satu klinik saja di Kota Malang, berikut penuturan Ny.Rms

*“Sebelum ini saya sudah pernah aborsi. Waktu itu pertama, saya pergi ke bidan di daerah saya. Untuk hamil yang kedua, saya diantar saudara saya ke klinik yang ada di pusat kota. Disana biayanya agak mahal karena rata-rata pasiennya bermobil dan berduit semua. Setelah saya dapat informasi dari tetangga saya yang kesini, saya juga pergi kesini. Ternyata disini pelayanannya lebih baik daripada klinik yang ada di pusat kota.”*

Selanjutnya kita akan melangkah pada sub-bab yang selanjutnya, yaitu alasan responden dalam melakukan tindakan aborsi, yang dapat dilihat berikut.

#### **III.4.6. Alasan Utama Aborsi**

Setiap responden yang melakukan aborsi pasti memiliki alasan utama sehingga membuat tindakan itu menjadi benar-benar terlaksana. Ketika seseorang membuat keputusan untuk melakukan suatu tindakan, termasuk dalam memutuskan tindakan aborsi pasti ada alasan utama yang digunakan untuk mendasari tindakannya. Apalagi di klinik “Mawar” dan “Melati” untuk melakukan tindakan aborsi tanpa alasan yang jelas tidak mungkin akan dilayani, sehingga responden harus memutar



otak agar alasannya sebisa mungkin dapat diterima dan dapat diaborsi. Dengan adanya alasan utama yang dikemukakan oleh responden ini, kita dapat mengetahui apakah responden melakukan tindakan aborsi benar-benar karena kegagalan alat kontrasepsi ataukah kegagalan alat kontrasepsi yang tertulis di buku pendaftaran hanya dipakai sebagai alasan yang paling rasional agar responden dapat aborsi di klinik tersebut. Berikut ini dapat kita lihat berbagai alasan utama yang dikemukakan oleh responden untuk melakukan tindakan aborsi.

Perlu diketahui lebih dahulu mengenai sebab – sebab wanita menikah melakukan 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)

Yang dimaksud alasan utama responden di dalam penelitian ini berbeda dengan alasan yang dipergunakan responden untuk mendaftar pada klinik “Mawar” dan “Melati”. Pada kartu berobat, alasan seluruh responden yang diteliti adalah karena kegagalan pada alat kontrasepsi tetapi harus diketahui alasan yang sesungguhnya dalam melakukan aborsi. Itulah sebabnya peneliti memunculkan pertanyaan ini kepada responden. Adanya pertanyaan ini juga untuk menguji



kejujuran responden dalam menghadapi kondisi kehamilan yang tidak diinginkannya, apakah memang benar seluruh responden telah mengalami kegagalan pada alat kontrasepsi.

**Tabel III.24****Tabel Alasan Utama Aborsi**

Alasan Utama	Jumlah	Jumlah(%)
Takut kehamilan diketahui	15	25%
Terpaksa karena bingung	10	16,66%
Tidak ada alternatif lain	7	11,67%
Hubungan tidak harmonis	2	3,33%
Tak mampu secara ekonomi	14	23,33%
Menganggap sebagai Aib	11	18,34%
Lainnya.....	1	1,67%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Sumber: Kuisisioner no. 27*

Sebagian besar responden yang melakukan tindakan aborsi mempunyai alasan utama yaitu takut apabila kehamilannya diketahui oleh orangtua dan sanak saudara yang lain dengan jumlah sebesar 25% responden. Alasan kedua yang mendasari responden untuk melakukan tindakan aborsi adalah karena tak mampu secara ekonomi untuk mebesarkan anak dengan persentase sebesar 23,33% responden. Alasan lain yang dipakai oleh responden untuk melakukan tindakan aborsi adalah menganggap kehamilan sebagai aib karena faktor tertentu, yaitu karena kegagalan alat kontrasepsi dengan jumlah 18,34% responden. Sedangkan responden yang





beralasan harus melakukan tindakan aborsi dikarenakan terpaksa dengan kondisi yang dihadapi berjumlah 16,66%. Alasan selanjutnya yang dimiliki responden adalah karena tidak ada alternatif lain atau menemui jalan buntu setelah gagal untuk melakukan upaya pengguguran kandungan seperti minum jamu atau makan makanan tertentu yang dianggap bisa meluruhkan janin dengan jumlah 11,67% responden. Sebesar 3,33% responden mengatakan alasan melakukan aborsi karena hubungan dengan suami sedang tidak harmonis dan yang terakhir, alasan yang dipakai adalah karena janin yang ada bukan anak biologis antara responden dengan suaminya melainkan responden telah berhubungan intim dengan orang lain yang mengakibatkan dirinya hamil. Alasan ini dimiliki oleh seorang responden dengan persentase sebesar 1,67%.

Dengan adanya pertanyaan di atas ternyata banyak memunculkan jawaban yang di luar kepala, cukup fantastik. Sebagian besar diantaranya menggunakan alasan kegagalan pada alat kontrasepsi sebagai alasan secara formal kepada klinik agar mereka bisa melakukan aborsi. Tetapi alasan utama yang sesungguhnya adalah alasan yang tersebut disampaikan responden kepada peneliti. Hal itu diperkuat dengan penuturan-penuturan responden yang telah berhasil diwawancara berikut ini. Dari beberapa responden yang menggunakan alasan yang pertama mengakui bahwa takut apabila suami responden mengetahui kehamilannya. Responden pertama yang melakukan aborsi ini takut apabila kehamilannya diketahui oleh keluarga dan sanak saudara yang lain, berikut ini pengakuan Ny. Sof.



*“Terus terang, saya melakukan ini karena memang tidak ingin kehamilan kemarin diketahui oleh keluarga, apalagi saya tinggal serumah dengan orangtua. Begitu saya tahu terlambat 2 minggu, saya langsung pergi kesini untuk periksa dan besoknya langsung dibersihkan. Suami saya tahu saya pergi kesini, awalnya dia tidak mengizinkan saya tapi setelah tahu saya pergi kesini ya sudah, hanya pesannya kalau ada apa-apa tanggung sendiri.”*

Lain pengakuan Ny. Sof lain pula dengan Ny. Yul yang aborsi karena tidak ingin ada satupun anggota keluarganya yang mengetahui kehamilannya termasuk suaminya sendiri. Berikut ini pengakuan Ny. Yul

*“Saya melakukan ini semua karena tidak ingin ada satu orangpun yang tahu kalau saya hamil. Masa baru melahirkan hamil lagi?. Sama suami saja saya nggak bilang, saya takut suami saya marah kalau saya hamil karena dia pernah bilang kalau tidak ingin punya anak lagi. Toh, kalau dipikir lagi urusan hamil, melahirkan itu kan urusan wanita jadi ya memang sebaiknya suami saya nggak perlu tahu. Yang penting perut ini jangan sampai gendut, kemarin saya kira kalau saya tidak bulanan itu karena saya menyusui dan karena efek dari suntik KB yang 3 bulanan tapi ternyata isi. Hampir telat juga sih, sudah 7 minggu, untungnya tidak kelihatan dan masih bisa dibawa kesini.”*

Sedangkan dari responden yang beralasan tidak mampu secara ekonomi, rata-rata mempunyai anak 2 orang atau lebih. Berikut ini penuturan yang diberikan oleh Ny.Dmw



*“Jaman sekarang sepertinya nggak perlu punya anak banyak, mbak. Lha wong punya anak 2 saja merawatnya sudah susah. Biaya hidup tinggi belum lagi sekolah juga semakin mahal. Makanya saya memang nggak ingin punya anak lagi, kalau suami sih terserah saya soalnya saya yang di rumah. Jadi ya nggak masalah kalau mau dikuret. Kalau punya anak banyak, wah...bisa nggak punya apa-apa semua kan akhirnya lari untuk anak apalagi saya cuma punya modal warung kecil. Jelas nggak mumpuni kalau penduduk di rumah banyak. Anak 2 saja setiap hari sudah bertengkar.”*

Adapun responden yang memang mengalami kegagalan alat kontrasepsi ternyata jumlahnya tidak sebanyak responden yang mempunyai alasan lain, dapat dibidang hal itu diluar perkiraan sebelumnya. Berikut penuturan dari responden yang mengalami kegagalan pada alat kontrasepsi, Ny. Hps

*“Terpaksa saya harus menggugurkan kandungan karena memang bobol, mungkin saya nggak cocok memakai alat kontrasepsi jenis Pil KB, kok jadinya saya tambah subur. Saya sempat takut hamil karena kata bidan, pil KB ini efeknya banyak sekali salah satunya menyuburkan. Kalau ditanya lupa minum, saya bukan orang yang mudah lupa apalagi suami saya juga selalu mengingatkan saya untuk meminumnya. Jadi kalau memang akhirnya hamil, saya terpaksa mengaborsi. Tujuan minum Pil KB kan agar tidak hamil, kalau akhirnya hamil ya kan diluar keinginan kita. Setelah ini saya akan ganti alat kontrasepsi supaya tidak hamil lagi. Malu sama usia, sudah hampir kepala 4.”*

Apabila Ny.Hps mengalami kegagalan pada alat kontrasepsi yang berjenis Pil KB, lain lagi dengan yang dialami oleh Ny.Wep



*“Saya pergi kesini karena murni kontrasepsi yang saya pakai malah membuat saya hamil. Sesuai dengan anjuran orangtua dan bidan di desa saya, saya memakai spiral yang jangka waktunya 3 tahun. Tak disangka kok jadinya begini, saya jadi pusing. Sedih, mbak. Padahal banyak orang bilang, kalau pakai spiral pasti nggak akan bobol seperti mereka yang suntik atau minum Pil KB. Tapi ternyata ya sama saja. Saya nggak tahu kok bisa jadinya gini, yang salah sebenarnya siapa? Mungkin dulu hidannya waktu pasang miring atau gimana. Yang penting sekarang saya sudah kesini, sudah dikuret.”*

Sedangkan responden yang menjawab lainnya, memberi penjelasan kepada peneliti bahwa ia melakukan tindakan aborsi karena melakukan hubungan intim dengan orang lain, berikut ini penjelasan Ny. Nch

*“Saya memang kesini atas saran dari seorang teman. Saya hamil sudah 13 minggu, jujur saja dengan atasan saya karena pekerjaan. Suami saya tidak tahu akan hal ini karena memang kerjanya di Surabaya. Untung tidak ketahuan, sebenarnya kalau hamil lagi boleh saja tapi saya kan lagi promosi jabatan, jadinya nanti tidak maksimal kalau hamil dan punya anak lagi. Bos saya akan dimutasi ke Semarang, rencananya memang saya yang akan mengisi posisinya nanti kalau dia sudah tidak disini lagi. Saya juga tidak tahu kok tiba-tiba bisa berhubungan dengan atasan saya, namanya juga khilaf apalagi orangnya memang menggoda dan dekat sama saya sudah lama. Jalani saja, yang penting sekarang masalah saya sudah selesai.”*

Dari temuan data yang ditemui di klinik “Mawar” dan “Melati” melalui reponden yang menggunakan alasan karena kegagalan pada alat kontrasepsi pada waktu mendaftar di klinik tersebut membuat peneliti tertarik untuk mendapatkan





informasi dari perawat yang bertugas di klinik “Melati”. Berikut ini penuturan suster Atk yang telah bekerja di klinik melati selama 8 tahun mengenai banyaknya pasien yang akan aborsi dengan alasan karena kegagalan alat kontrasepsi.

*“Alasan pasien mengalami kegagalan alat kontrasepsi pada waktu mendaftar disini sebenarnya bukanlah hal yang baru. Hal ini sudah berlangsung semenjak tahun-tahun lalu. Sebenarnya sebagai tenaga kesehatan, pasti kita tahu bahwa di balik semua itu ada alasan yang sesungguhnya tapi mungkin pasien tidak ada yang mau mengungkapkan karena takut ditolak untuk aborsi disini. Kalaupun ada pasti jumlahnya sedikit karena mungkin takut biayanya jadi mahal. Walaupun kami tahu, tapi kami kan kerja disini juga butuh uang jadi kiranya pasien yang masuk dalam kategori tertentu ya kami OK-kan. kalau tidak ya... walaupun usia janinnya baru seminggu ya pasti kami tolak. Kalau dokter kan tahunya di dalam, yang ditanya hanya kelengkapan dokumen tapi tahap seleksi pasien ya kami yang melakukan. Disini memang tidak sembarang pasien yang dilayani. Jadi kalau mbak menemukan banyak alasan karena kegagalan alat kontrasepsi, itu tidak benar 100%. Ya walaupun benar-benar ada, jumlahnya sedikit paling per bulannya hanya ada 3-5 orang pasien.”*

#### III.4.6.1. Faktor Pendorong Aborsi

Berikutnya kita akan membahas mengenai faktor yang mendorong seseorang untuk melakukan aborsi. Seperti kita tahu bahwa dalam menjalankan suatu tindakan, selain seseorang mempunyai alasan utama yang mendasari juga ada faktor pendorong yang melekat pada diri individu sebelum akhirnya membuat keputusan untuk melakukan tindakan aborsi. Faktor yang menjadi pendorong responden untuk melakukan tindakan aborsi akan dijelaskan melalui tabel berikut.



Tabel III.25

Tabel Faktor Pendorong Aborsi

Faktor Pendorong	Jumlah	Jumlah(%)
Tenaga professional	13	21,67%
Biaya terjangkau	10	16,66%
Jarak tidak jauh dari rumah	9	15%
Pamor yang tinggi	20	28,33%
Sekedar mencoba	2	3,33%
Ikut-ikutan	5	8,34%
Lainnya.....	1	1,67%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Sumber: Kuisisioner no.28

Dari tabel di atas, yang menjadi faktor pendorong sebagian besar responden untuk melakukan aborsi baik di klinik "Mawar" atau "Melati" adalah karena pamor kedua klinik ini di masyarakat sudah tinggi atau dengan kata lain klinik ini sudah terkenal di masyarakat dengan jumlah 28,33% responden. Responden yang melakukan tindakan aborsidi klinik ini karena tenaga yang professional dan handal berjumlah sebanyak 21,67% responden. Yang menjadi faktor pendorong aborsi karena biaya yang terjangkau dijawab oleh 16,66% responden. Faktor pendorong selanjutnya adalah karena lokasi klinik tersebut tidak jauh dari rumah responden dengan jumlah 15% responden. Responden yang menjawab ikut-ikutan tetangga atau teman yang pernah melakukan aborsi di klinik "Mawar" dan "Melati" berjumlah 8,34% atau 5 responden. Selain itu, ada juga responden yang sekedar mencoba



bagaimana aborsi di klinik “Mawar” atau “Melati” dengan jumlah 3,33% responden. Dan yang menjawab lainnya atau karena hal yang tidak tersebut dalam pilihan yang diberikan oleh peneliti berjumlah seorang atau 1,66% responden.

Hal lain yang perlu diketahui adalah mengenai temuan data di lapangan yang berhasil dicatat oleh peneliti, yaitu mengenai wawancara dengan responden yang berkaitan dengan faktor pendorong untuk melakukan aborsi. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan dengan beberapa responden, ditemukan fakta yang menarik. Berikut ini kutipan hasil wawancara dengan Ny. Her

*“Tahunya klinik ini dari dulu ya sudah terkenal di masyarakat. Ada bagusya juga masuk koran seperti waktu itu, kan bikin jadi tambah terkenal sampai kemana-mana. Malah banyak pasien yang datang kesini yang berasal dari kota lain. Saya juga pergi kesini karena banyak pasien juga sih. itu kan menunjukkan kalau klinik ini memang bagus. Kalau nggak bagus dan kalau hasilnya nggak memuaskan nggak mungkinlah klinik ini banyak pasiennya.”*

Sedangkan responden lain yang mengatakan faktor pendorong datang ke klinik karena tenaga yang handal, salah satunya diutarakan oleh Ny. Vik

*“Saya sudah kuret 2 kali, awalnya dulu memang kesini perginya karena di klinik ini dokternya sudah senior di kota ini dan lagi spesialis kandungan, senior lagi. Saya percaya aja dengan dokter yang seperti itu. Yang kedua saya juga kesini, sudah terlanjur cocok kesini sih, mbak.”*

Lain penuturan yang diberikan oleh Ny. Vik lain lagi penuturan yang disampaikan oleh Ny. Brt yang memiliki alasan yang berbeda dibandingkan dengan



responden yang lainnya. Berikut ini kutipan hasil wawancara yang dilakukan dengan Ny. Brt

*“Yang membuat saya memutuskan untuk kuret disini karena disini, dokternya masih saudara sepupu saya jadi pastinya saya mendapatkan prioritas dan jaminan. Selain itu pastinya ya sungkan kalau sama saudara atau keluarga yang datang kesini bila tidak dilayani, semua orang disini tahu kok kalau saya saudaranya. Makanya saya yakin aja pergi kesini. Kalau masalah biaya ya saya tetap bayar walaupun tidak dengan tarif pemuh, toh semua orang kan juga butuh uang.”*

### III.4.7. Tindakan Pasca Aborsi

Selanjutnya akan dibahas mengenai tindakan pasca aborsi yang seharusnya dilakukan oleh responden. 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, baik itu dilakukan secara psikologis ataupun secara medis.

Konseling kontrasepsi pasca aborsi bertujuan untuk membantu klien memilih salah satu alat kontrasepsi yang berguna bagi mereka apabila sebelumnya memang belum menggunakan alat kontrasepsi tetapi kalau aborsi dikarenakan kegagalan alat kontrasepsi, tujuan dari konseling ini dilakukan pemilihan alat kontrasepsi yang paling tepat dengan bantuan tenaga medis agar nantinya tidak terjadi lagi kehamilan yang tidak diinginkan. Pada intinya, konseling ini akan memberi informasi bagi klien tentang:

- a. Kemungkinan menjadi hamil sebelum datangnya menstruasi berikutnya.





- 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.

#### III.4.7.1. Keluhan Sakit Pasca Aborsi

Yang dimaksud dengan keluhan sakit pasca aborsi yang ditandai dengan adanya pendarahan, bercak darah atau yang sering disebut flek, demam yang disertai menggigil, sakit perut bagian bawah, nyeri di sekitar vagina dan yang lainnya.

Sebelum lebih jauh membahas tindakan pasca aborsi, perlu kita ketahui dahulu mengenai adanya keluhan sakit setelah melakukan aborsi yang akan dibantu dengan penggunaan tabel berikut

Tabel III.26

Tabel Keluhan Sakit Pasca Aborsi

Keluhan Sakit	Jumlah	Jumlah (%)
Ya	21	35%
Tidak	39	65%
Total	60	100%

Sumber: Kuisisioner no. 29

Dari tabel yang ada di atas, sebanyak 65% responden tidak mengalami kesakitan atau keluhan apapun setelah melakukan tindakan aborsi dan sebesar 35% responden mengalami keluhan sakit setelah melakukan tindakan aborsi. Sesuai



dengan temuan data yang diperoleh mengenai keluhan sakit yang dilakukan responden, berikut ini penuturan dari Suster Atk dari klinik "Melati".

*"Kalau setelah kuret, masih ada keluhan sakit pada bagian tertentu, itu wajar sama juga seperti orang yang baru melahirkan nanti tunggu sampai 3 hari, apabila obatnya diminum secara teratur sakitnya akan hilang sendiri tapi kalau memang setelah 3 hari sakit yang dirasakan belum juga mereda maka pasien harus segsra kembali kesini untuk mencegah adanya infeksi. Keluhan sakit juga pasti dialami pasien yang menggugurkan kandungan dengan usia janin di atas 8 minggu atau usia ibu di atas 30 tahun karena proses pembersihan yang dilakukan dokter diperlukan 2 hingga 3 kali jadi khusus untuk pasien tersebut perlu perlakuan khusus. Sebenarnya proses itu bisa dilakukan sekali jalan saja tetapi agar pasien tetap kembali kesini maka diambil cara seperti itu. Oleh karena itu kenapa biaya untuk aborsi disini sangat beragam."*

Sedangkan menurut informasi yang diperoleh menurut dokter kandungan, dr. I Wayan Indrawan, SpOG tindakan yang dilakukan oleh klinik tersebut sangatlah membahayakan kondisi psikis dan kesehatan reproduksi khususnya. Berikut ini kutipan wawancara dengan dokter I Wayan.



*“Tindakan yang dilakukan klinik-klinik yang melayani aborsi tersebut sebetulnya sangat membahayakan kondisi kesehatan pasien. Kalau memang ingin melakukan kuret harusnya cukup sekali jalan tidak perlu diulang hingga 3 kali karena selain rasa sakit menjadi luar biasa yang akan dialami oleh pasien juga berakibat fatal pada gangguan reproduksi mulai infeksi karena penggunaan alat aborsi hingga 3 kali, perdarahan hebat, rahim menjadi kering dan yang membuka peluang untuk terkena kanker rahim atau kanker leher rahim. Coba lihat, orang yang akan melahirkan saja hanya sekali jalan tidak mungkin kalau ibunya sudah mengejan dan posisi bayi sudah mendekati vagina lalu prosesnya ditunda hingga beberapa hari. Bisa meninggal keduanya, begitu juga aborsi yang dilakukan ibu-ibu mempunyai mekanisme yang sama. Makanya salah besar kalau ada klinik yang tega memperlakukan manusia seperti itu, buat apa mendapat uang banyak tapi kalau membunuh hak hidup? Itu diluar etika kedokteran. Belum lagi kalau pasien trauma pada kuret pertama dan tidak mau dikuret lagi padahal rahimnya belum bersih, bisa mati perlahan karena perdarahan, hal seperti itu besar sekali kemungkinannya.”*

#### III.4.7.2. Kontrol Pasca Aborsi

Setelah melakukan tindakan aborsi, setiap pasien diharuskan untuk periksa atau kontrol ke klinik tempat melakukan aborsi guna mengetahui perkembangan kesehatan pasien pasca melakukan tindakan aborsi. Dengan bantuan tabel di bawah ini, dapat kita ketahui apakah responden melakukan hal itu atau tidak.



Tabel III.27

Tabel Kontrol Pasca Aborsi

Kontrol Pasca Aborsi	Jumlah	Jumlah (%)
Ya	48	80%
Tidak	12	20%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Sumber: Kuisisioner no. 30

Dapat kita ketahui bahwa sebanyak 80% responden melakukan periksa atau kontrol pasca aborsi dan sebanyak 20% responden tidak melakukan pemeriksaan setelah melakukan tindakan aborsi. Pemeriksaan yang dilakukan setelah tindakan aborsi pada intinya tergantung pada kesadaran mengenai kesehatan reproduksi yang dimiliki tiap individu. Dengan adanya persentase yang besar sebanyak 80%, menunjukkan bahwa kesadaran responden akan kesehatan reproduksi khususnya sudah tinggi.

Dari 80% responden dari penelitian ini, rata-rata melakukan kontrol atau periksa kesehatan pasca aborsi di klinik "Mawar" atau "Melati" tempat pasien melakukan aborsi. Kalaupun ada pasien yang tidak periksa ke klinik tersebut dikarenakan karena pertimbangan biaya dan lokasi tempat tinggal yang jauh dari klinik.

#### III.4.7.3. Upaya yang dilakukan Pasca Aborsi

Setiap responden yang melakukan tindakan aborsi, terlepas dari alasan apapun pastinya akan belajar dari pengalaman tentang kehamilannya yang tidak dikehendaki tetapi tergantung kepada individu masing-masing untuk menyikapinya. Sikap seorang





individu yang baru melakukan tindakan aborsi dapat ditunjukkan melalui upaya yang dilakukan olehnya pasca aborsi. Adapun beberapa upaya yang dilakukan oleh responden dapat kita lihat di bawah ini.

**Tabel III.28**

**Tabel Upaya yang dilakukan Pasca Aborsi**

Upaya Pasca Aborsi	Jumlah	Jumlah (%)
Mengikuti konseling kontrasepsi saja	13	21,67%
Ikut konseling dan mengganti Kontrasepsi	39	65%
Mengatur intensitas hubungan	8	13,33%
Lainnya	0	0%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Sumber: Kuisisioner no.32*

Dari tabel terlihat bahwa upaya yang paling banyak dilakukan oleh responden pasca tindakan aborsi adalah mengikuti konseling dan mengganti alat kontrasepsi yang digunakan dengan jumlah 65% responden. Sebanyak 21,67% responden memilih untuk mengikuti konseling yang ada di klinik tempat mereka melakukan aborsi dan sisanya sebanyak 13,33% responden lebih memilih cara dengan mengatur intensitas dalam berhubungan suami istri setelah melakukan aborsi.

Mengikuti 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 yang tepat.
- c. Membantu memilihkan salah satu metode yang sesuai dengan keinginan pasien, apabila mereka membutuhkannya.
- d. Membantu pasien untuk menggunakan alat kontrasepsi secara efektif.

( Hanifah, Laily, 2002)

### III.5. Kegagalan Alat Kontrasepsi

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.

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.

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)

Dalam mengidentifikasi sub – bab ini, akan dilakukan melalui temuan data yang didasarkan pada hasil wawancara dibantu dengan adanya kuisioner. Sub – bab ini akan dibagi lagi melalui sub-sub-bab yang membantu menjelaskan dan menganalisis permasalahan dalam penelitian ini.

### **III.5.1. Konsep Jumlah Anak Ideal**

Lembaga Keluarga Berencana Nasional (LKBN) yang berdiri pada tahun 1968 mencanangkan bahwa jumlah anak yang ideal pada waktu itu adalah keluarga dengan 4 orang anak yang terdiri 2 orang anak laki-laki dan 2 orang anak perempuan. Pada tahun 1970, berdirilah BKKBN yang mencanangkan panca warga yaitu keluarga dengan 3 orang anak. Sejalan dengan itu, pemerintah mengambil kebijaksanaan tunjangan keluarga untuk pegawai negeri dibatasi hanya pada 3 orang anak. Sedangkan pada tahun 1980, semboyan 2 anak cukup atau catur warga dicanangkan oleh BKKBN (Singarimbun, 1996: 101 dalam Simatupang, 1998: 49). Konsep mengenai Catur Warga atau 2 anak cukup tertanam dalam persepsi masyarakat dan berjalan hingga hari ini.



Adapun konsep jumlah anak yang dianggap ideal dalam keluarga yang didapat dari responden dapat dilihat berikut.

**Tabel III.29**

**Tabel Jumlah Anak Ideal**

Jumlah anak ideal	Jumlah	Jumlah(%)
1 Orang	3	5%
2 Orang	57	95%
Total	60	100%

*Sumber: Kuisioner no. 34*

Dengan bantuan tabel diatas, dapat kita ketahui bahwa sebagian besar responden yang menjawab jumlah anak yang ideal dalam keluarga adalah 2 Orang dengan jumlah 95% responden. Sedangkan sebanyak 5% responden menjawab anak ideal dalam suatu keluarga adalah 1 Orang saja.

Untuk membuat lebih mendalam mengenai konsep anak ideal ini, perlu diketahui juga mengenai jumlah anak yang sesungguhnya diinginkan oleh responden. Kebanyakan responden yang diwawancarai mengatakan bahwa mereka menginginkan 2 orang anak dengan keterangan laki-laki semua atau perempuan semua atau laki-laki dan perempuan sama saja. Adanya konsep ideal 2 orang anak di dalam keluarga yang dijawab oleh responden ini menunjukkan bahwa adanya pergeseran pandangan dari adanya keinginan membentuk keluarga besar menjadi keluarga kecil.





Hoffman & Wyatt (1960) juga menganalisis adanya perubahan sosial pada akhir-akhir ini yang menyebabkan menurunnya motif individu pada keluarga besar. Kedua ahli tersebut menitikberatkan pada masyarakat modern, antara lain:

- a. Keinginan individu atau keluarga mengenai jumlah anak akan dipengaruhi oleh adanya perubahan peranan pada kaum wanita.
  - b. Perubahan peranan Orangtua dalam konsep ke ibu-bapakan.
  - c. Menurunnya kesepian dan pengasingan yang dialami oleh individu
- ( Simatupang, 1998: 50)

Adanya faktor yang disebutkan oleh kedua ahli tersebut pada saat ini berjalan saling tumpang tindih antara ketiganya. Tidak ada faktor yang dominan dalam menentukan motif menjadi keluarga kecil, ketiga faktor tersebut dapat saling berinteraksi. Dewasa ini, kecenderungan itu menghasilkan adanya penurunan untuk keinginan reproduksi atau penurunan pada jumlah anak yang banyak. Sepertinya, pepatah jawa yang mengatakan "*Banyak anak, banyak rejeki*" mulai tergeser posisinya dan berubah menjadi "*Sedikit anak, banyak rejeki*".

### III.5.2. 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.

Syarat-syarat yang harus dipenuhi suatu metode kontrasepsi yang baik 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)

Sebagai ilustrasi dan perbandingan, berikut disajikan tabel dari Dr. Hanafi Hartanto dalam penelitiannya yang menunjukkan angka kegagalan alat kontrasepsi pada tahun pertama ketika wanita memakai alat kontrasepsi, kegagalan ini ada dari 100 wanita.



Tabel III.30

**Tabel Angka Kegagalan Kontrasepsi pada Tahun Pertama pemakaian**

Alat atau metode Kontrasepsi	Kegagalan per 100 Wanita	
	Teoritis (%)	Praktek (%)
Kondom	2	10 – 20
Internal Urine Device (IUD)	1 – 3	5 – 6
Susuk KB atau Implant	0,9	2 – 3
Pil KB	0,5	4 – 10
Suntik KB	0,25	3 – 5
Diafragma	2	19
Vasektomi	0,15	0,2 – 0,6
Tubektomi	0,04	0,1 – 0,5
Senggama terputus	16	20 – 40
Sistem kalender	2 – 20	20 – 40
Mini Pil	1	5 – 12
Kap serviks ( <i>Cervical cap</i> )	2	13
Vaginal Suppositories	3 – 5	18
Vaginal Douching	-	40
Laktasi	15	40 – 50
Tanpa Kontrasepsi	90	90

Sumber: *Keluarga Berencana dan Kontrasepsi: 38*

Selanjutnya kita harus melihat disini alat kontrasepsi yang dipakai antara sebelum dan sesudah melakukan tindakan aborsi agar dapat melakukan perbandingan.



Mengenai pemakaian alat kontrasepsi yang dipakai oleh responden dapat kita lihat melalui bantuan tabel yang ada berikut ini.

**Tabel III.31**

**Tabel Alat Kontrasepsi sebelum Aborsi**

Alat Kontrasepsi	Jumlah	Jumlah ( % )
Kondom	5	8,33%
Internal Urine Device (IUD)	18	30%
Susuk KB atau Implant	2	3,33%
Pil KB	20	33,34%
Suntik KB	9	15%
Diafragma	0	0%
Vasektomi	0	0%
Tubektomi	0	0%
Senggama terputus	1	1,67%
Sistem kalender	5	8,33%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Sumber: Kuisisioner no. 35*

Dari tabel di atas, dapat kita ketahui bahwa secara keseluruhan responden yang mengalami kegagalan adalah responden dengan alat kontrasepsi Pil KB dengan jumlah 33,34% responden. Setelah alat dengan Pil KB, metode kedua yang mempunyai resiko gagal adalah dengan penggunaan alat Internal Urine Device (IUD) yang sangat populer di kalangan wanita Indonesia yang menjadi akseptor KB dengan angka 30% responden atau 18 orang. Metode selanjutnya yang gagal adalah Suntik





KB dengan jumlah 15% responden mengalami kehamilan. Untuk metode Sistem kalender dan penggunaan Kondom masing-masing mempunyai angka kegagalan yang sama pada responden yang diteliti dengan jumlah 8,33% responden. Sedangkan metode yang angka kegagalannya cukup kecil adalah metode Susuk KB atau Implant dengan angka kegagalan 3,33% dari responden yang diteliti dan juga Senggama terputus dengan angka kegagalan pada responden sebesar 1,67% responden atau hanya seorang responden yang hamil karena menggunakan metode ini.

Dari tabel di atas, kita juga dapat mengetahui bahwa metode kontrasepsi yang terbukti efektif dan tidak memiliki angka kegagalan untuk mencegah kehamilan adalah metode Kontrasepsi Diafragma, Vasektomi dan Tubektomi. Tetapi, dari seluruh responden tidak ada satupun yang menggunakan salah satu atau ketiga metode kontrasepsi di atas.

Ketika ditanya mengenai waktu penggunaan alat atau metode kontrasepsi, kebanyakan responden memberi jawaban bervariasi. Ada yang setelah menikah langsung memakai alat kontrasepsi karena memang menunda punya anak, ada yang setelah melahirkan untuk menjarangkan kelahiran, dan setelah melakukan tindakan aborsi.

Selanjutnya, perlu dilihat juga pemakaian alat atau metode kontrasepsi yang dipakai oleh responden sesudah mengikuti konseling dan pada pasca tindakan aborsi untuk mengetahui ada perubahan metode atau alat yang menyebabkan terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan oleh para wanita. Pemakaian metode atau alat kontrasepsi pasca aborsi dapat dilihat melalui bantuan tabel berikut ini



Tabel III.32

Tabel Alat Kontrasepsi sesudah Aborsi

Alat Kontrasepsi	Jumlah	Jumlah ( % )
Kondom	2	3,33%
Internal Urine Device (IUD)	23	38,34%
Susuk KB atau Implant	20	33,34%
Pil KB	5	8,33%
Suntik KB	5	8,33%
Diafragma	0	0%
Vasektomi	0	0%
Tubektomi	2	3,33%
Senggama terputus	0	0%
Sistem kalender	3	5%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Sumber: Kuisisioner no. 37

Tabel di atas menunjukkan adanya responden yang melakukan penggantian alat atau metode kontrasepsi yang digunakan. Alat kontrasepsi yang paling banyak digunakan oleh responden setelah melakukan aborsi adalah Internal Urine Device (IUD) dengan jumlah 38,34% responden. Sebanyak 33,34% responden memilih Susuk KB atau implant sebagai metode yang cocok baginya setelah melakukan aborsi. Alat kontrasepsi yang berupa Pil KB dan Suntik KB mempunyai proporsi yang sama untuk dipilih responden sebagai alat kontrasepsi yang digunakan pasca aborsi dengan jumlah masing-masing sebesar 8,33% responden. Metode sistem



kalender atau pantang berkala dipilih oleh 5% responden pasca tindakan aborsi. Sedangkan metode Tubektomi dan penggunaan kondom menjadi alternatif kontrasepsi bagi responden dengan jumlah masing-masing sebesar 3,33% responden. Untuk metode Diafragma, Vasektomi dan senggama terputus tidak dijadikan alat kontrasepsi bagi responden pasca aborsi karena tidak satupun responden memilih ketiga metode di atas.

Tampak juga dengan bantuan tabel adanya perubahan angka, baik meningkat atau menurun pada setiap metode atau alat kontrasepsi. Yang paling banyak berubah adalah responden yang mengalami kegagalan dengan meminum Pil KB, yang mulanya berjumlah 20 Orang responden menurun menjadi 5 orang responden. Responden yang menggunakan Internal Urine Device (IUD) yang awalnya berjumlah 18 orang responden menjadi 23 orang responden. Pengguna Suntik KB dari 9 orang responden menurun menjadi 5 responden. Alat kontrasepsi yang berupa kondom yang dulunya digunakan oleh 5 orang responden kini menurun menjadi 2 orang responden yang menggunakan. Sistem pantang berkala atau sistem kalender yang juga dipilih oleh 5 orang responden sebagai alat alternatif menurun menjadi 3 orang responden yang memakainya. Susuk KB atau implant yang sebelumnya hanya digunakan oleh seorang responden saja, kini penggunaannya meningkat drastis menjadi 20 orang responden yang memakai. Senggama terputus atau coitus interruptus yang sebelumnya digunakan oleh seorang responden kini tidak ada lagi yang menggunakannya. Dan yang terakhir, tubektomi yang sebelumnya tidak dipakai oleh seorang responden, kini penggunaannya meningkat menjadi 2 orang.



Adanya perubahan metode atau alat kontrasepsi yang dipakai oleh responden ditengarai dikarenakan oleh persepsi responden mengenai alat kontrasepsi yang dipakai dan cocok baginya telah didapatkan. Perubahan metode ini juga sebagian besar dikarenakan responden telah mengikuti konseling sebagai tindakan pasca aborsi. Adanya konseling membuat pengetahuan responden yang sebelumnya awam mengenai hal-hal yang menyangkut kesehatan reproduksi dan hak-hak mengenai reproduksi, seperti penggunaan alat kontrasepsi semakin terbuka.

Ketika responden memutuskan untuk untuk memakai alat atau kontrasepsi tertentu dan berpartisipasi dalam program KB disebabkan karena adanya kesadaran dalam diri responden bahwa diri sendirilah yang akan merasakan penggunaan metode tersebut serta yang akan menerima dampak atau akibatnya adalah dirinya. Sehingga mereka harus benar-benar nyaman untuk menggunakan alat atau metode kontrasepsi tersebut dan yang paling penting adalah penggunaan alat kontrasepsi atau keikutsertaan dalam program KB tersebut harus benar-benar atas kemauan sendiri tanpa paksaan dengan bantuan dan motivasi dari suami.

Berikut ini hasil kutipan wawancara yang dilakukan dengan responden berkaitan dengan penggunaan alat atau metode kontrasepsi sebelum dan sesudah melakukan tindakan aborsi.

Responden pertama yang diwawancara adalah Ny. Rsy yang tidak mengganti alat kontrasepsi setelah aborsi.





*“Sebelum kuret saya memakai alat kontrasepsi berupa spiral jenis Cu-T, tapi kok ya bisa hamil. Saya sendiri jadi heran padahal saya setiap 3 bulan sekali selalu periksa. Setelah kuret, saya ikut konseling disini dan mungkin saya tidak cocok dengan spiral jenis Cu-T makanya sekarang saya ganti jenis yang lain tapi saya tetap pakai spiral. Saya sudah 5 tahun pakai spiral berhasil tapi setelah anak kedua ini kok ya bobol. Kalau nanti ganti yang lain, efek sampingnya itu kadang juga bikin nggak enak di badan, mbak. Jadi saya tetap pakai spiral saja, dah kadung cocok.”*

Responden kedua yang diwawancara adalah Ny. Awl yang mengganti alat kontrasepsi Pil KB menjadi memakai internal Urine Device (IUD).

*“Saya dulunya pakai pil KB, tapi setelah kesini saya putusin buat ganti aja ke spiral. Saya lihat juga resiko pake spiral nggak segitu besar kaya pake pil KB yang ruwet banget. Kalau Pil KB efeknya banyak banget, sampe muka saya bolong-bolong gini gara-gara jerawat yang nggak hilang, ada terus. Kalau pake spiral kata suster tadi efeknya yang paling berat haid jadi banyak. Pokoknya kalau periksa rutin kan nggak jadi, makanya saya mau aja ganti spiral.”*

Sangat perlu untuk diketahui mengenai macam – macam metode dan jenis alat kontrasepsi menurut mekanisme kerja dan hasil penelitian yang dilakukan oleh Hartanto (2000), yang akan dijelaskan sebagai berikut:

a. Metode Sederhana tanpa alat

- KB Alamiah, yang meliputi *Natural Family Planning, Fertility Awareness Methods, Periodik Abstinens, Metode Rhythm, Pantang Berkala.*
- Metode Kalender (*Ogino – Knaus*)
- Metode Suhu Badan Basal (*Termal*)



- Metode Lendir Serviks (*Billings*)
- Metode Simpto – Termal.
- Coitus Interruptus

b. Metode Sederhana dengan alat

- Mekanis (*Barrier*), yang meliputi Kondom Pria dan Barrier Intra – vaginal yang terbagi atas Diafragma, Kap Serviks (*Cervical Cap*), Spons (*Sponge*), Kondom Wanita.
- Kimiawi, yang meliputi Spermisid dengan Vaginal Cream, Vaginal Foam, Vaginal Jelly, Vaginal Suppositoria, Vaginal tablet, Vaginal Soluble Film

c. Metode Modern

- Kontrasepsi Hormonal yang meliputi per Oral, yang terbagi menjadi Pil Oral Kombinasi (POK), Mini Pil, *Morning After Pill*, injeksi atau Suntikan (*DMPA, NET – EN, Microspheres, Microcapsules*) dan Sub kutis: *Implant* atau alat kontrasepsi bawah kulit yang terbagi *Implant Non – biogredable (Norplant, Norplant - 2, ST – 1435 dan Implanon)* dan *Implant biogredable (Capronor, Pellets)*
- Internal Urine Devices (IUD), yang terbagi pada Un-medicated Devices yang merupakan generasi pertama misalnya: *Grafenberg ring, Ota ring, Margulies coil, Lippes Loop yang dianggap sebagai IUD standard, Saf - T- Coil, Delta Loop*. Sedangkan yang termasuk dalam IUD Medicated Devices atau generasi kedua adalah jenis yang mengandung logam seperti *CuT-200, Cu-7, MLCu-*



250, *CuT-380A*, *CuT-380Ag*, *CUT-220C*, *Nova-T*, *Delta-T*, *MLCu-375*, *Progestasert* dan *LNG-20*.

- **Kontrasepsi pada Pria dan Wanita**

Sedangkan yang masih dalam penelitian untuk metode baru pada pria dan wanita yang lebih aman dan efektif masih terus berlanjut hingga sekarang. Metode baru itu antara lain adalah

- a. Pada Wanita, yang meliputi Cincin Vagina dengan hormon, Vaksin antifertilitas, IUD berdaya kerja panjang dengan hormon Progesterin dan Kriosirugi (*Cryosurgery*) uterus (*transcervical*)
- b. Pada Pria, yang meliputi: Gossypol, LHRH Analogues, Hormon-hormon steroid berdaya kerja panjang dan Inhibin  
(Hartanto, 2002:42 – 45)

Dengan adanya hasil penemuan mengenai kontrasepsi yang terus dikembangkan oleh periset dan adanya keberagaman jenis pada alat atau metode kontrasepsi semoga segera tersosialisasikan dengan baik pada masyarakat agar penggunaannya benar dan tak ada lagi aborsi karena kegagalan alat kontrasepsi

Yang akan dibahas selanjutnya adalah mengenai sikap yang dilakukan oleh responden ketika mengetahui alat kontrasepsi yang dipakainya gagal, dalam arti kata menjadi kehamilan yang tidak diinginkan (*Unwanted Pregnancy*).



### III.5.3. Sikap atas Kegagalan Kontrasepsi

Ketika seseorang memutuskan untuk menggunakan alat kontrasepsi maka tujuan utamanya adalah untuk menunda kehamilan atau menjarangkan kehamilan. Sebelum mengetahui sikap yang diambil oleh responden setelah mengetahui kegagalan pada alat kontrasepsi yang dipakai perlu diketahui dahulu mengenai reaksi responden ketika mereka mengetahui bahwa mereka hamil berikut ini.

#### III.5.3.1 Reaksi atas Kegagalan alat kontrasepsi

Beragam-macam reaksi dapat ditimbulkan oleh seseorang manakala ia menghadapi kondisi dan situasi yang tidak seharusnya terjadi, begitu pula pada kehamilan yang diakibatkan kegagalan alat kontrasepsi. Reaksi yang ditimbulkan oleh responden dapat kita lihat berikut ini melalui tabel berikut

**Tabel III.33**

**Tabel Reaksi atas Kegagalan Alat Kontrasepsi**

Reaksi	Jumlah	Jumlah (%)
Kaget	12	20%
Kecewa	20	33,34%
Terpukul	11	18,33%
Menangis	14	23,33%
Lainnya, Marah	3	5%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Sumber: Kuisisioner no. 39

Dengan bantuan tabel diatas, dijelaskan bahwa reaksi yang paling banyak ditimbulkan oleh responden yang mengalami *unwanted pregnancy* adalah kecewa





dengan presentase sebesar 33,34% responden. Reaksi menangis dilakukan oleh 23,33% responden. Sedangkan reaksi kaget dilakukan oleh 20% responden yang mengalami kehamilan ini. Responden yang terpukul dengan adanya kehamilan di luar dugaan sebesar 18,33% dan responden yang mengaku marah saat mengetahui dirinya hamil ditemukan sebanyak 5% atau 3 orang responden.

Setelah mengetahui terlebih dahulu mengenai reaksi yang ditimbulkan oleh responden, akan diketahui sikap yang dilakukan responden dalam menghadapi kegagalan akibat alat kontrasepsi yang dipakai berikut ini.

**Tabel III.34**

**Tabel sikap atas kegagalan alat kontrasepsi**

Sikap	Jumlah	Jumlah (%)
Memberi tahu Suami	13	21,67%
Memberi tahu Keluarga	3	5%
Melakukan Aborsi	24	40%
Upaya tertentu	20	33,33%
Lainnya	0	0%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Sumber: Kuisisioner no.40*

Tabel di atas membantu menjelaskan tentang sikap yang dimiliki oleh responden yang ternyata sebagian besar langsung melakukan aborsi dengan jumlah sebesar 40% responden. Sebanyak 33,33% responden memilih untuk mengupayakan cara untuk mengeliminir janin dengan cara tertentu, seperti dengan jalan makan sesuatu yang sifatnya panas di perut seperti makan nanas muda, jamu peluruh haid,



durian, sate kambing muda dan yang lainnya yang dipercaya nantinya dapat meluruhkan janin yang ada di rahim mereka. Memberi tahu suami dilakukan oleh responden dengan jumlah 21,67% atau 13 responden. Sikap terakhir yang dilakukan oleh responden adalah dengan memberi tahu keluarga dengan jumlah 5% responden.

#### III.5.4. Upaya atas Kegagalan alat Kontrasepsi

Setelah seseorang bersikap atas kegagalan atas alat kontrasepsi yang dipakai, yang selanjutnya dilakukan adalah mengupayakan kehamilan yang dialaminya dengan berbagai cara. Upaya-upaya yang ditempuh oleh responden tersebut dapat kita lihat berikut ini.

**Tabel III.35**  
**Tabel Upaya atas kegagalan alat kontrasepsi**

Upaya	Jumlah	Jumlah (%)
Minum jamu atau Obat	20	33,34%
Pergi ke dokter atau klinik aborsi	27	45%
Merangsang kontraksi	6	10%
Makan makanan tertentu	7	11,66%
Lainnya	0	0%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Sumber: Kuisisioner no.41*

Adanya tabel di atas menunjukkan bahwa pada masyarakat saat ini, hak hidup kurang dihargai karena setelah mengalami kehamilan yang tak diinginkan yang ada dalam pikiran mereka adalah pergi ke dokter atau klinik untuk melakukan aborsi. Hal ini ditunjukkan dengan jumlah 45% responden yang memilih jawaban ini. Sisanya, sebanyak 33,34% responden yang diteliti menjawab meminum jamu peluruh haid



atau mengkonsumsi obat-obatan yang berguna untuk merangsang keguguran. Makan makanan tertentu seperti nanas muda, sate kambing muda, tape, ketan dan durian yang oleh masyarakat Jawa dianggap panas dan dapat menyebabkan keguguran juga dilakukan oleh 11,66% responden. Upaya terakhir yang dilakukan oleh responden untuk menghentikan atau mengakhiri kehamilannya dilakukan dengan cara merangsang rahim agar terjadi kontraksi dilakukan oleh 10% responden. Cara merangsang agar kontraksi dapat dilakukan dengan memasukkan alat atau obat vaginal hingga dipakai berhubungan intim dengan suami.

Semua upaya yang dipilih oleh responden pada akhirnya berujung pada penghentian kehamilan. Selain responden yang pergi ke dokter atau klinik tertentu untuk melakukan aborsi, semua cara yang ditempuh oleh responden di atas adalah upaya pertama yang notabene tidak berhasil dilakukan hingga mereka pergi ke klinik "Mawar" dan "Melati" untuk mengelimir janin yang ada di rahim mereka.

### III.6. Pola 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.

Dalam penelitian ini dilihat pola pengambilan keputusan seperti yang tersebut di atas, dengan cara membagi pengambilan keputusan dari 3 bidang yang tertulis di atas menjadi bidang pertanyaan yang akan dijawab oleh responden. Bidang pertanyaan yang akan digunakan untuk menganalisis pola pengambilan keputusan dalam keluarga antara lain:

- a. Mengatur jumlah anak
- b. Mengatur jarak kelahiran anak
- c. Memilih tempat berobat
- d. Memilih tempat sekolah untuk anak
- e. Pembangunan rumah
- f. Perbaikan rumah
- g. Membeli perabot rumah tangga
- h. Membeli barang berharga
- i. Menentukan metode kontrasepsi
- j. Mendidik anak
- k. Menentukan tempat aborsi
- l. Menentukan tindakan aborsi

Adapun pembahasan dan temuan data mengenai bidang-bidang pertanyaan tersebut dapat dilihat berikut ini





### III.6.1. Pengambilan Keputusan dalam mengatur jumlah anak

Hadirnya seorang anak pastinya akan menghadirkan suasana yang ceria dan kebahagiaan yang berlimpah. Sebagai orangtua, tentu saja hal inilah yang dinanti sebagai wujud keberhasilan sepasang suami istri untuk menjalankan fungsi reproduksi. Pengambilan keputusan yang ada dalam suatu keluarga untuk mempunyai anak berbeda-beda tergantung pada kemampuan fisik, material dan non-fisik yang dimiliki. Adapun pengambilan keputusan dalam keluarga untuk mengatur jumlah anak yang diperoleh melalui responden tersaji sebagai berikut

**Tabel. III.36**  
**Tabel Pengambilan Keputusan dalam Mengatur Jumlah Anak**

<b>Pengambil Keputusan</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Jumlah (%)</b>
Suami	6	10%
Kesepakatan Bersama, dominasi Suami	13	21,67%
Kesepakatan Bersama, dominasi Istri	20	33,34%
Kesepakatan Bersama, tanpa dominasi	2	3,33%
Istri	19	31,66%
Significant Other	0	0%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Sumber: Kuisisioner no. 42*

Dari tabel di atas, dijelaskan bahwa sebanyak 33,34% responden untuk mengatur jumlah anak yang dimiliki merupakan kesepakatan bersama dengan dominasi istri. Sebanyak 31,66% responden bahwa yang menentukan jumlah anak adalah Istri. Sebanyak 21,67% responden menentukan jumlah anak dengan kesepakatan bersama atas dominasi suami. Responden yang menentukan jumlah anak



dengan pengambil keputusan di tangan suami berjumlah 10% dan sebanyak 3,33% responden menjawab bahwa dalam penentuan jumlah anak diputuskan bersama tanpa ada dominasi antara suami dan istri. Tidak ada satupun responden yang menjawab bahwa penentuan jumlah anak ditentukan oleh peran significant other, seperti orangtua atau saudara atau teman.

### III.6.2. Pengambilan Keputusan dalam mengatur jarak kelahiran anak

Keluarga-keluarga yang terbentuk pada saat ini pada umumnya selalu menginginkan anak lebih dari seorang, tepatnya 2 – 3 orang anak, hal ini berkaitan dengan adanya konsep anak ideal yang dimiliki oleh responden yang diteliti. Untuk memiliki anak yang kedua atau ketiga diperlukan jarak waktu. Jarak kelahiran antara anak pertama dan selanjutnya pasti juga ditentukan dalam keluarga responden.

Tabel. III.37

Tabel Pengambilan Keputusan dalam Mengatur Jarak Kelahiran

Pengambil Keputusan	Jumlah	Jumlah (%)
Suami	13	21,67%
Kesepakatan Bersama, dominasi Suami	8	13,33%
Kesepakatan Bersama, dominasi Istri	10	16,66%
Kesepakatan Bersama, tanpa dominasi	1	1,67%
Istri	27	45%
Significant Other	1	1,67%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Sumber: Kuisioner no. 42

Tabel di atas membantu kita untuk menjelaskan mengenai pengambil keputusan dalam mengatur jarak kelahiran anak. Sebanyak 45% responden yang diteliti menjawab bahwa yang menentukan jarak kelahiran adalah Istri. Hal ini



dikarenakan bahwa yang merasakan hamil dan melahirkan adalah istri, jadi kalau dirasa sudah siap untuk hamil dan melahirkan lagi barulah dilakukan program reproduksi anak. Sebesar 21,67% responden ditentukan oleh Suami. Sebanyak 16,66% menjawab penentuan jarak kelahiran anak disepakati bersama dengan dominasi istri. Sedangkan yang melakukan kesepakatan bersama dengan dominasi suami berjumlah 13,33%. Yang melakukan penentuan jumlah anak dengan kesepakatan bersama tanpa ada dominasi dari keduanya hanya ditemukan pada seorang responden atau 1,67%. Dan yang jarak kelahirannya ditentukan oleh Significant Other, yaitu orangtua juga ditemukan pada 1,67 responden.

### **III.6.3. Pengambilan Keputusan dalam memilih Tempat Berobat**

Ketika seorang anggota keluarga kondisi kesehatannya terganggu, yang dibutuhkan adalah melakukan pengobatan agar kondisi fisiknya pulih kembali. Berikut ini akan dijelaskan mengenai pengambilan keputusan untuk memilih tempat berobat. Pemilihan tempat berobat dalam hal ini meliputi metode pengobatan yang dipilih pengobatan medis atau alternatif dan pergi berobat ke dokter mana atau pengobatan alternatif mana.



Tabel. III.38

Tabel Pengambilan Keputusan dalam Memilih Tempat Berobat

Pengambil Keputusan	Jumlah	Jumlah (%)
Suami	10	16,66%
Kesepakatan Bersama, dominasi Suami	20	33,34%
Kesepakatan Bersama, dominasi Istri	17	28,34%
Kesepakatan Bersama, tanpa dominasi	3	5%
Istri	10	16,66%
Significant Other	0	0%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Sumber: Kuisisioner no. 42

Dari tabel di atas kita dapat mengetahui bahwa 33,34% responden yang diteliti memilih tempat berobat dengan keputusan atas kesepakatan bersama yang didominasi oleh suami. Sebanyak 28,34% responden menjawab bahwa pemilihan tempat berobat dilakukan melalui kesepakatan bersama dengan dominasi istri. Penentuan tempat berobat yang pengambilan keputusannya dilakukan oleh Suami mendapatkan angka sebanyak 16,66% responden, begitu pula dengan pengambilan keputusan yang dilakukan oleh Istri. Sedangkan pengambilan keputusan yang didasarkan pada kesepakatan bersama tanpa ada dominasi dilakukan oleh 5% responden.

#### III.6.4. Pengambilan Keputusan dalam hal Memilih Sekolah

Ketika anak mempunyai usia yang cukup untuk memasuki dunia pendidikan, mau tak mau ia akan bersekolah. Seiring waktu, dunia pendidikan juga menawarkan





fasilitas beragam yang semuanya dibutuhkan oleh anak untuk memiliki pengetahuan dan keterampilan yang berguna di masa datang. Saat itu pula, orangtua mempunyai peran untuk memilihkan sekolah yang dirasa cocok bagi anak. Berikut ini pengambilan keputusan dilakukan oleh keluarga dalam hal memilihkan sekolah untuk anak.

**Tabel. III.39**

**Tabel Pengambilan Keputusan dalam Memilih Sekolah**

Pengambil Keputusan	Jumlah	Jumlah (%)
Suami	4	6,66%
Kesepakatan Bersama, dominasi Suami	22	36,66%
Kesepakatan Bersama, dominasi Istri	12	10%
Kesepakatan Bersama, tanpa dominasi	1	1,67%
Istri	13	21,67%
Significant Other	8	13,34%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Sumber: Kuisisioner no. 42*

Dari tabel di atas, menunjukkan sebanyak 36,66% pengambilan keputusan dalam memilihkan sekolah bagi anak dilakukan atas kesepakatan bersama dengan dominasi suami. Sebanyak 21,67% responden menjawab bahwa pembuatan keputusan dilakukan oleh istri. Hal ini dikarenakan istri mempunyai banyak waktu di rumah untuk mengurus anak-anak, jawaban ini banyak ditemui pada ibu rumah tangga. 13,34% responden menjawab pemilihan sekolah dilakukan oleh significant other, dalam hal ini adalah orang tua, dengan alasan bahwa pada suami-istri yang



bekerja maka urusan anak secara otomatis akan terlimpahkan kepada orangtua, termasuk dalam hal ini sekolah. Karena selain orangtua mengetahui dengan pasti sekolah yang baik bagi cucunya, juga dikarenakan agar pengawasan selama anak bersekolah didapat dari orangtua responden, mengingat responden dan suami yang tidak berada di rumah. Yang memberi keputusan dalam memilihkan sekolah adalah sang suami berjumlah 6,66% responden dan yang melakukan kesepakatan bersama tanpa ada dominasi ditemukan sebanyak 1,67% responden.

### III.6.5. Pengambilan Keputusan dalam Pembangunan Rumah

Dalam berjalannya roda kehidupan rumah tangga, rumah yang menjadi tempat tinggal sehari-hari terkadang dirubah. Hal ini dilakukan untuk membuat kenyamanan para anggota rumah semakin bertambah. Untuk pembuatan keputusan yang dilakukan oleh para responden dalam melakukan pembangunan rumah dapat dilihat berikut ini.

Tabel. III.40

Tabel Pengambilan Keputusan dalam Pembangunan Rumah

Pengambil Keputusan	Jumlah	Jumlah (%)
Suami	8	13,34%
Kesepakatan Bersama, dominasi Suami	19	31,66%
Kesepakatan Bersama, dominasi Istri	8	13,34%
Kesepakatan Bersama, tanpa dominasi	3	5%
Istri	5	8,33%
Significant Other	17	28,33%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Sumber: Kuisisioner no. 42



Tabel di atas menjelaskan bahwa sebanyak 31,66% responden melakukan pembangunan rumah dengan keputusan dari suami. Hal ini dikarenakan suamilah yang banyak menyumbangkan ide atau pikiran dan juga sumbangan materiil, bagi seorang wanita mengurus rumah dirasa bukanlah hal yang harus dilakukan olehnya karena banyaknya pendapat dari responden yang mengatakan bahwa urusan seperti membuat pagar, mengganti WC yang rusak atau lainnya adalah pekerjaan kaum pria. Sebanyak 28,33% responden menjawab significant Others-lah yang memiliki keputusan untuk membangun rumah. Jawaban ini banyak diberikan responden yang tinggal dengan orangtuanya sehingga perbaikan rumah yang dilakukan bukanlah haknya, karena kepemilikan rumah bukan miliknya dan suaminya. Sebanyak 13,34% responden menjawab bahwa keputusan untuk membangun rumah terletak pada suami, begitu pula mereka yang membangun rumah dengan kesepakatan bersama dengan dominasi istri. Sedangkan istri yang membuat keputusan untuk membangun rumah ditemukan pada 8,33% responden dan sebanyak 5% responden membangun rumah atas dasar kesepakatan bersama tanpa ada dominasi antara keduanya.

### III.6.6. Pengambilan Keputusan dalam Perbaikan Rumah

Sama dengan pembangunan rumah, perbaikan rumah disini juga ditujukan untuk membuat suasana rumah menjadi nyaman dan tentram. Perbaikan rumah dilihat dengan adanya pengecatan ulang pada bagian rumah untuk mempercantik dan mengganti suasana, penambahan aksesoris juga bagian dari perbaikan rumah, pembenahan saran dan prasarana pada bagian rumah juga masuk dalam kategori ini.



Untuk mengetahui pembuatan keputusan pada perbaikan rumah pada responden yang diteliti dapat kita lihat berikut ini.

**Tabel. III.41**

**Tabel Pengambilan Keputusan dalam Perbaikan Rumah**

Pengambil Keputusan	Jumlah	Jumlah (%)
Suami	14	23,33%
Kesepakatan Bersama, dominasi Suami	17	28,34%
Kesepakatan Bersama, dominasi Istri	15	25%
Kesepakatan Bersama, tanpa dominasi	0	0%
Istri	5	8,33%
Significant Other	9	15%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Sumber: Kuisioner no. 42*

Tabel di atas membantu kita dalam menjelaskan mengenai pembuatan keputusan dalam perbaikan rumah. Sebanyak 28,34% responden memperbaiki rumah atas kesepakatan bersama dengan dominasi dari suami. Alasan yang sama dengan pembangunan rumah juga diajukan oleh sebagian besar responden bahwa urusan perbaikan rumah merupakan urusan suami atau kaum pria. Sebanyak 25% responden menjawab bahwa perbaikan rumah dilakukan atas kesepakatan bersama dengan dominasi istri, karena yang mempunyai waktu lebih banyak di rumah adalah istri sehingga perbaikan dilakukan dengan alasan untuk membuat istri lebih betah di rumah. Sebanyak 23,33% responden yang membuat keputusan dalam perbaikan rumah adalah suami, yang dimaksudkan agar tercipta kenyamanan saat pulang dari





kantor dan mengganti suasana yang ada di rumah agar lebih rileks saat pulang dari kantor. Peranan Significant Other ditemukan pada 15% responden dalam hal ini karena responden menetap bersama orangtuanya dan sebanyak 8,33% responden menjawab bahwa istrinya yang berhak menentukan perbaikan rumah.

### III.6.7. Pengambilan Keputusan dalam Membeli Perabot Rumah

Perabot rumah yang dimaksud disini adalah segala sesuatu sarana yang melengkapi rumah seperti lemari, buffet, tempat tidur, sofa, meja makan dan lain sebagainya. Adapun pengambilan keputusan mengenai pengambilan keputusannya dapat dilihat sebagai berikut.

**Tabel. III.42**

**Tabel Pengambilan Keputusan dalam Membeli Perabot**

Pengambil Keputusan	Jumlah	Jumlah (%)
Suami	12	20%
Kesepakatan Bersama, dominasi Suami	3	5%
Kesepakatan Bersama, dominasi Istri	21	35%
Kesepakatan Bersama, tanpa dominasi	6	10%
Istri	10	16,67%
Significant Other	8	13,33%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Sumber: Kuisioner no. 42*

Dari tabel di atas, kita bisa mengetahui bahwa sebagian besar pembuatan keputusan dalam membeli perabot rumah dilakukan atas kesepakatan bersama dengan dominasi istri dengan jumlah 35% responden. 20% responden membeli perabot



rumah ditentukan dengan keputusan dari suami. Sebanyak 16,67% responden membeli perabot rumah dengan keputusan dari istri. Significant other yang tak lain adalah orangtua disini juga masih berperan berdasarkan kepemilikan rumah yang ditempati oleh responden sehingga ia berhal membuat keputusan untuk membeli perabot rumah, dengan jumlah 13,33% responden. Keputusan dengan kesepakatan bersama tanpa adanya dominasi juga ditemukan dengan 10% responden yang menjawab. Hal ini dimungkinkan terjadi ketika bepergian ke satu tempat lalu secara tiba-tiba salah satu dari suami atau istri ingin membeli perabot dan di"iyakan" oleh pasangannya. Sedangkan keputusan membeli perabot rumah dengan kesepakatan bersama atas dominasi suami ditemukan pada 5% responden.

### **III.6.8. Pengambilan Keputusan dalam Membeli Barang Berharga**

Pembelian barang berharga selain dimaksudkan untuk menambah penghargaan pada diri sendiri atas kemampuan yang dimiliki juga akan menambah status sosial yang dimiliki oleh seseorang atau keluarga. Barang berharga adalah barang-barang yang bernilai ekonomis cukup tinggi dan memiliki kegunaan yang lebih dibandingkan barang-barang lain yang dipunyai oleh seseorang atau suatu keluarga, seperti kepemilikan atas mobil, sepeda motor, set perhiasan, Tanah, AC, Water Heater dan lainnya pembelian barang-barang yang berharga dapat dilihat berikut dengan bantuan tabel



Tabel. III.43

## Tabel Pengambilan Keputusan dalam Membeli Barang Berharga

Pengambil Keputusan	Jumlah	Jumlah (%)
Suami	13	21,67%
Kesepakatan Bersama, dominasi Suami	18	30%
Kesepakatan Bersama, dominasi Istri	11	18,33%
Kesepakatan Bersama, tanpa dominasi	3	5%
Istri	12	20%
Significant Other	3	5%
Total	60	100%

Sumber: Kuisisioner no. 42

Tabel di atas membantu kita untuk menjelaskan bahwa sebagian besar responden membuat keputusan pada kesepakatan bersama dengan dominasi suami untuk membeli barang berharga dengan persentase 30% responden. Sebanyak 21,67% responden menjawab bahwa suaminya yang menentukan pembelian barang berharga. Pihak istri sebagai pemegang keputusan untuk membeli barang berharga ditemukan pada 20% responden. Sedangkan adanya kesepakatan bersama dengan dominasi dari istri ditemukan pada 18,33% responden. Untuk pembuat keputusan dalam pembelian barang berharga yang ditentukan oleh significant other seperti orangtua atau kesepakatan bersama tanpa dominasi, masing-masing ditemukan pada 5% responden.

### III.6.9. Pengambilan Keputusan dalam Menentukan Metode Kontrasepsi

Masalah pemilihan metode kontrasepsi merupakan masalah yang sering dihadapi oleh keluarga. Jenis kontrasepsi yang dipakai dan kecocokan kontrasepsi



tersebut bagi pasangan suami-istri adalah masalah yang sering menimbulkan perdebatan antara keduanya. Jika ada salah satu pihak yang merasa kurang cocok dengan kontrasepsi yang digunakan maka dapat memicu terjadinya konflik antara keduanya. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat berikut

**Tabel. III.44**

**Tabel Pengambilan Keputusan dalam Menentukan Metode Kontrasepsi**

Pengambil Keputusan	Jumlah	Jumlah (%)
Suami	11	18,33%
Kesepakatan Bersama, dominasi Suami	13	21,67%
Kesepakatan Bersama, dominasi Istri	14	23,33%
Kesepakatan Bersama, tanpa dominasi	1	1,67%
Istri	15	25%
Significant Other	6	10%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Sumber: Kuisisioner no. 42*

Dari tabel di atas, dapat kita ketahui bahwa pengambil keputusan yang terbesar mengenai penentuan metode kontrasepsi dilakukan oleh istri dengan jumlah 25% responden. Hal ini dikarenakan istrilah yang akan merasakan kecocokan dan kenyamanan dalam penggunaan metode tersebut serta yang akan menerima dampak atau akibatnya adalah istri. Sehingga mereka harus benar-benar nyaman untuk menggunakan alat atau metode kontrasepsi tersebut. Kesepakatan bersama atas dominasi istri dalam menentukan kontrasepsi ditemukan pada 23,33%. Responden. Pada responden yang memilih jawaban ini, mereka sudah melakukan diskusi dengan





suami mengenai penggunaan kontrasepsi. Sebanyak 21,67% menentukan metode kontrasepsi dengan kesepakatan bersama atas dominasi suami, jadi mendiskusikan terlebih dahulu mengenai metode kontrasepsi apa yang dipandang suami itu bagus maka sang istri sebisa mungkin memakainya. Penentuan metode kontrasepsi atas keputusan suami dilakukan oleh 18,33% responden, jadi metode kontrasepsi apa yang dipandang suami bagus, sang istri harus memakai tanpa perkecualian. Significant other atau orangtua juga turut menentukan kontrasepsi yang dipakai dengan ditemukannya 10% responden yang memilih jawaban ini. Hal ini disebabkan persepsi responden yang terlalu awam dan sikap suami yang acuh atas kontrasepsi yang dipakai istrinya, sehingga sang istri mencari saran dan pertimbangan pada orangtuanya untuk menentukan kontrasepsi yang akan dipakai. kontrasepsi yang dipandang baik dan cocok oleh orangtuanya, itulah yang dipakai oleh responden. Yang terakhir, adanya kesepakatan bersama tanpa adanya dominasi ditemukan pada 1,67% responden.

### III.6.10. Pengambilan Keputusan dalam Mendidik Anak

Tanggungjawab sebagai orangtua juga pasti akan dijalankan dalam mendidik anak guna menciptakan kepribadian yang baik, membiasakan untuk patuh terhadap norma dan aturan keluarga setempat yang berlaku. Adapun pembuatan keputusan yang dilakukan atau yang lebih banyak melakukan sosialisasi nilai dan norma terhadap anak oleh keluarga dalam hal mendidik anak dapat dilihat berikut ini.



Tabel. III.45

## Tabel Pengambilan Keputusan dalam Mendidik Anak

Pengambil Keputusan	Jumlah	Jumlah (%)
Suami	5	8,33%
Kesepakatan Bersama, dominasi Suami	9	15%
Kesepakatan Bersama, dominasi Istri	18	30%
Kesepakatan Bersama, tanpa dominasi	6	10%
Istri	20	33,34%
Significant Other	2	3,33%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Sumber: Kuisisioner no. 42

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar yang mendidik anak, dalam artian yang melakukan sosialisasi terhadap nilai dan norma sosial adalah istri dengan jumlah 33,34% responden. Hal ini dikarenakan sifat seorang ibu yang lembut, kalem, sabar dan telaten dipercaya dapat menginternalisasikan nilai dan norma pada anak-anak. Faktor lain adalah karena banyaknya waktu ibu ketika berada di rumah dibandingkan dengan ayah, terutama pada ibu yang tidak bekerja sehingga untuk mendidik anak dipandang lebih efektif ibu yang melakukannya. Dalam mendidik anak, kesepakatan bersama dengan dominasi istri pun ditemukan pada 30% yang dikarenakan adanya persepsi bahwa dalam mendidik anak tidak bisa dilakukan oleh istri seorang diri tetapi juga membutuhkan peran ayah, karena orangtua terdiri dari ayah dan ibu sehingga sosialisasi dipandang lebih maksimal apabila dilakukan bersama, namun tetap yang berperan besar adalah istri. Kesepakatan bersama dengan



dominasi suami dimana suami lebih banyak menentukan mengenai sosialisasi dalam hal apa saja yang harus dilakukan dalam mendidik anak ditemukan pada 15% responden. Sedangkan kesepakatan bersama tanpa adanya dominasi ditemukan pada 10% responden dalam mendidik anak. Keputusan untuk mendidik anak yang ditentukan dilakukan oleh suami sebesar 8,33% responden dan oleh significant other sebanyak 3,33% responden.

### III.6.11. Pengambilan Keputusan dalam Menentukan Tempat Aborsi

Dalam mengambil keputusan untuk sesuatu yang bersifat *crucial*, biasanya membutuhkan waktu yang lebih lama. Demikian pula pada pengambilan keputusan untuk menentukan tempat aborsi yang akan dipilih oleh pasien. Pemilihan yang dilakukan oleh responden ini didasarkan pada beberapa hal, antara lain:

- a. Adanya fasilitas kesehatan yang didukung oleh paramedis yang handal dan professional.
- b. Biaya yang dikeluarkan untuk aborsi oleh pasien cukup terjangkau.
- c. Jarak fasilitas kesehatan yang tak jauh dari tempat tinggal.
- d. Pamor yang tinggi atau sudah terkenal di masyarakat.
- e. Kepercayaan lebih yang diberikan pada fasilitas kesehatan.

Untuk mengetahui mengenai pengambilan keputusan dalam menentukan tempat aborsi yang dipilih, apakah di klinik “Mawar” atau “Melati” dapat dilihat berikut ini.



Tabel. III.46

**Tabel Pengambilan Keputusan dalam Menentukan Tempat Untuk  
Aborsi**

Pengambil Keputusan	Jumlah	Jumlah (%)
Suami	4	6,67%
Kesepakatan Bersama, dominasi Suami	9	15%
Kesepakatan Bersama, dominasi Istri	18	30%
Kesepakatan Bersama, tanpa dominasi	0	0%
Istri	27	45%
Significant Other	2	3,33%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Sumber: Kuisisioner no. 42

Dengan adanya tabel di atas, membantu kita untuk mengetahui bahwa sebagian besar pengambilan keputusan yang dilakukan responden dalam hal menentukan tempat untuk aborsi dilakukan oleh istri sendiri dengan jumlah 45% responden. Adanya kesepakatan bersama dengan dominasi dari istri untuk menentukan tempat aborsi dilakukan oleh 30% responden. Kesepakatan bersama dengan dominasi dari suami yang ditentukan pada pengambilan keputusan ini sebanyak 15% responden. Sedangkan pengambilan keputusan yang diambil oleh suami untuk menentukan tempat aborsi dilakukan oleh 6,67% responden dan yang mengambil keputusan untuk menentukan tempat aborsi oleh significant other seperti orangtua atau saudara atau teman dijawab oleh 3,33% responden.





Adanya temuan data pada responden untuk menentukan tempat aborsi yang menunjukkan kecenderungan pada istri juga ditemui pada penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Virna (2003) mengenai pengambilan keputusan mengenai hak kesehatan reproduksi. Dalam penelitian itu disebutkan bahwa penentuan tempat untuk aborsi berdasarkan tingkat pendidikan antara suami dan istri, sebagian besar ditentukan oleh keputusan dari pihak istri.

### III.6.12. Pengambilan Keputusan Dalam Menentukan Tindakan Aborsi

Ketika seseorang memutuskan untuk mengaborsi kandungannya maka sebenarnya ia berada dalam kondisi yang sulit dimana kondisi yang dihadapi adalah dilematis, di satu sisi sebagai seorang ibu ingin mempertahankan kehamilan tersebut tetapi di sisi yang lain, kehamilan yang terjadi padanya adalah kehamilan yang tidak diinginkan olehnya dan juga mungkin oleh suaminya. Sehingga salah satu jalan yang dapat dilakukan secara aman adalah melakukan tindakan aborsi.

Pengambilan keputusan dalam melakukan tindakan aborsi dapat diputuskan oleh siapa saja, berikut ini gambaran pengambilan keputusan terhadap tindakan aborsi yang dilakukan oleh responden

**Tabel. III.47****Tabel Pengambilan Keputusan Dalam Menentukan Tindakan Aborsi**

Pengambil Keputusan	Jumlah	Jumlah (%)
Suami	12	20%
Kesepakatan Bersama, dominasi Suami	4	6,67%
Kesepakatan Bersama, dominasi Istri	9	15%
Kesepakatan Bersama, tanpa dominasi	0	0%
Istri	31	51,67%
Significant Other	4	6,67%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Sumber: Kuisioner no. 42

Tabel di atas membantu menjelaskan bahwa yang melakukan pengambilan keputusan untuk melakukan tindakan aborsi sebagian besar dari responden adalah istri dengan jumlah 51,67% responden. Pengambilan keputusan atas tindakan aborsi yang harus dilakukan istri, diambil oleh suami sebanyak 20% responden. Kesepakatan bersama dengan dominasi dari istri juga dilakukan dalam pengambilan keputusan untuk melakukan tindakan aborsi yang ditunjukkan oleh 15% responden. Sedangkan pengambilan keputusan yang dilakukan oleh significant other dan kesepakatan bersama dengan dominasi suami dilakukan masing-masing 6,67% responden.



### **III.7. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pola Pengambilan Keputusan untuk Melakukan Tindakan Aborsi karena kegagalan Alat Kontrasepsi.**

Adanya pengambilan keputusan di dalam keluarga pada dasarnya dapat dilakukan oleh siapa saja yang menjadi anggota tersebut. Tetapi adanya kekuasaan dan wewenang yang dimiliki dalam suatu keluarga sangat berpengaruh besar terhadap pengambilan keputusan tersebut. Seperti apa yang diungkapkan oleh Blood & Wolfe (1960) 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.

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)

Sebelum melihat lebih jauh mengenai faktor-faktor yang berpengaruh terhadap pola pengambilan keputusan pada pasutri mengenai aborsi, perlu kita lihat terlebih dahulu mengenai perbandingan pendidikan, pekerjaan dan penghasilan antara suami dan istri guna memperdalam analisis yang dibutuhkan dalam membahas masalah aborsi karena kegagalan alat kontrasepsi. Dengan bantuan tabel perbandingan ini kita dapat mengetahui bagaimana kedudukan yang dimiliki oleh suami dan istri dalam keluarga berdasarkan variabel yang diukur, yaitu Pendidikan, Status Ketenagakerjaan dan Penghasilan.

### III.7.1. Perbandingan Tingkat Pendidikan antara Suami dan Istri

Pada dasarnya, pendidikan yang dianyam oleh seseorang ditujukan untuk memperbaiki kualitas hidup dan memperbaiki segala cara berpikir menjadi lebih rasional dan maju. Tetapi kita jangan memberikan justifikasi bahwa mereka yang tak berpendidikan hingga ke jenjang yang tinggi mempunyai pikiran yang tidak rasional dan tidak maju. Dalam menghadapi permasalahan dan menentukan keputusan, pendidikan seseorang sangatlah berperan karena pendidikan itu akan menentukan sejauh mana seseorang dapat melakukan sesuatu dengan cara pandang yang dimiliki. Maka dari itu, kita perlu mengetahui perbandingan pendidikan antara suami dan istri





guna membantu analisis dalam cara pandang yang akhirnya menentukan pembuatan keputusan dalam tindakan aborsi.

**Tabel III.46**

**Tabel Perbandingan Pendidikan antara Suami dan Istri**

Tingkat Pendidikan	Tingkat Pendidikan Responden	Tingkat Pendidikan Pasangan
Dasar	10	2
Menengah	21	24
Tinggi	29	34
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>60</b>

Sumber: Kuisisioner no. 5 dan 6

Dari tabel perbandingan yang tersaji di atas, dapat kita ketahui bahwa pada tingkat pendidikan dasar, lebih besar responden yang berada pada kategori ini dibandingkan dengan pasangannya. Sedangkan pada tingkat pendidikan menengah, jumlah responden yang memiliki pendidikan pada jenjang ini lebih kecil daripada pasangannya dan pada tingkat pendidikan tinggi, jumlah responden yang berada pada kategori ini juga lebih kecil dibandingkan dengan pasangannya.

Apabila dilihat secara keseluruhan, tingkat pendidikan yang dimiliki oleh responden sebagian besar berada pada pendidikan tinggi dengan jumlah 29 responden sedangkan pendidikan yang dimiliki pada pasangan juga sebagian besar berada pada pendidikan tinggi dengan jumlah 34 responden. Sehingga secara keseluruhan, apabila dilihat dari perbandingan tingkat pendidikan yang dimiliki oleh suami dan istri maka



kita dapat mengetahui tingkat pendidikan suami berjumlah lebih besar daripada tingkat pendidikan yang dimiliki oleh istri.

Selanjutnya akan dibahas mengenai perbandingan antara pekerjaan antara suami dan istri.

### III.7.2. Perbandingan Status Ketenagakerjaan antara Suami dan Istri

Adanya status ketenagakerjaan yang dimiliki oleh seorang wanita dapat pula mempengaruhi status sosial bagi wanita tersebut, kekuasaan dan kewenangan di dalam keluarga yang tentunya juga akan mempengaruhi adanya pembuatan keputusan dalam keluarga termasuk pada tindakan aborsi yang dilakukan oleh responden. Adanya wanita-wanita yang bekerja juga mengubah adanya pandangan bahwa pada saat ini wanita dapat menjalankan peran yang berbeda, yaitu *public role* dimana wanita dapat memasuki dunia kerja atau di luar rumah dan *domestic role* dimana wanita berada di dalam rumah dan bekerja dalam ruang lingkup rumah tangga saja. Perbandingan pekerjaan antara suami dan istri tersebut dapat dilihat berikut.



Tabel III.47

**Tabel Perbandingan Status Ketenagakerjaan antara Suami dan Istri**

Status Ketenagakerjaan	Status Ketenagakerjaan Responden	Status Ketenagakerjaan Pasangan
Bekerja	41	60
Tidak bekerja	19	0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>60</b>

Sumber: Kuisisioner no. 7 dan 8

Tabel di atas membantu untuk mengetahui status ketenagakerjaan antara suami dan istri. Ditunjukkan bahwa responden yang bekerja berjumlah lebih sedikit daripada jumlah pasangan yang bekerja. Seluruh pasangan responden dipastikan memiliki pekerjaan karena tidak ada yang tidak bekerja. Sedangkan pada responden, berjumlah 19 responden yang tidak memiliki pekerjaan atau berprofesi sebagai ibu rumah tangga.

Secara keseluruhan, jika dilihat dari status ketenagakerjaan antara suami dan istri maka jumlah suami yang memiliki status ketenagakerjaan lebih besar dibandingkan dengan istri.

**III.7.3. Perbandingan Tingkat Penghasilan antara Suami dan Istri**

Adanya penghasilan yang dimiliki oleh suami dan istri, pada dasarnya digunakan untuk mencukupi kebutuhan yang bersifat primer, tetapi dengan adanya tabungan yang dimiliki juga dapat membantu investasi yang dimiliki. Dalam



pembuatan keputusan, adanya tingkat penghasilan juga dikatakan dapat berpengaruh pada pembuatan keputusan di dalam keluarga. Adanya penghasilan yang berjumlah tinggi pada anggota keluarga maka berhak untuk menentukan keputusan dalam permasalahan, termasuk pada tindakan aborsi. Berikut ini akan disajikan perbedaan antara tingkat penghasilan yang dimiliki antara suami dan istri.

**Tabel III.48****Tabel Perbandingan Tingkat Penghasilan antara Suami dan Istri**

Tingkat Penghasilan	Tingkat Penghasilan Responden	Tingkat Penghasilan Pasangan
Rp 0 – 500.000	20	7
Rp 500.001 – 1.000.000	23	18
Rp 1.000.001 – 1.500.000	12	12
Rp 1.500.001 – 2.000.000	5	13
Rp 2.000.001 – 2.500.000	0	4
Rp 2.500.001 – 3.000.000	0	4
Rp 3.000.001 – 3.500.001	0	2
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>60</b>

Sumber: Kuisioner no.9 dan 11

Dengan bantuan tabel di atas, kita dapat mengetahui bahwa pada penghasilan Rp 0 – 500.000 jumlah responden yang memiliki penghasilan ini lebih besar dibandingkan dengan pasangannya. Penghasilan Rp 500.001 – 1.000.000 yang dimiliki responden jumlahnya lebih besar juga dibandingkan dengan penghasilan





pasangan. Pada penghasilan Rp 1.000.001 – 1.500.000 jumlah responden yang ada jumlahnya sama dengan penghasilan pasangannya. Pada penghasilan Rp 1.500.001 – 2.000.000 jumlah responden lebih kecil dibandingkan dengan jumlah pasangan responden yang memiliki penghasilan pada kategori ini. Sedangkan pada penghasilan Rp 2.000.001 – 2.500.000 dan Rp 2.500.001 – 3.000.000 jumlah responden yang memiliki lebih sedikit daripada jumlah penghasilan pasangan, dipastikan bahwa tak ada seorang responden pun yang memiliki penghasilan pada 2 kategori di atas. Terakhir, penghasilan Rp 3.000.001 – 3.500.000 jumlah responden yang memiliki juga lebih kecil daripada jumlah penghasilan yang dimiliki oleh pasangan karena tak satupun juga responden yang memiliki penghasilan pada kategori ini.

Secara keseluruhan, penghasilan yang dimiliki oleh responden berkisar pada Rp 0 – 2.000.000 dengan jumlah 60 responden sedangkan penghasilan yang dimiliki oleh pasangan responden berkisar antara Rp 0 – 3.500.000 sehingga kita dapat mengetahui bahwa tingkat penghasilan responden lebih kecil dibandingkan tingkat penghasilan pasangan responden.

Selanjutnya, akan dibahas mengenai faktor-faktor yang dimungkinkan mempengaruhi pola pengambilan keputusan, dengan cara menyilangkan beberapa variabel yang ada. Variabel yang disilangkan diharapkan dapat membantu kekayaan data yang diperoleh guna kepentingan analisis.



### III.7.4. Hubungan Usia Responden dengan Jumlah Anak Ideal

Usia yang dimiliki responden pada saat diwawancara menunjukkan apakah mereka tergolong dalam usia subur atau tidak. Usia responden juga menunjukkan adanya kematangan fisiologis seseorang, dalam hal ini dilihat pada kemampuan wanita untuk hamil dan melahirkan. Apabila seseorang hamil maka dapat dikatakan bahwa wanita tersebut secara fisiologis telah matang. Usia responden disini digunakan sebagai salah satu variabel yang diteliti dengan maksud bahwa usia responden menunjukkan kematangan seseorang dalam cara berpikir, memutuskan sesuatu dan bertindak.

Sedangkan dari Wyatt (1967) mencatat bahwa salah satu variabel pada individu yang mempengaruhi keinginan seseorang untuk memiliki anak adalah usia. Kita perlu mengetahui apakah semakin tua usia wanita maka akan cenderung lebih mengidealkan jumlah anak dalam jumlah yang sedikit. Adanya keinginan secara ideal mengenai jumlah anak yang terbatas ini juga dapat mengakibatkan seseorang untuk melakukan tindakan aborsi apabila anak yang dimilikinya berjumlah lebih dari yang dianggapnya ideal dalam satu keluarga.

Di bawah ini akan dilihat hubungan antara usia responden dengan jumlah anak yang dianggap Ideal dengan bantuan tabel silang.



Tabel III.49

**Tabel Hubungan Antara Usia Responden dengan Jumlah Anak Ideal**

Jumlah Anak yang Dianggap Ideal	Usia Responden (Dalam Tahun)					Total
	21 - 25	26 - 30	31 - 35	36 - 40	41 - 45	
1 Orang	4 (40%)	10 (40%)	4 (33,33%)	2 (25%)	1 (20%)	25 (41,67%)
2 Orang	6 (60%)	15 (60%)	8 (66,67%)	6 (75%)	4 (80%)	35 (58,33%)
<b>Total</b>	<b>10</b> <b>(100%)</b>	<b>25</b> <b>(100%)</b>	<b>12</b> <b>(100%)</b>	<b>8</b> <b>(100%)</b>	<b>5</b> <b>(100%)</b>	<b>60</b> <b>(100%)</b>

Sumber: Kuisisioner no. 2 dan 33

Dari data yang tersaji di atas, menunjukkan bahwa secara keseluruhan, jumlah anak yang dianggap ideal dalam suatu keluarga adalah 2 Orang. Data di atas juga menunjukkan bahwa semakin bertambahnya usia yang dialami membawa perubahan juga pada keinginan mempunyai anak yang ideal, yaitu 2 orang. Semakin bertambah usia wanita maka keinginan untuk punya anak bukanlah semakin banyak seperti orang zaman dulu melainkan semakin terbatas. Hal ini dikarenakan beban hidup yang semakin berat, dalam artian untuk membesarkan seorang anak membutuhkan biaya yang banyak dan aspek sosial yang baik. Seperti yang dikatakan



oleh Bogue (1967) dalam penelitian yang dilakukan oleh Suyanto dan Wirawan (1991) bahwa jika ada seseorang yang menginginkan anak dalam jumlah yang sedikit, itu semua adalah atas pertimbangan untuk menghindari akibat-akibat buruk yang mungkin timbul jika kondisi ekonominya terpaksa harus dibagi lagi akibat munculnya penghuni rumah yang baru. Dengan hipotesis yang ada bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara faktor usia dengan jumlah anak ideal, dengan nilai  $X^2=46,24$  dan  $df=20$ ,  $Pvalue=0$  pada  $\alpha=0,05$  maka diperoleh titik kritis=51,41. dengan demikian dapat disimpulkan bahwa hipotesis ( $H_0$ ) diterima yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara usia responden dengan jumlah anak ideal.

### **III.7.5. Hubungan Usia Responden dengan Metode Kontrasepsi yang Dipakai Sebelum Aborsi**

Adanya pengaruh variabel usia dalam pemilihan metode kontrasepsi yang dipakai dapat bersifat ganda, maksudnya di satu sisi akan mendorong pasangan usia subur untuk memilih metode kontrasepsi yang sifatnya semi-permanen untuk digunakan tetapi di sisi lain dapat juga bersifat menghambat pemilihan metode kontrasepsi yang sifatnya semi-permanen, seperti IUD atau Tubektomi dan justru mendorong pemilihan kontrasepsi yang sifatnya sementara yang pada akhirnya mendorong tindakan aborsi karena kehamilan yang tidak diinginkan karena kegagalan alat kontrasepsi.





Seberapa jauh variabel usia tersebut mempengaruhi pemilihan metode kontrasepsi yang dipakai sebelum aborsi dan bagaimana trend yang muncul pada metode kontrasepsi yang digunakan atas dasar perbedaan pada usia responden dapat dilihat berikut. Juga kita dapat mengetahui lebih lanjut metode manakah yang banyak gagalnya dalam kategori usia tertentu.

Tabel III.50

**Tabel Hubungan Antara Usia Responden dengan Metode Kontrasepsi yang Dipakai**

Metode Kontrasepsi	Usia Responden (Dalam Tahun)					Total
	21 - 25	26 - 30	31 - 35	36 - 40	41 - 45	
Kondom	2 (20%)	1 (4%)	1 (8,33%)	0 (0%)	1 (20%)	5 (8,33%)
Internal Urine	3 (30%)	5 (20%)	2 (16,67%)	6 (75%)	2 (40%)	18 (30%)
Susuk KB atau	1 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (12,5%)	0 (0%)	2 (3,33%)
Pil KB	3 (30%)	12 (48%)	2 (16,67%)	1 (12,5%)	2 (40%)	20 (33,34%)
Suntik KB	1 (10%)	5 (20%)	3 (25%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (15%)
Diafragma	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Vasektomi	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Tubektomi	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Senggama	0 (0%)	0 (0%)	1 (8,33%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,67%)
Sistem Kalender	0 (0%)	2 (8%)	3 (25%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (8,33%)
<b>Total</b>	<b>10 (100%)</b>	<b>25 (100%)</b>	<b>12 (100%)</b>	<b>8 (100%)</b>	<b>5 (100%)</b>	<b>60 (100%)</b>

Sumber: Kuisisioner no. 2 dan 35



Dapat kita jelaskan melalui tabel tersebut bahwa secara keseluruhan metode kontrasepsi yang banyak dipakai oleh responden sebelum melakukan aborsi adalah Pil KB dengan jumlah 33,34% responden, Pil KB banyak dikonsumsi oleh responden yang berusia antara 26 – 30 tahun dengan jumlah 48% responden dan paling sedikit dikonsumsi oleh responden dengan kategori usia 36 – 40 tahun yang hanya berjumlah 12,5% responden. Dengan begitu, kita dapat pula mengetahui bahwa metode kontrasepsi yang paling banyak mengalami kegagalan adalah Pil KB. Kegagalan disini dapat disebabkan karena 2 hal. Yang pertama karena responden lupa untuk mengkonsumsinya mengingat Pil KB ini memang paling mudah digunakan tanpa melibatkan pihak lain maka banyak akseptor KB yang memilihnya (Kegagalan Pemakai). Yang kedua karena efektivitas Pil KB ini tidak tercipta sesuai dengan keadaan fisik responden sehingga metode kontrasepsi ini tidak berpengaruh pada diri responden (Kegagalan Metode)

Adapun trend yang dimiliki wanita pada setiap kategori usia pada alat kontrasepsi yang dipilih ternyata berbeda antara satu dengan yang lain. Pada kategori usia 21 – 25 tahun, metode kontrasepsi yang paling banyak digunakan sebelum aborsi adalah Internal Urine Device (IUD) dan Pil KB, masing-masing dengan jumlah yang sama yaitu sebanyak 30% responden. Pada kategori usia 26 – 30 tahun, metode kontrasepsi yang paling banyak dipakai adalah Pil KB dengan jumlah 48% responden. Sedangkan pada kategori usia 31 – 35 tahun, metode kontrasepsi yang menjadi trend adalah Suntik KB dan Sistem kalender dengan proporsi yang sama, masing-masing sebesar 25% responden. Pada kategori usia 36 – 40 tahun, metode



kontrasepsi yang populer adalah Internal Urine Device yang berjumlah 75% responden. Dan untuk kategori usia 41 – 45 tahun, Pil KB dan Internal Urine Device (IUD) menjadi alternatif metode kontrasepsi yang digunakan sebelum aborsi dengan jumlah masing-masing sebesar 40% responden. Dengan hipotesis yang ada bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara faktor usia dengan metode kontrasepsi yang dipakai, dengan nilai  $X^2=46,24$  dan  $df=20$ ,  $Pvalue=0$  pada  $\alpha=0,05$  maka diperoleh titik kritis= $56,32$ . dengan demikian dapat disimpulkan bahwa hipotesis ( $H_0$ ) diterima yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara usia responden dengan metode kontrasepsi yang dipakai.

### **III.7.6. Hubungan Usia Responden dengan Pengambilan Keputusan dalam Pengaturan Jumlah anak**

Usia yang dimiliki responden disini berguna untuk melihat kematangan seseorang secara fisik. Dilihat dari usia, semakin banyak usia responden maka kematangan fisik semakin matang.

Dalam pengambilan keputusan, variabel usia ini bisa saja mempengaruhi. Adanya anggapan pada keluarga Jawa bahwa orangtua yang lebih berhak untuk mengambil keputusan dikarenakan dengan bertambahnya usia maka pengalaman seseorang dalam menjalani kehidupan lebih banyak sehingga mereka yang muda menganggap “*tiang sepuh*” sebagai orang yang penting dalam keluarga dengan cara memberikan prioritas untuk memutuskan sesuatu dan memakai keputusan sebagai



kesepakatan bersama. Begitu juga dengan pengaturan jumlah anak, jumlah yang dianggap ideal menurut keluarga akan dipenuhi.

Mengenai hubungan variabel usia responden dengan pembuatan keputusan dalam pengaturan jumlah anak dapat dilihat sebagai berikut.

**Tabel III. 51**

**Tabel Hubungan usia dengan Pengambilan Keputusan dalam Pengaturan Jumlah Anak**

Pembuat Keputusan	Usia Responden (Dalam Tahun)					Total
	21 - 25	26 - 30	31 - 35	36 - 40	41 - 45	
Suami	2 (20%)	1 (4%)	2 (16,67%)	0 (0%)	1 (20%)	6 (10%)
Kesepakatan bersama, dominasi Suami	1 (10%)	5 (20%)	4 (33,33%)	3 (37,5%)	0 (0%)	13 (21,67%)
Kesepakatan bersama, dominasi Istri	3 (30%)	8 (32%)	3 (25%)	3 (37,5%)	3 (60%)	20 (33,34%)
Kesepakatan bersama, tanpa dominasi	0 (0%)	0 (0%)	1 (8,33%)	1 (12,5%)	0 (0%)	2 (3,33%)
Istri	4 (40%)	11 (44%)	2 (16,67%)	1 (12,5%)	1 (20%)	19 (31,66%)
Significant Other	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Total</b>	<b>10 (100%)</b>	<b>25 (100%)</b>	<b>12 (100%)</b>	<b>8 (100%)</b>	<b>5 (100%)</b>	<b>60 (100%)</b>

Sumber: Kuisisioner no. 2 dan 42





Dari tabel di atas kita ketahui bahwa secara keseluruhan, pembuatan keputusan dalam pengaturan jumlah anak dilakukan oleh kesepakatan bersama dengan dominasi dari istri dengan jumlah 33,34%. Apabila ditinjau berdasarkan kategori usia responden, pada usia 21-25 tahun, pembuatan keputusan dalam pengaturan jumlah anak dilakukan oleh Istri dengan jumlah 40% responden. Pada usia 16-30 tahun, pembuatan keputusan dalam pengaturan jumlah anak dilakukan oleh Istri sebesar 44% responden. Pada usia 31-35 tahun, pembuatan keputusan ini banyak dilakukan oleh kesepakatan bersama dengan dominasi istri dengan jumlah 33,33% responden. Pada responden yang berusia 36-40 tahun, sebagian besar pembuatan keputusan dalam pengaturan jumlah anak dilakukan atas kesepakatan bersama dengan dominasi suami dan juga dominasi dari istri, keduanya mempunyai proporsi yang sama sebesar 37,5% responden. Sedangkan pada responden yang berusia 41-45 tahun, pembuatan keputusan sebagian besar dilakukan oleh kesepakatan bersama dengan dominasi istri dengan jumlah 60% responden.

Dapat diketahui juga bahwa ternyata peran *significant other*, yaitu orangtua responden dalam mengatur jumlah anak tidak ada. Hal ini disebabkan pergeseran pandangan bahwa pengaturan jumlah anak dilakukan suami istri saja mengingat fungsi reproduksi ada pada mereka. Dengan hipotesis yang ada bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara faktor usia dengan pengaturan jumlah anak, dengan nilai  $X^2=42,20$  dan  $df=15$ ,  $Pvalue=0$  pada  $\alpha=0,05$  maka diperoleh titik kritis=38,22. dengan demikian dapat disimpulkan bahwa hipotesis ( $H_0$ ) ditolak yang menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara usia responden dengan pengaturan



jumlah anak. Hal ini dikarenakan adanya keterlibatan emosi untuk memiliki anak lebih besar dimiliki oleh istri daripada pertimbangan rasional yang dilakukan dalam memelihara dan pengembangan anak.

### III.7.7. Hubungan Usia Responden dengan Pengambilan Keputusan dalam Pengaturan Jarak Kelahiran Anak

Usia yang dimiliki responden juga dapat dikatakan berpengaruh pada pengambilan keputusan dalam hal pengaturan jarak kelahiran anak. Untuk menguji apakah memang ada pengaruhnya atau tidak dapat kita lihat berikut melalui bantuan tabel silang.

**Tabel III. 52**

**Tabel Hubungan usia dengan Pengambilan Keputusan dalam Jarak kelahiran Anak**

Pembuat Keputusan	Usia Responden (Dalam Tahun)					Total
	21 - 25	26 - 30	31 - 35	36 - 40	41 - 45	
Suami	1 (10%)	3 (12%)	2 (16,67%)	2 (25%)	2 (40%)	10 (16,66%)
Kesepakatan bersama, dominasi Suami	4 (40%)	10 (40%)	2 (16,67%)	3 (37,5%)	1 (20%)	20 (33,34%)
Kesepakatan bersama, dominasi Istri	3 (30%)	9 (28%)	4 (33,33%)	1 (12,5%)	0 (0%)	17 (28,34%)
Kesepakatan bersama, tanpa dominasi	0 (0%)	0 (0%)	1 (8,33%)	1 (12,5%)	1 (20%)	3 (5%)
Istri	2 (20%)	3 (12%)	3 (25%)	1 (12,5%)	1 (20%)	10 (16,66%)
Significant Other	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Total</b>	<b>10 (100%)</b>	<b>25 (100%)</b>	<b>12 (100%)</b>	<b>8 (100%)</b>	<b>5 (100%)</b>	<b>60 (100%)</b>

Sumber: Kuisisioner no. 2 dan 42



Dari tabel di atas kita ketahui bahwa secara keseluruhan apabila dilihat dari usia responden, pengambilan keputusan dalam pengaturan jarak kelahiran anak dilakukan oleh kesepakatan bersama dengan dominasi suami dengan jumlah 33,34% responden. Pada usia 21-25 tahun, pengambilan keputusan dalam pengaturan jarak kelahiran anak ditentukan oleh kesepakatan bersama dengan dominasi suami sebesar 40% responden. Pada usia 26-30 tahun, pengambilan keputusan dalam hal ini dilakukan oleh kesepakatan bersama dengan dominasi suami juga dengan jumlah 40% responden. Pada usia 31-35 tahun, yang banyak mengambil keputusan dalam pengaturan jarak kelahiran adalah kesepakatan bersama dengan dominasi istri dengan jumlah 33,33%. Pada usia 36-40 tahun, pengambilan keputusan jarak kelahiran anak dilakukan oleh kesepakatan bersama dengan dominasi suami dengan jumlah 37,5% responden. Pada usia 41-45 tahun, pengambilan keputusan dalam penentuan jarak kelahiran anak dilakukan oleh suami dengan jumlah 40% responden. Dengan hipotesis yang ada bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara faktor usia dengan pengambilan keputusan dalam menentukan jarak kelahiran, dengan nilai  $X^2=15,57$  dan  $df=8$ ,  $Pvalue=0$  pada  $\alpha=0,05$  maka diperoleh titik kritis=19,51. dengan demikian dapat disimpulkan bahwa hipotesis ( $H_0$ ) diterima yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara usia responden dengan pengambilan keputusan dalam menentukan jarak kelahiran.



### **III.7.8. Hubungan Usia Responden dengan Pengambilan Keputusan dalam Menentukan Metode Kontrasepsi**

Dalam menentukan kontrasepsi apa yang akan dipakai, keterlibatan antara suami istri sangatlah penting. Adanya komunikasi yang sesuai antara keduanya dalam memilih metode kontrasepsi yang tepat akan menimbulkan keserasian sehingga nantinya tak ada yang saling menyalahkan jika terjadi sesuatu, misalnya adanya kehamilan karena kegagalan alat kontrasepsi.

Usia responden dan pasangan juga turut menentukan kesuksesan efektivitas kontrasepsi. Dengan bertambahnya usia, responden mampu memilih kontrasepsi yang tepat baginya sesuai dengan kondisi fisiknya.

Hubungan antara usia responden yang ditengarai berpengaruh dengan pengambilan keputusan dalam menentukan metode kontrasepsi dapat dilihat berikut



**Tabel III. 53**

**Tabel Hubungan usia dengan Pengambilan Keputusan dalam  
Menentukan Metode Kontrasepsi**

Pembuat Keputusan	Usia Responden (Dalam Tahun)					Total
	21 - 25	26 - 30	31 - 35	36 - 40	41 - 45	
Suami	3 (30%)	5 (20%)	1 (8,33%)	2 (25%)	0 (0%)	11 <b>(18,33%)</b>
Kesepakatan bersama,	2 (20%)	6 (24%)	2 (16,67%)	3 (37,5%)	1 (20%)	13 <b>(21,67%)</b>
Kesepakatan bersama,	1 (10%)	8 (32%)	4 (33,33%)	1 (12,5%)	0 (0%)	14 <b>(23,33%)</b>
Kesepakatan bersama, tanpa	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (20%)	1 <b>(1,67%)</b>
Istri	2 (20%)	4 (16%)	4 (33,33%)	1 (12,5%)	3 (60%)	15 <b>(25%)</b>
Significant Other	2 (20%)	2 (8%)	1 (8,33%)	1 (12,5%)	0 (0%)	6 <b>(10%)</b>
<b>Total</b>	<b>10</b> (100%)	<b>25</b> (100%)	<b>12</b> (100%)	<b>8</b> (100%)	<b>5</b> (100%)	<b>60</b> (100%)

*Sumber: Kuisisioner no. 2 dan 42*

Tabel di atas membantu untuk menjelaskan bahwa secara keseluruhan ditinjau dari kategori usia responden, pengambilan keputusan dalam hal menentukan metode kontrasepsi ditentukan oleh istri sebanyak 25% responden.

Pada responden yang berusia 21-25 tahun, pengambilan keputusan dalam penentuan metode kontrasepsi sebagian besar dilakukan oleh suami sebesar 30% responden. Pada responden usia 26-30 tahun, pengambilan keputusan dilakukan oleh



kesepakatan bersama dengan dominasi istri sebesar 32% responden. Pada usia 31-35 tahun, pengambilan keputusan sebagian besar dilakukan oleh istri dan kesepakatan bersama atas dominasi istri yang sama besarnya, masing-masing 33,33% responden. Pada responden yang berusia 36-40 tahun, pengambilan keputusan dalam menentukan metode kontrasepsi sebagian besar dilakukan oleh kesepakatan bersama dengan dominasi suami. Pada usia 41-45 tahun, pengambilan keputusan mengenai penentuan metode kontrasepsi dilakukan oleh istri sebesar 60% responden.

Dengan hipotesis yang ada bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara faktor usia dengan pengambilan keputusan dalam menentukan alat kontrasepsi, dengan nilai  $X^2=15,57$  dan  $df=8$ ,  $Pvalue=0$  pada  $\alpha=0,05$  maka diperoleh titik kritis=14,22. dengan demikian dapat disimpulkan bahwa hipotesis ( $H_0$ ) ditolak yang menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara usia responden dengan pengambilan keputusan dalam menentukan alat kontrasepsi

### **III.7.9. Hubungan Usia Responden dengan Pengambilan Keputusan dalam Menentukan Tempat untuk Aborsi**

Usia responden dapat dikatakan mempengaruhi penentuan tempat untuk aborsi, hal ini dikarenakan responden akan mencari tempat atau klinik yang dapat menerimanya sesuai dengan usianya saat itu.

Adapun pengambilan keputusan dilakukan oleh seseorang dalam mencari tempat untuk aborsi ketika informasi yang didapatkan telah didapatkan. Mengenai siapa yang mengambil keputusan untuk menentukan tempat aborsi, antara seorang



yang satu tidaklah sama dengan yang lain. Untuk lebih pastinya kita dapat melihat hubungan antara usia responden dengan pengambilan keputusan dalam menentukan tempat untuk aborsi berikut ini

Tabel III. 54

**Tabel Hubungan usia dengan Pengambilan Keputusan dalam Menentukan Tempat untuk Aborsi**

Pembuat Keputusan	Usia Responden (Dalam Tahun)					Total
	21 - 25	26 - 30	31 - 35	36 - 40	41 - 45	
Suami	2 (20%)	2 (8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (6,67%)
Kesepakatan bersama,	1 (10%)	4 (16%)	2 (16,67%)	2 (25%)	0 (0%)	9 (15%)
Kesepakatan bersama,	2 (20%)	8 (32%)	5 (41,67%)	1 (12,5%)	2 (20%)	18 (30%)
Kesepakatan bersama, tanpa	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Istri	4 (40%)	10 (40%)	5 (41,67%)	5 (62,5%)	3 (60%)	27 (45%)
Significant Other	1 (10%)	1 (4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (3,33%)
<b>Total</b>	<b>10 (100%)</b>	<b>25 (100%)</b>	<b>12 (100%)</b>	<b>8 (100%)</b>	<b>5 (100%)</b>	<b>60 (100%)</b>

Sumber: Kuisisioner no. 2 dan 42

Tabel di atas membantu menjelaskan bahwa secara keseluruhan dilihat dari usia responden, pengambilan keputusan dalam menentukan tempat dilakukan oleh istri sebesar 45% responden. Pada responden yang berusia 21-25 tahun, pengambilan



keputusan dalam menentukan tempat untuk aborsi dilakukan oleh istr sebanyak 40% responden. Pada responden yang berusia 26-30 tahun, pengambilan keputusan dilakukan oleh istri sebesar 40%. Pada responden yang berusia 31-35 tahun, sebagian besar pengambilan keputusan dilakukan oleh istri dan kesepakatan bersama dengan dominasi dari istri yang masing-masing sebesar 41,67% responden. Pada responden yang usianya 36-40 tahun, pengambilan keputusan dalam menentukan tempat untuk aborsi dilakukan oleh istri dengan jumlah 62,5% responden. Pada responden yang usianya 41-45 tahun, pengambilan keputusan dalam menentukan tempat untuk aborsi dilakukan oleh istri dengan jumlah 60% responden.

Temuan data yang menyatakan bahwa hampir dari seluruh kategori usia istri memegang peranan yang besar dalam pengambilan keputusan untuk menentukan tempat untuk aborsi. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden sudah mengetahui tempat yang paling cocok baginya untuk melakukan aborsi. Ditunjang dengan banyaknya informasi mengenai aborsi di kedua klinik tersebut, responden semakin tertarik untuk mengunjungi kedua klinik di Kota Malang itu.

Dengan hipotesis yang ada bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara faktor usia dengan pengambilan keputusan dalam menentukan tempat aborsi, dengan nilai  $X^2=36,20$  dan  $df=12$ ,  $Pvalue=0$  pada  $\alpha=0,05$  maka diperoleh titik kritis=28,26. dengan demikian dapat disimpulkan bahwa hipotesis ( $H_0$ ) ditolak yang menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara usia responden dengan pengambilan keputusan dalam menentukan tempat aborsi





### III.7.10. Hubungan Usia Responden dengan Pengambilan Keputusan dalam Menentukan Tindakan Aborsi

Usia responden dilihat kaitannya dalam pengambilan keputusan dalam menentukan aborsi ialah ketika usia responden semakin tua maka pengambilan keputusan untuk tindakan aborsi dimungkinkan untuk dilakukan sendiri karena diambilnya keputusan untuk aborsi maka seorang wanita akan mengetahui kapasitasnya untuk melakukan aborsi yang menguntungkan dirinya, jadi ia sudah mengetahui resiko pada dirinya. Hubungan tersebut dapat kita lihat berikut dengan bantuan tabel silang.

**Tabel III. 57**  
**Tabel Hubungan Usia Dengan Pengambilan Keputusan dalam Menentukan Tindakan Aborsi**

Pembuat Keputusan	Usia Responden (Dalam Tahun)					Total
	21 - 25	26 - 30	31 - 35	36 - 40	41 - 45	
Suami	2 (20%)	8 (32%)	2 (16,67%)	0 (0%)	0 (0%)	12 (20%)
Kesepakatan bersama, dominasi Suami	1 (10%)	1 (4%)	0 (0%)	2 (25%)	0 (0%)	4 (6,67%)
Kesepakatan bersama, dominasi Istri	4 (40%)	3 (12%)	0 (0%)	1 (12,5%)	1 (20%)	9 (15%)
Kesepakatan bersama, tanpa dominasi	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Istri	2 (20%)	11 (44%)	10 (83,33%)	4 (50%)	4 (80%)	31 (51,67%)
Significant Other	1 (10%)	2 (8%)	0 (0%)	1 (12,5%)	0 (0%)	4 (6,67%)
<b>Total</b>	<b>10 (100%)</b>	<b>25 (100%)</b>	<b>12 (100%)</b>	<b>8 (100%)</b>	<b>5 (100%)</b>	<b>60 (100%)</b>

Sumber: Kuisisioner no. 2 dan 42



Berdasarkan tabel yang ada di atas kita ketahui bahwa pada kategori usia 21-25 tahun, pengambilan keputusan untuk melakukan tindakan aborsi dilakukan oleh kesepakatan bersama dengan dominasi istri sebanyak 40% responden. Pada usia 26-30 tahun, pengambilan keputusan untuk melakukan tindakan aborsi dilakukan oleh istri dengan jumlah 44% responden. Pada responden yang berusia 31-35 tahun, pengambilan keputusan dilakukan oleh istri dengan jumlah 83,33% responden. Pada responden yang berusia 36-40 tahun, pengambilan keputusan untuk melakukan tindakan aborsi dilakukan oleh istri sebanyak 50% responden dan pada responden yang usianya 41-45 tahun, pengambilan keputusan dilakukan oleh istri dengan jumlah 80% responden.

Dengan hipotesis yang ada bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara faktor usia dengan pengambilan keputusan dalam menentukan tempat aborsi, dengan nilai  $\chi^2=36,20$  dan  $df=12$ ,  $P\text{value}=0$  pada  $\alpha=0,05$  maka diperoleh titik kritis=40,06. dengan demikian dapat disimpulkan bahwa hipotesis ( $H_0$ ) diterima yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara usia responden dengan pengambilan keputusan dalam menentukan tindakan aborsi. Hal ini dikarenakan setiap responden yang akan melakukan aborsi sudah berinisiatif dari dirinya sendiri untuk aborsi, selain itu adanya kemauan dan kemampuan secara fisik untuk aborsi pada sebagian besar responden juga mendukung adanya keputusan istri untuk menentukan tindakan aborsi.



### III.7.10. Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Jumlah Anak Ideal

Menurut Bouge (1969), salah satu variabel yang secara kuat mempengaruhi sikap seseorang terhadap besarnya keluarga dan nilai anak adalah variabel tingkat pendidikan. Sedangkan menurut Holsinger dan Kasarda (1976) hubungan antara tingkat pendidikan dengan penurunan tingkat fertilitas belum sepenuhnya terbukti tetapi para ahli umumnya tidak menolak anggapan bahwa tingkat pendidikan menunjukkan pengaruhnya yang kuat terhadap fertilitas jika dibandingkan dengan variabel-variabel yang lain. (Lucas, David, 1990: 69) hal ini dapat dipengaruhi oleh adanya tingkat pendidikan yang dimiliki oleh seseorang, utamanya pada wanita akan membawa wanita tersebut mempunyai keinginan atas karier yang tinggi. Apabila sebelumnya wanita dinomorsatukan dengan perkawinan yang akhirnya mengharuskan untuk mempunyai anak banyak sebagai aset masa depan tergeser dengan adanya jenjang karier mereka di masa mendatang yang tidak memusingkan anak. Sehingga dapat dikatakan bahwa telah terjadi pergeseran pandangan dalam diri wanita masa kini mengenai konsep mengenai hadirnya anak dan makna anak.

Sebelumnya, kepemilikan anak yang banyak dianggap sebagai “barang berharga” namun sekarang kepemilikan anak yang banyak dianggap sebagian besar responden yang diwawancarai sebagai beban sehingga memunculkan konsep jumlah anak yang ideal, didukung dengan adanya program KB yang mampu merubah cara pandang masyarakat dari jumlah anak yang banyak menjadi anak yang sedikit.



Berikut ini akan dilihat hubungan antara tingkat pendidikan responden dengan jumlah anak yang dianggap ideal dalam satu keluarga.

**Tabel III.55**

**Tabel Hubungan Antara Tingkat Pendidikan dengan Jumlah Anak Ideal**

Jumlah Anak yang Dianggap Ideal	Tingkat Pendidikan			Total
	Rendah	Sedang	Tinggi	
1 Orang	2 (20%)	6 (28,58%)	17 (58,62%)	25 (41,67%)
2 Orang	8 (80%)	17 (71,42%)	12 (41,38%)	35 (58,33%)
<b>Total</b>	<b>10 (100%)</b>	<b>21 (100%)</b>	<b>29 (100%)</b>	<b>60 (100%)</b>

Sumber: Kuisisioner no. 5 dan 33

Dari tabel diatas, kita dapat mengetahui bahwa secara keseluruhan responden menganggap anak yang ideal untuk dimiliki adalah 2 orang dengan jumlah 58,33% responden dari seluruh responden yang diwawancara. Sedangkan sisanya, sebanyak 41,67% responden menjawab anak ideal adalah 1 orang saja. Secara keseluruhan, seluruh responden yang diwawancara ternyata telah mengalami pergeseran persepsi terhadap jumlah anak ideal yang dimiliki ditinjau dari tingkat pendidikan. Pada penelitian-penelitian kependudukan yang dilakukan sebelumnya menunjukkan bahwa tingkat pendidikan kurang berpengaruh terhadap jumlah anak yang dianggap ideal, umumnya dari pendidikan yang rendah, sedang dan tinggi menginginkan jumlah anak di atas 3 Orang. Tetapi temuan data pada penelitian ini menunjukkan bahwa pada







dan tidak mau tahu atas perkembangan alat kontrasepsi sehingga tak jarang menimbulkan penolakan karena dipandang kurang sesuai dengan diri dan masyarakatnya serta dianggap temuan baru itu asing.

Sehingga, banyak dari masyarakat kita yang memakai alat kontrasepsi yang banyak dipakai oleh orang lain, tanpa melihat unsur efektivitas pada dirinya dan akhirnya mengalami kehamilan yang tak diinginkan karena kegagalan alat kontrasepsi. Untuk mengetahui lebih lanjut mengenai hubungan antara tingkat pendidikan responden dengan pemilihan metode kontrasepsi yang dipakai sebelum aborsi, dapat dilihat sebagai berikut:



**Tabel III.56**

**Tabel Hubungan Antara Tingkat Pendidikan dengan Metode  
Kontrasepsi yang Dipakai**

Metode Kontrasepsi	Tingkat Pendidikan			Total
	Dasar	Menengah	Tinggi	
Kondom	0 (0%)	2 (9,52%)	3 (10,34%)	5 (8,33%)
Internal Urine Device (IUD)	3 (30%)	6 (28,58%)	9 (31,03%)	18 (30%)
Susuk KB atau Implant	0 (0%)	0 (0%)	2 (22,22%)	2 (3,33%)
Pil KB	3 (30%)	10 (47,61%)	7 (24,13%)	20 (33,34%)
Suntik KB	4 (40%)	1 (4,76%)	4 (13,79%)	9 (15%)
Diafragma	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Vasektomi	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Tubektomi	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Senggama Terputus	0 (0%)	0 (0%)	1 (8,33%)	1 (1,67%)
Sistem Kalender	0 (0%)	2 (9,52%)	3 (10,34%)	5 (8,33%)
<b>Total</b>	<b>10 (100%)</b>	<b>21 (100%)</b>	<b>29 (100%)</b>	<b>60 (100%)</b>

Sumber: Kuisisioner no. 5 dan 35



Dari tabel di atas, kita dapat menjelaskan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan responden pemakaian alat kontrasepsi yang dipilih juga berbeda, mengingat adanya sikap, pengetahuan dan penerimaan pada alat kontrasepsi yang berbeda antar tingkat pendidikan satu dengan yang lain. Pada responden yang berpendidikan dasar, alat kontrasepsi yang banyak digunakan adalah Suntik KB dengan jumlah 40% responden. Pada responden yang berpendidikan hingga tingkat menengah, alat kontrasepsi yang banyak digunakan adalah Pil KB dengan jumlah 47,61% responden. Sedangkan pada responden yang tingkat pendidikannya tinggi, banyak menggunakan Internal Urine Device (IUD) sebagai alat kontrasepsi yang dipakai dengan jumlah 31,03% responden.

Dengan hipotesis yang ada bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara faktor tingkat pendidikan dengan metode kontrasepsi yang dipakai, dengan nilai  $X^2=74,10$  dan  $df=20$ ,  $Pvalue=0$  pada  $\alpha=0,05$  maka diperoleh titik kritis= $70,154$ . dengan demikian dapat disimpulkan bahwa hipotesis ( $H_0$ ) ditolak yang menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan metode kontrasepsi yang dipakai.

### **III.7.12. Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Pengambilan Keputusan dalam Pengaturan Jumlah Anak**

Seseorang yang memiliki pendidikan lebih tinggi, pada umumnya mempunyai persepsi mengenai jumlah anak adalah bukan melihat pada segi kuantitasnya, yaitu pada berapa banyak jumlah anak tetapi lebih melihat pada segi kualitas, yaitu





mengenai jumlah anak yang ideal dimiliki dalam satu keluarga diimbangi dengan kapasitas keluarga, baik unsur ekonomi dan non ekonomi yang dapat dijadikan kebanggaan di masa depan.

Pengambilan keputusan dalam keluarga dalam pengaturan jumlah anak, dapat dilakukan oleh suami atau istri karena mereka berdua yang lebih memiliki fungsi reproduksi dalam keluarga sehingga pembuatan keputusan sebenarnya berhak dimiliki oleh mereka. Pembuat keputusan dalam keluarga responden dalam pengaturan jumlah anak yang dimiliki dapat dilihat berikut

Tabel III.57

**Tabel Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Pengambilan Keputusan dalam Mengatur Jumlah Anak**

Pengambil Keputusan	Tingkat Pendidikan			Total
	Rendah	Menengah	Tinggi	
Suami	4 (40%)	2 (9,52%)	0 (0%)	6 (10%)
Kesepakatan Bersama, dominasi Suami	2 (20%)	4 (19,04%)	7 (24,13%)	13 (21,67%)
Kesepakatan Bersama, dominasi Istri	3 (30%)	8 (38,09%)	9 (31,03%)	20 (33,34%)
Kesepakatan Bersama, tanpa dominasi	0 (0%)	0 (0%)	2 (6,89%)	2 (3,33%)
Istri	1 (10%)	7 (33,33%)	11 (37,93%)	19 (31,66%)
Significant Other	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Total</b>	<b>10 (100%)</b>	<b>21 (100%)</b>	<b>29 (100%)</b>	<b>60 (100%)</b>

Sumber: Kuisisioner no. 5 dan 42



Tabel di atas menjelaskan bahwa secara keseluruhan, pembuatan keputusan mengenai pengaturan jumlah anak dilakukan oleh istri sebesar 31,66% responden. Apabila dilihat dari tingkat pendidikan yang dimiliki oleh responden, pembuatan keputusan pengaturan jumlah anak pada responden dengan tingkat pendidikan rendah dilakukan oleh suami dengan jumlah 40% responden. Sebesar 38,09% responden yang berpendidikan sedang atau menengah melakukan pembuatan keputusan mengenai jumlah anak dengan kesepakatan bersama dengan dominasi istri dan sebanyak 37,93% responden yang berpendidikan tinggi melakukan pembuatan keputusan dalam hal pengaturan jumlah anak yang ditentukan oleh istri sendiri

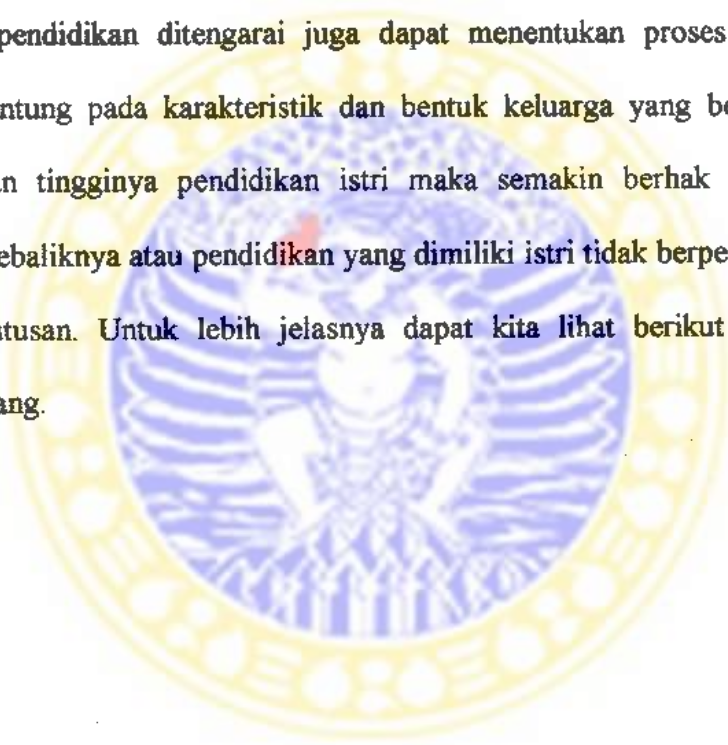
Dengan hipotesis yang ada bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara faktor tingkat pendidikan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan jumlah anak, dengan nilai  $X^2=56,24$  dan  $df=18$ ,  $Pvalue=0$  pada  $\alpha=0,05$  maka diperoleh titik kritis= $48,52$ . dengan demikian dapat disimpulkan bahwa hipotesis ( $H_0$ ) ditolak yang menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan pengambilan keputusan pada penentuan jumlah anak. Hal ini disebabkan pada wanita yang berpendidikan tinggi telah muncul kesetaraan antara suami istri, utamanya dalam hal yang menyangkut reproduksi para wanita dengan pendidikan tinggi merasa bahwa itu adalah hak yang dimilikinya sehingga penentuan dilakukan oleh istri. Pada wanita yang berpendidikan rendah rupanya masih dikuasai oleh nilai-nilai budaya patriarkhi dimana istri adalah abdi bagi suami sehingga segala sesuatu keputusan ada di tangan suami.



### **III.7.13. Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Pengambilan Keputusan dalam Mengatur Jarak Kelahiran Anak**

Setelah kita ketahui di atas mengenai hubungan tingkat pendidikan responden dengan pengambilan keputusan dalam mengatur jumlah anak, kita akan membahas mengenai hubungan tingkat pendidikan dengan pembuatan keputusan dalam mengatur jarak kelahiran anak.

Tingkat pendidikan ditengarai juga dapat menentukan proses pembuatan keputusan, tergantung pada karakteristik dan bentuk keluarga yang bersangkutan. Bisa jadi dengan tingginya pendidikan istri maka semakin berhak menentukan keputusan atau sebaliknya atau pendidikan yang dimiliki istri tidak berpengaruh pada pembuatan keputusan. Untuk lebih jelasnya dapat kita lihat berikut ini dengan bantuan tabel silang.





Tabel III.58

**Tabel Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Pengambilan Keputusan dalam Mengatur Jarak Kelahiran Anak**

Pengambil Keputusan	Tingkat Pendidikan			Total
	Rendah	Menengah	Tinggi	
Suami	6 (60%)	3 (14,28%)	1 (3,44%)	10 (16,66%)
Kesepakatan Bersama, dominasi Suami	2 (20%)	6 (28,57%)	12 (41,37%)	20 (33,34%)
Kesepakatan Bersama, dominasi Istri	2 (20%)	5 (23,80%)	9 (31,03%)	17 (28,34%)
Kesepakatan Bersama, tanpa dominasi	0 (0%)	1 (4,76%)	2 (6,89%)	3 (5%)
Istri	0 (0%)	5 (23,80%)	5 (17,24%)	10 (16,66%)
Significant Other	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Total</b>	<b>10 (100%)</b>	<b>21 (100%)</b>	<b>29 (100%)</b>	<b>60 (100%)</b>

Sumber: Kuisioner no. 5 dan 42

Tabel di atas menjelaskan bahwa secara keseluruhan pengambilan keputusan dalam hal pengaturan jarak kelahiran anak berdasarkan tingkat pendidikan yang dimiliki oleh responden didasarkan pada kesepakatan bersama dengan dominasi dari suami dengan jumlah 33,34% responden.

Pada responden yang tingkat pendidikannya rendah, pengambilan keputusan dalam hal ini dilakukan oleh suami dengan jumlah 60% responden. Pada responden yang tingkat pendidikannya sedang, pengambilan keputusan dilakukan oleh kesepakatan bersama dengan dominasi dari suami dengan jumlah 28,57 responden.





Sedangkan pada responden yang memiliki tingkat pendidikan tinggi, pengambilan keputusan dilakukan oleh kesepakatan bersama atas dominasi suami dengan jumlah 41,37%. Dengan hipotesis yang ada bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara faktor tingkat pendidikan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan jarak kelahiran anak, dengan nilai  $X^2=58,52$  dan  $df=18$ ,  $Pvalue=0$  pada  $\alpha=0,05$  maka diperoleh titik kritis=60,02. dengan demikian dapat disimpulkan bahwa hipotesis ( $H_0$ ) diterima yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan pengambilan keputusan pada penentuan jarak kelahiran anak. karena disini karena responden lebih banyak yang melakukan kompromi dengan suami, dengan pertimbangan tertentu seperti penghitungan biaya ekonomi yang lebih banyak dihasilkan oleh suami dan sosial maka pembuatan keputusan ini didominasi oleh suami. Adanya jarak kelahiran yang terlalu dekat dikhawatirkan oleh sebagian responden akan menjadi hambatan dalam segala hal dan terkesan memaksa untuk pemenuhan beban hidup yang tidak sedikit.

#### **III.7.14. Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Pengambilan Keputusan dalam Menentukan Metode Kontrasepsi**

Banyaknya macam dan jenis alat kontrasepsi yang beredar di masyarakat dapat menimbulkan adanya perdebatan suami istri yang dikarenakan pemakaian alat kontrasepsi. Hal ini tak jarang ditemukan dalam masyarakat. Penyebabnya karena perbedaan pandangan dan keinginan dalam memilih dan menggunakan kontrasepsi tertentu.



Tingkat pendidikan yang dimiliki responden pada umumnya akan mempengaruhi cara pandang dan pemikiran responden yang berimbas pada pemilihan alat kontrasepsi yang digunakan. Responden dengan pendidikan yang tinggi akan menentukan alat kontrasepsi sendiri yang sesuai dan cocok dengan dirinya dilihat dari kesehatan dan kemampuan ekonominya. Berikut ini akan disajikan tabel tentang hubungan antara tingkat pendidikan responden dengan pengambilan keputusan dalam menentukan kontrasepsi yang dipakai.

Tabel III.59

**Tabel Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Pengambilan Keputusan dalam Menentukan Metode Kontrasepsi**

Pengambil Keputusan	Tingkat Pendidikan			Total
	Rendah	Menengah	Tinggi	
Suami	4 (40%)	4 (19,04%)	3 (10,34%)	11 (18,33%)
Kesepakatan Bersama, dominasi Suami	2 (20%)	3 (14,28%)	8 (27,58%)	13 (21,67%)
Kesepakatan Bersama, dominasi Istri	0 (0%)	7 (33,33%)	7 (24,13%)	14 (23,33%)
Kesepakatan Bersama, tanpa dominasi	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,44%)	1 (1,67%)
Istri	2 (20%)	4 (19,04%)	9 (31,03%)	15 (25%)
Significant Other	2 (20%)	3 (14,28%)	1 (3,44%)	6 (10%)
<b>Total</b>	<b>10 (100%)</b>	<b>21 (100%)</b>	<b>29 (100%)</b>	<b>60 (100%)</b>

Sumber: Kuisisioner no. 5 dan 42



Dengan adanya tabel di atas, kita dapat mengetahui bahwa pembuatan keputusan dalam penentuan metode kontrasepsi sebagian besar dilakukan oleh istri dengan jumlah 25% responden. Pada responden yang tingkat pendidikannya rendah, pembuatan keputusan untuk menentukan kontrasepsi dilakukan oleh suami dengan jumlah 40% responden. Responden yang tingkat pendidikannya sedang, pembuatan keputusan untuk menentukan metode kontrasepsi dilakukan oleh kesepakatan bersama dengan dominasi istri dengan jumlah 33,33% responden. Sedangkan pada responden yang tingkat pendidikannya tinggi, pengambilan keputusan untuk menentukan metode kontrasepsi dilakukan oleh istri dengan jumlah 31,03% responden.

Dengan hipotesis yang ada bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara faktor tingkat pendidikan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan metode kontrasepsi, dengan nilai  $\chi^2=35,67$  dan  $df=15$ ,  $Pvalue=0$  pada  $\alpha=0,05$  maka diperoleh titik kritis=25. dengan demikian dapat disimpulkan bahwa hipotesis ( $H_0$ ) ditolak yang menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan pengambilan keputusan pada penentuan metode kontrasepsi. Hal ini dikarenakan adanya kesadaran yang tinggi pada istri untuk lebih peduli terhadap kesehatan reproduksinya dengan memilih metode kontrasepsi yang tepat. Ditunjang dengan adanya informasi yang tepat dan wawasan yang luas membuat responden yang berpendidikan tinggi banyak menentukan pembuatan keputusan.



### **III.7.15. Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Pengambilan Keputusan dalam Menentukan Tempat untuk Aborsi**

Dalam mengambil keputusan untuk melakukan aborsi pasti juga akan memikirkan dimana tempat yang paling cocok dan dapat menerima keadaan responden. Sebelum pergi ke klinik “Mawar” atau “Melati” ada kemungkinan responden untuk pergi ke tempat lain hingga akhirnya hanya kedua klinik yang harus dipilih. Adanya keunggulan pada kedua klinik tersebutlah yang membuat responden tertarik dan memutuskan pergi kesana.

Tingkat pendidikan yang dimiliki responden berpengaruh sekali pada rasionalitas pemikiran hal-hal yang harus dihadapi dalam berbagai situasi. Mengenai hubungan antara tingkat pendidikan dengan pengambilan keputusan dalam hal penentuan tempat untuk aborsi yang dilakukan responden dapat dilihat berikut ini.



**Tabel III.60****Tabel Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Pengambilan Keputusan dalam Menentukan Tempat Aborsi**

Pengambil Keputusan	Tingkat Pendidikan			Total
	Rendah	Menengah	Tinggi	
Suami	3 (30%)	1 (4,76%)	0 (10,34%)	4 (6,67%)
Kesepakatan Bersama, dominasi Suami	2 (20%)	2 (9,52%)	5 (17,24%)	9 (15%)
Kesepakatan Bersama, dominasi Istri	2 (20%)	8 (38,09%)	8 (27,58%)	18 (30%)
Kesepakatan Bersama, tanpa dominasi	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Istri	2 (20%)	9 (42,85%)	16 (55,17%)	27 (45%)
Significant Other	1 (10%)	1 (3,44%)	0 (0%)	2 (3,33%)
<b>Total</b>	<b>10 (100%)</b>	<b>21 (100%)</b>	<b>29 (100%)</b>	<b>60 (100%)</b>

Sumber: Kuisisioner no. 5 dan 42

Secara keseluruhan, tabel di atas menjelaskan bahwa dilihat dari semua jenjang pendidikan yang dimiliki oleh responden, pembuatan keputusan mengenai penentuan tempat untuk aborsi dilakukan oleh istri dengan jumlah 45% responden. Pada pendidikan responden yang tergolong rendah, sebagian besar pembuatan keputusan dalam penentuan tempat untuk aborsi dilakukan oleh suami dengan jumlah 30% responden. Pada pendidikan yang menengah, pembuatan keputusan ini sebagian besar dilakukan oleh istri dengan jumlah 42,85% responden. Pada pendidikan responden yang tergolong tinggi, pembuatan keputusan dalam menentukan tempat untuk aborsi dilakukan oleh istri dengan jumlah 55,17% responden.



Dengan hipotesis yang ada bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara faktor tingkat pendidikan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan tempat aborsi, dengan nilai  $X^2=45,13$  dan  $df=18$ ,  $Pvalue=0$  pada  $\alpha=0,05$  maka diperoleh titik kritis= $41,03$ . dengan demikian dapat disimpulkan bahwa hipotesis ( $H_0$ ) ditolak yang menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan pengambilan keputusan pada penentuan tempat aborsi. Hal ini dikarenakan sebagian besar responden mulai mempunyai kesadaran bahwa sesungguhnya yang mampu hamil dan melahirkan adalah dirinya jadi orang lain tak bisa merasakan apa yang dialami. Adanya ketidaknyamanan karena kehamilan akibat kegagalan alat kontrasepsi juga tak bisa dialami oleh suami, sehingga muncul pemikiran responden bahwa segala sesuatu dirasa sendiri apapun boleh dilakukan untuk merasa nyaman kembali. Adapun hal yang dianggap nyaman oleh wanita-wanita tersebut adalah dengan tindakan aborsi, dengan keadaan semacam itu aborsi dianggap sah-sah saja. Lagipula informasi yang dimiliki responden dalam berbagai hal termasuk tentang aborsi juga semakin luas sehingga membantu kemudahan akses dalam melancarkan tindakan aborsi.

### **III.7.17. Hubungan Tingkat Pendidikan Dengan Pengambilan Keputusan dalam Menentukan Tindakan Aborsi**

Tingkat pendidikan memang berpengaruh dalam cara berpikir dan rasionalitas yang dimiliki seseorang. Semakin tinggi pendidikan yang dimiliki seharusnya cara



pikir semakin rasional dalam memandang pelbagai persoalan, termasuk disini pada tindakan aborsi.

Pengambilan keputusan yang dilakukan dalam menentukan tindakan aborsi, tidak lepas dari pendidikan yang dimiliki. Aborsi yang merupakan perbuatan menyalahi aturan norma dan nilai dapat dilakukan siapa saja dengan pendidikan apa saja. Untuk jelasnya, hubungan yang terjadi pada tingkat pendidikan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan tindakan aborsi pada responden dapat dilihat berikut.

**Tabel III.64**

**Tabel Hubungan Tingkat Pendidikan Dengan Pengambilan Keputusan dalam Menentukan Tindakan Aborsi**

Pengambil Keputusan	Tingkat Pendidikan			Total
	Rendah	Menengah	Tinggi	
Suami	5 (50%)	4 (19,04%)	3 (10,34%)	12 (20%)
Kesepakatan Bersama, dominasi Suami	0 (20%)	2 (9,52%)	2 (6,89%)	4 (6,67%)
Kesepakatan Bersama, dominasi Istri	2 (20%)	3 (14,28%)	4 (13,79%)	9 (15%)
Kesepakatan Bersama, tanpa dominasi	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Istri	3 (30%)	8 (38,09%)	20 (68,96%)	31 (51,67%)
Significant Other	0 (00%)	4 (19,04%)	0 (0%)	4 (6,67%)
<b>Total</b>	<b>10 (100%)</b>	<b>21 (100%)</b>	<b>29 (100%)</b>	<b>60 (100%)</b>

Sumber: Kuisisioner no. 5 dan 42



Tabel di atas menunjukkan pada kita bahwa pada responden yang tingkat tingkat pendidikannya rendah mengambil keputusan untuk aborsi yang dilakukan oleh suami dengan jumlah 50% responden. Pada responden yang berpendidikan tingkat menengah atau sedang, malakukan pengambilan keputusan untuk melakukan aborsi oleh istri dengan jumlah 38,09% responden. Pada responden yang berpendidikan tinggi, pengambilan keputusan untuk menentukan tindakan aborsi dilakukan oleh istri dengan jumlah sebesar 68,96% responden.

Dengan hipotesis yang ada bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara faktor tingkat pendidikan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan tindakan aborsi, dengan nilai  $X^2=45,23$  dan  $df=18$ ,  $Pvalue=0$  pada  $\alpha=0,05$  maka diperoleh titik kritis= $40,33$ . dengan demikian dapat disimpulkan bahwa hipotesis ( $H_0$ ) ditolak yang menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan pengambilan keputusan pada penentuan tindakan aborsi. Justru disini mereka yang berpendidikan tinggi mempunyai kecenderungan yang lebih tinggi untuk melakukan aborsi, bahkan tak menutup kemungkinan satu saat akan menjadi bagian dari gaya hidup. Hal ini disebabkan adanya kepemilikan jumlah anak yang banyak akan semakin membebani hidup mereka karena biaya hidup yang dibutuhkan akan semakin banyak, dengan aborsi jumlah anak yang dimiliki akan semakin mendekati jumlah yang dianggap ideal dan segala kebutuhan hidup tetap tercukupi dengan baik.





### **III.7.16. Hubungan Tingkat Pendidikan Pasangan dengan Sikap Terhadap Aborsi**

Adanya responden yang melakukan tindakan aborsi di klinik “Mawar” dan “Melati” tentunya tak lepas dari peran suami sebagai kepala keluarga. Apabila suami tidak memberi dukungan terhadap tindakan istri dan memberikan kontrol maka aborsi dengan alasan apapun pada wanita yang sudah menikah pasti tidak akan terjadi. Jika hingga saat ini masih banyak ditemui tindakan aborsi pada wanita menikah dengan berbagai alasan juga dikarenakan sikap suami yang tidak memberikan pengawasan terhadap istri.

Tingkat pendidikan berpengaruh pada sikap seseorang, semakin tinggi pendidikan yang dimiliki harusnya seorang suami tidak akan mendukung aborsi karena melanggar norma dalam masyarakat.

Lebih jelasnya, hubungan antara tingkat pendidikan suami dengan sikap terhadap tindakan aborsi yang dilakukan oleh istrinya dapat dilihat berikut ini.



**Tabel III.61**  
**Tabel Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Sikap Suami terhadap Tindakan Aborsi**

Sikap terhadap Tindakan Aborsi	Tingkat Pendidikan			Total
	Rendah	Menengah	Tinggi	
Sangat Mendukung	0 (0%)	4 (16,67%)	2 (5,89%)	6 (10%)
Mendukung	1 (50%)	11 (45,83%)	12 (35,29%)	24 (40%)
Kurang Mendukung	1 (50%)	4 (16,67%)	7 (20,58%)	12 (20%)
Tidak Mendukung	0 (0%)	5 (17,24%)	13 (38,23%)	18 (30%)
Total	2 (100%)	24 (100%)	34 (100%)	60 (100%)

Sumber: Kuisisioner no. 5 dan 20

Secara keseluruhan, berdasarkan tabel di atas sikap yang ditunjukkan suami adalah mendukung istrinya untuk melakukan tindakan aborsi ditinjau dari seluruh tingkat pendidikan yang dimiliki suami. Pada tingkat pendidikan suami yang rendah, sikap yang diberikan pada tindakan aborsi yang dilakukan oleh istrinya adalah mendukung dan kurang mendukung, keduanya mempunyai proporsi yang sama yaitu 50% responden. Pada suami responden yang berpendidikan sedang atau menengah, sikap yang diberikan atas tindakan aborsi adalah mendukung istrinya dengan jumlah 45,83% responden. Pada tingkat pendidikan suami yang tergolong tinggi, sikap yang diberikan adalah tidak mendukung terhadap tindakan aborsi yang dilakukan oleh istrinya dengan jumlah 38,23% responden.

Dengan adanya tabel di atas, dapat kita ketahui bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan yang dimiliki oleh suami maka sikap yang diberikan pada tindakan aborsi adalah tidak mendukung.



### III.7.17. Hubungan Status Ketenagakerjaan dengan Jumlah Anak Ideal

Status ketenagakerjaan yang dimiliki oleh responden turut menjadi salah satu variabel yang diukur karena secara teoritis, status ketenagakerjaan istri juga menentukan keikutsertaan dalam pengambilan keputusan. Mengenai status ketenagakerjaan responden, yang merupakan istri secara umum dibagi menjadi 2, yaitu wanita yang bekerja pada sektor publik dan wanita yang bekerja pada sektor domestik yakni mengurus pekerjaan rumah tangga saja.

Pada wanita yang mengurus sektor domestik, hadirnya anak sangatlah penting karena anak dianggap bagian terpenting dalam keluarga yang harus diurus. Tetapi bagi wanita yang berada di sektor publik hadirnya anak dianggap sebagai hambatan bagi pekerjaan yang sedang dijalani. Untuk mengetahui lebih lanjut mengenai apa yang terjadi pada wanita yang menjadi responden maka akan diuji melalui tabel silang hubungan antara status ketenagakerjaan dengan jumlah anak yang dianggap ideal dalam satu keluarga.

**Tabel III.62**  
**Tabel Hubungan Antara Status Ketenagakerjaan dengan Jumlah Anak Ideal**

Jumlah Anak yang Dianggap Ideal	Status Ketenagakerjaan		Total
	Bekerja	Tidak Bekerja	
1 Orang	20 (48,78%)	5 (26,31%)	<b>25</b> <b>(41,67%)</b>
2 Orang	21 (51,21%)	14 (73,68%)	<b>35</b> <b>(58,33%)</b>
<b>Total</b>	<b>41</b> <b>(68,33%)</b>	<b>19</b> <b>(31,67%)</b>	<b>60</b> <b>(100%)</b>

*Sumber: Kuisisioner no. 7 dan 33*



Secara keseluruhan, jumlah anak yang dianggap ideal ditinjau dari status ketenagakerjaan adalah 2 orang dengan jumlah 58,33% responden. Pada responden yang bekerja sebagian besar mengidealkan jumlah anak sebesar 2 orang sebesar 51,21% responden. Sedangkan pada responden yang tidak bekerja juga mengidealkan anak sebanyak 2 orang dengan jumlah 73,68% responden.

Tampak disini bahwa pada wanita yang bekerja ataupun tidak bekerja terdapat persamaan dalam pandangan jumlah anak ideal sebanyak 2 orang. Sehingga tidak terdapat perbedaan pada wanita yang bekerja dengan yang tidak bekerja. Hal ini dikarenakan telah terjadi pergeseran pandangan antara keduanya bahwa jumlah anak yang banyak di perkotaan seperti di Malang akan membuat beban hidup semakin bertambah. Sebagian responden mengaku untuk pemenuhan kebutuhan saja sulit maka jumlah anak yang banya dianggap sebagai penghambat dalam pemenuhan kebutuhan dasar.

. Dengan hipotesis yang ada bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara status ketenagakerjaan dengan jumlah anak ideal, dengan nilai  $X^2=71,25$  dan  $df=20$ ,  $Pvalue=0$  pada  $\alpha=0,05$  maka diperoleh titik kritis= $72,22$ . dengan demikian dapat disimpulkan bahwa hipotesis ( $H_0$ ) diterima yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara status ketenagakerjaan dengan jumlah anak ideal.





### **III.7.18. Hubungan Status Ketenagakerjaan dengan Metode Kontrasepsi yang Dipakai Sebelum Aborsi**

Adanya perbedaan menurut status ketenagakerjaan responden, pada dasarnya juga dapat mempengaruhi berbagai bidang kehidupan dalam diri seseorang, utamanya yang menyangkut kepentingan bagi diri sendiri.

Dalam memilih metode kontrasepsi yang akan dipakai, umumnya responden akan berusaha mencari yang terbaik dan cocok baginya. Adanya perselisihan dalam suami istri juga nampak dalam hal ini. Hubungan status ketenagakerjaan dengan penggunaan metode kontrasepsi adalah ketika seorang wanita bekerja maka ia akan memilih alat kontrasepsi yang praktis dan efisien penggunaannya, seperti contohnya IUD. Berbeda halnya dengan wanita yang tidak bekerja maka ia akan memilih metode kontrasepsi yang murah dan cocok baginya seperti pil KB. Adanya hal ini disebabkan karena sebagian responden menganggap bahwa dalam pemilihan metode kontrasepsi haruslah disesuaikan dengan keadaan mereka. Kalau wanita bekerja, memakai alat kontrasepsi oral dirasa sangat rumit dan kemungkinan untuk lupa mengkonsumsinya sangat besar karena waktu mereka banyak tersita oleh pekerjaan. Lain halnya dengan wanita yang tidak bekerja karena waktu mereka banyak digunakan di rumah maka konsumsi Pil Kb jarang untuk terlupakan.

Adanya hubungan antara status ketenagakerjaan responden dengan penggunaan metode kontrasepsi yang dipakai sebelum aborsi dapat dilihat sebagai berikut.



Tabel III.63

**Tabel Hubungan Antara Status Ketenagakerjaan dengan Metode Kontrasepsi yang Dipakai**

Metode Kontrasepsi	Status Ketenagakerjaan		Total
	Bekerja	Tidak Bekerja	
Kondom	2 (4,87%)	3 (15,78%)	5 (8,33%)
Internal Urine Device (IUD)	14 (34,14%)	4 (21,05%)	18 (30%)
Susuk KB atau Implant	2 (4,87%)	0 (0%)	2 (3,33%)
Pil KB	13 (31,70%)	7 (36,84%)	20 (33,34%)
Suntik KB	7 (17,07%)	2 (10,52%)	9 (15%)
Diafragma	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Vasektomi	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Tubektomi	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Senggama Terputus Sistem	1 (2,43%)	0 (0%)	1 (1,67%)
Kalender	2 (4,87%)	3 (15,78%)	5 (8,33%)
<b>Total</b>	<b>41 (68,33%)</b>	<b>19 (31,67%)</b>	<b>60 (100%)</b>

Sumber: Kuisisioner no. 7 dan 35



Tabel di atas membantu menjelaskan bahwa secara keseluruhan apabila ditinjau dari status ketenagakerjaan responden, metode kontrasepsi yang banyak dipakai oleh responden sebelum aborsi adalah Pil KB dengan jumlah 33,34% responden. Kalau dilihat dari status ketenagakerjaan yang dimiliki responden, sebanyak 34,14% responden yang bekerja lebih memilih menggunakan Internal Urine Device (IUD). Pada wanita yang tidak bekerja, sebanyak 36,84% responden memilih menggunakan Pil KB sebagai metode kontrasepsi sebelum aborsi. Seperti penjelasan di atas, ternyata dugaan sementara pada pemilihan metode kontrasepsi yang berbeda ini terbukti. Dengan hipotesis yang ada bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara status ketenagakerjaan dengan metode kontrasepsi yang dipakai, dengan nilai  $X^2=68,23$  dan  $df=20$ ,  $Pvalue=0$  pada  $\alpha=0,05$  maka diperoleh titik kritis=71.11. dengan demikian dapat disimpulkan bahwa hipotesis ( $H_0$ ) ditolak yang menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara status ketenagakerjaan dengan metode kontrasepsi yang dipakai

### **III.7.19. Hubungan Status Ketenagakerjaan dengan Pengambilan Keputusan dalam Pengaturan Jumlah Anak**

Adanya pekerjaan yang harus dijalani seorang wanita, baik dalam sektor publik atau domestik akan membawa konsekuensi tersendiri. Bagi wanita yang bekerja di sektor publik, peran ganda sebagai istri dan ibu rumah tangga tidak bisa dikesampingkan. Bagi wanita yang hanya bekerja di sektor domestik, tidak menjadi masalah karena ia memang menjalani peran ganda tersebut.



Dalam pengambilan keputusan, secara teoritis hak wanita akan lebih diperhatikan daripada wanita yang tidak bekerja. Termasuk dalam hal pengaturan jumlah anak dalam satu keluarga. Untuk mengetahui apakah hal itu memang terjadi dapat kita lihat melalui tabel hubungan antara status ketenagakerjaan responden dengan pengambilan keputusan dalam pengaturan jumlah anak berikut ini.

Tabel III.64

**Tabel Hubungan Status Ketenagakerjaan dengan Pengambilan Keputusan dalam Mengatur Jumlah Anak**

Pengambil Keputusan	Status Ketenagakerjaan		Total
	Bekerja	Tidak Bekerja	
Suami	4 (9,75%)	2 (10,52%)	6 (10%)
Kesepakatan Bersama, dominasi Suami	9 (21,95%)	4 (21,05%)	13 (21,67%)
Kesepakatan Bersama, dominasi Istri	12 (29,26%)	8 (42,10%)	20 (33,34%)
Kesepakatan Bersama, tanpa dominasi	2 (4,87%)	0 (0%)	2 (3,33%)
Istri	14 (34,14%)	5 (26,31%)	19 (31,66%)
Significant Other	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Total</b>	<b>41 (68,33%)</b>	<b>19 (31,67%)</b>	<b>60 (100%)</b>

Sumber: Kuisisioner no. 7 dan 42





Tabel di atas membantu untuk menjelaskan bahwa secara keseluruhan, pengambilan keputusan dalam pengaturan jumlah anak dalam keluarga dilakukan oleh kesepakatan bersama dengan dominasi istri sebanyak 33,34% responden. Ditinjau dari status ketenagakerjaan yang dimiliki responden, pada responden yang bekerja pengambilan keputusan mengenai pengaturan jumlah anak sebagian besar dilakukan oleh istri dengan jumlah 34,14% responden. Pada responden yang tidak bekerja di sektor publik, pengambilan keputusan dilakukan oleh kesepakatan bersama dengan dominasi istri.

Pengambilan keputusan pada istri yang bekerja dilakukan oleh istri sendiri karena adanya jumlah anak yang banyak dianggap sebagai beban dan hambatan dalam karier yang ingin dicapai, apalagi waktu yang dimiliki untuk anak nantinya menjadi sangat terbatas dikarenakan adanya rutinitas pekerjaan yang harus dihadapi. Dengan hipotesis yang ada bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara status ketenagakerjaan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan jumlah anak, dengan nilai  $X^2=62$  dan  $df=18$ ,  $Pvalue=0$  pada  $\alpha=0,05$  maka diperoleh titik kritis=59,77. dengan demikian dapat disimpulkan bahwa hipotesis ( $H_0$ ) diterima yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara status ketenagakerjaan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan jumlah anak.



### **III.7.20. Hubungan Status Ketenagakerjaan dengan Pengambilan Keputusan dalam Pengaturan Jarak Kelahiran Anak**

Hubungan status ketenagakerjaan dengan pengambilan keputusan pada pengaturan jarak kelahiran anak adalah pada wanita yang bekerja, pengambilan keputusan dalam hal ini dapat ditentukan olehnya. Peranan wanita yang bekerja akan semakin besar dalam keluarga apabila ia mampu untuk menyumbangkan apa yang dimiliki untuk keluarga. Semakin besar sumbangan wanita yang diberikan untuk keluarga, secara teoritis hal wanita dalam mengambil keputusan dalam keluarga juga semakin besar.

Dalam pengaturan jarak kelahiran anak, sebenarnya wanita juga berhak untuk memutuskan karena yang mampu untuk hamil dan melahirkan adalah istri. Faktor kesiapan diri secara mental dan fisik adalah hal terbesar yang disebutkan oleh responden untuk menghadapi kehamilan lagi. Kesiapan itu membutuhkan waktu yang berbeda antara seorang satu dengan yang lain, juga dengan anak yang dimiliki sebelumnya agar tak terjadi kecemburuan antara kakak dan adik.

Untuk menguji hal tersebut pada responden yang diteliti, dapat kita lihat hubungan antara status ketenagakerjaan responden dengan pengambilan keputusan dalam menentukan jarak kelahiran anak melalui tabel silang berikut.

**Tabel III.65****Tabel Hubungan Status Ketenagakerjaan dengan Pengambilan Keputusan dalam Mengatur Jarak Kelahiran Anak**

Pengambil Keputusan	Status Ketenagakerjaan		Total
	Bekerja	Tidak Bekerja	
Suami	3 (7,31%)	7 (36,84%)	10 (16,66%)
Kesepakatan Bersama, dominasi Suami	14 (34,14%)	6 (31,57%)	20 (33,34%)
Kesepakatan Bersama, dominasi Istri	15 (36,58%)	2 (10,52%)	17 (28,34%)
Kesepakatan Bersama, tanpa dominasi	3 (7,31%)	0 (0%)	3 (5%)
Istri	6 (14,63%)	4 (21,05%)	10 (16,66%)
Significant Other	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Total</b>	<b>41 (68,33%)</b>	<b>19 (31,67%)</b>	<b>60 (100%)</b>

Sumber: Kuisioner no. 7 dan 42

Dari tabel di atas dapat kita ketahui bahwa pada wanita yang bekerja, sebagian besar yang melakukan pengambilan keputusan adalah kesepakatan bersama dengan dominasi istri dengan jumlah 36,58% responden. Pada responden yang tidak bekerja, pengambilan keputusan dilakukan oleh suami dengan jumlah 36,84% responden. Pengambilan keputusan yang dilakukan oleh suami dikarenakan yang bekerja adalah suami sehingga yang harus menanggung beban ekonomi adalah suami. Kalau jarak



anak terlalu dekat maka kebutuhan akan semakin banyak, beban yang ditanggung suami untuk keluarga juga akan semakin besar. Pada wanita yang bekerja, pengambilan keputusan dilakukan atas kesepakatan bersama dengan dominasi dari istri karena disini antara suami dan istri mempunyai beban yang sama untuk menanggung beban ekonomi. Dengan hipotesis yang ada bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara status ketenagakerjaan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan jarak kelahiran anak, dengan nilai  $X^2=68,27$  dan  $df=16$ ,  $Pvalue=0$  pada  $\alpha=0,05$  maka diperoleh titik kritis=55,21. dengan demikian dapat disimpulkan bahwa hipotesis ( $H_0$ ) ditolak yang menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara status ketenagakerjaan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan jarak kelahiran anak.

### **III.7.21. Hubungan Status Ketenagakerjaan dengan Pengambilan Keputusan dalam Menentukan Metode Kontrasepsi**

Status ketenagakerjaan yang dimiliki oleh wanita pada umumnya dinilai akan berpengaruh terhadap segala macam pengambilan keputusan yang ada dalam suatu keluarga. Begitu juga dalam hal menentukan metode kontrasepsi yang akan dipakai oleh responden. Ketika seorang wanita bekerja maka ia akan memiliki kebebasan untuk mengatur dirinya sendiri, karena selain kekuasaan dan kewenangan yang dimiliki oleh suami berkurang dengan bekerjanya sang istri, secara keseluruhan responden yang diteliti juga memiliki pemikiran bahwa ketika wanita bekerja maka





uang yang didapat juga digunakan untuk mengurus dirinya sendiri walaupun tidak sepenuhnya.

Dalam menentukan metode kontrasepsi yang digunakan, metode yang dipilih harus membawa kenyamanan bagi pemakai dalam hal ini adalah istri, sehingga yang tahu apa yang dipilih adalah istri. Ditambah dengan beragamnya informasi mengenai alat kontrasepsi yang dapat ditemukan dengan mudah dimana saja membuat istri semakin paham akan alat kontrasepsi yang cocok dengan dirinya.

Untuk mengetahui dan juga menguji hubungan antara status ketenagakerjaan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan alat kontrasepsi yang ada pada responden dapat dilihat berikut.

**Tabel III.66**

**Tabel Hubungan Status Ketenagakerjaan dengan Pengambilan Keputusan dalam Menentukan Metode Kontrasepsi**

Pengambil Keputusan	Status Ketenagakerjaan		Total
	Bekerja	Tidak Bekerja	
Suami	7 (17,07%)	4 (21,05%)	11 (18,33%)
Kesepakatan Bersama, dominasi Suami	8 (19,51%)	5 (26,31%)	13 (21,67%)
Kesepakatan Bersama, dominasi Istri	10 (24,39%)	4 (21,05%)	14 (23,33%)
Kesepakatan Bersama, tanpa dominasi	1 (2,43%)	0 (0%)	1 (1,67%)
Istri	12 (29,26%)	3 (15,78%)	15 (25%)
Significant Other	3 (7,31%)	3 (15,78%)	6 (10%)
<b>Total</b>	<b>41 (68,33%)</b>	<b>19 (31,67%)</b>	<b>60 (100%)</b>

Sumber: Kuisioner no. 7 dan 42



Dari tabel di atas, kita memperoleh penjelasan bahwa pada wanita yang bekerja, pengambilan keputusan dalam hal menentukan metode kontrasepsi dilakukan oleh istri dengan jumlah 29,26% responden. Pada wanita yang tidak bekerja, pengambilan keputusan dalam hal menentukan alat kontrasepsi dilakukan oleh kesepakatan bersama dengan dominasi suami dengan jumlah 26,31% responden. Dengan hipotesis yang ada bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara status ketenagakerjaan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan metode kontrasepsi yang dipakai, dengan nilai  $X^2=70,01$  dan  $df=18$ ,  $Pvalue=0$  pada  $\alpha=0,05$  maka diperoleh titik kritis=66,77. dengan demikian dapat disimpulkan bahwa hipotesis ( $H_0$ ) ditolak yang menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara status ketenagakerjaan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan metode kontrasepsi yang dipakai.

Kecenderungan di atas karena dengan adanya istri yang bekerja mampu untuk lebih memilih alat kontrasepsi yang cocok baginya ditunjang dengan adanya kemudahan informasi untuk mendapatkannya dan biaya yang bisa dikeluarkan sendiri tanpa melibatkan oranglain seperti suami, selain itu kesadaran untuk lebih peduli pada kesehatan reproduksi pada wanita yang bekerja juga tinggi dibandingkan dengan wanita yang tidak bekerja. Pada wanita yang bekerja, untuk menentukan metode kontrasepsi lebih melibatkan suami karena untuk pembiayaan harus bergantung pada suami sehingga alat kontrasepsi yang dipilih terkadang dipilih bukan sesuai dengan keadaan istri tapi hanya sekedar untuk menyenangkan suami.



### **III.7.21. Hubungan Status Ketenagakerjaan dengan Pengambilan Keputusan dalam Menentukan Tempat untuk Aborsi**

Adanya wanita yang bekerja di luar rumah secara teoritis memang dapat dibuktikan melalui tabel silang dapat mempengaruhi proses pengambilan keputusan yang ada dalam keluarga. Dalam menentukan tempat yang dipilih untuk aborsi, setiap wanita baik yang bekerja atau tidak mempunyai pertimbangan dalam menentukan tempat aborsi. Pertimbangan tersebut antara lain adalah siapa yang akan melakukan aborsi, klinik mana yang dipilih, usia ibu dan janin yang akan diaborsi, biaya yang harus dikeluarkan untuk membayar aborsi, dan lain lain.

Mengenai pembuktian ada tidaknya pengaruh status ketenagakerjaan dengan pengambilan keputusan dalam penentuan metode kontrasepsi dapat dilihat berikut ini dengan bantuan tabel silang.



Tabel III.67

**Tabel Hubungan Status Ketenagakerjaan dengan  
Pengambilan Keputusan dalam Menentukan Tempat Aborsi**

Pengambil Keputusan	Status Ketenagakerjaan		Total
	Bekerja	Tidak Bekerja	
Suami	1 (2,43%)	3 (15,78%)	4 (6,67%)
Kesepakatan Bersama, dominasi Suami	6 (14,63%)	3 (15,78%)	9 (15%)
Kesepakatan Bersama, dominasi Istri	14 (34,14%)	4 (21,05%)	18 (30%)
Kesepakatan Bersama, tanpa dominasi	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Istri	20 (48,78%)	7 (36,84%)	27 (45%)
Significant Other	0 (0%)	2 (10,52%)	2 (3,33%)
Total	41 (68,33%)	19 (31,67%)	60 (100%)

Sumber: Kuisisioner no. 7 dan 42

Dapat diketahui berdasarkan tabel di atas bahwa pengambilan keputusan dalam hal menentukan tempat untuk aborsi pada wanita yang bekerja dilakukan oleh istri dengan jumlah 48,78% responden. Pada wanita yang tidak bekerja pengambilan keputusan dalam menentukan tempat untuk aborsi dilakukan oleh istri dengan jumlah 36,84% responden.

Dengan hipotesis yang ada bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara status ketenagakerjaan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan tempat aborsi, dengan nilai  $X^2=35,17$  dan  $df=12$ ,  $Pvalue=0,002$  pada  $\alpha=0,05$  maka diperoleh titik kritis=44,12. dengan demikian dapat disimpulkan bahwa hipotesis ( $H_0$ ) diterima





yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara status ketenagakerjaan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan tempat aborsi.

### **III.7.25. Hubungan Status Ketenagakerjaan Dengan Pengambilan Keputusan dalam Menentukan Tindakan Aborsi**

Status ketenagakerjaan yang dimiliki seseorang dapat dikatakan berpengaruh terhadap pengambilan keputusan dalam menentukan tindakan aborsi yang akan dilakukan. Pada wanita yang bekerja, kemungkinan hadirnya anak akan membuat hambatan dalam karier yang dibangun dan adanya rencana tertentu yang akan diwujudkan. Tetapi pada wanita yang tidak bekerja, kehadiran seorang anak dianggap mendatangkan anugerah yang tak ternilai harganya karena sang wanita dianggap dipercaya oleh tuhan untuk dikaruniai anak lagi.

Selanjutnya, hubungan antara status ketenagakerjaan responden dengan pengambilan keputusan dalam menentukan tindakan aborsi yang dilakukan oleh responden dapat dilihat berikut dengan bantuan tabel silang.

**Tabel III.72****Tabel Hubungan Status Ketenagakerjaan Dengan Pengambilan Keputusan dalam Menentukan Tindakan Aborsi**

Pengambil Keputusan	Status Ketenagakerjaan		Total
	Bekerja	Tidak Bekerja	
Suami	9 (21,95%)	3 (15,78%)	12 (20%)
Kesepakatan Bersama, dominasi Suami	3 (14,63%)	1 (5,26%)	4 (6,67%)
Kesepakatan Bersama, dominasi Istri	7 (7,31%)	2 (10,52%)	9 (15%)
Kesepakatan Bersama, tanpa dominasi	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Istri	20 (48,78%)	11 (57,89%)	31 (51,67%)
Significant Other	2 (4,87%)	2 (10,52%)	4 (6,67%)
<b>Total</b>	<b>41 (100%)</b>	<b>19 (100%)</b>	<b>60 (100%)</b>

Sumber: Kuisisioner no. 7 dan 42

Dengan bantuan tabel, kita dapat mengetahui bahwa pengambilan keputusan dalam menentukan tindakan untuk aborsi pada wanita yang bekerja dilakukan oleh istri dengan jumlah 48,78% responden. Pada wanita yang tidak bekerja, pengambilan keputusan dalam menentukan tindakan aborsi juga dilakukan oleh istri dengan jumlah 57,89% responden. Sehingga dapat dikatakan bahwa berdasarkan status



ketenagakerjaan yang dimiliki oleh responden tidak berpengaruh terhadap pengambilan keputusan dalam menentukan tindakan aborsi, hal ini dikarenakan anggapan pada responden bahwa tindakan aborsi yang dilakukan sesuai dengan pemikiran responden yang memang menginginkan anak yang tidak terlalu banyak dalam keluarganya, baik itu pada wanita yang bekerja ataupun pada wanita yang tidak bekerja. Dengan hipotesis yang ada bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara status ketenagakerjaan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan tindakan aborsi, dengan nilai  $X^2=35,17$  dan  $df=12$ ,  $Pvalue=0,002$  pada  $\alpha=0,05$  maka diperoleh titik kritis= $43,21$ . dengan demikian dapat disimpulkan bahwa hipotesis ( $H_0$ ) diterima yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara status ketenagakerjaan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan tindakan aborsi.

### III.7.22. Hubungan Tingkat Penghasilan dengan Jumlah Anak Ideal

Seiring dengan perkembangan dan perubahan sosial yang terjadi, pandangan masyarakat menilai sosok ibu yang baik sangatlah beragam. Sebelumnya, ibu yang baik adalah ibu yang dengan penuh pengabdian mengurus tugas-tugas rumah tangganya dan sejauh mungkin tidak menyalahi kodratnya untuk ikut-ikutan mencari nafkah di luar rumah tangga. Namun kini, ibu yang baik adalah ibu atau wanita yang bekerja di luar rumah tangga dan menjadi tulang punggung keluarga dengan tetap memperhatikan tugasnya sebagai ibu rumah tangga.

Bagi ibu yang bekerja, sering menjadi pertimbangan bahwa jika terlalu sering melahirkan dan terpaksa harus cuti dari pekerjaannya disamping bisa berarti ancaman



bagi kelangsungan kariernya di pekerjaan, dari segi ekonomi dapat menjadi faktor yang memberakan keuangan keluarga. Biaya yang harus dikeluarkan untuk kesehatan anak, mekenan, pakaian adalah biaya pemeliharaan langsung yang sering dipandang berat. Ditambah dengan biaya alternatif yang harus dikeluarkan untuk mengasuh anak. Bila ibu tersebut menginginkan pekerjaannya ia harus membayar biaya untuk pengasuhan anak tetapi kalau ibu melepaskan pekerjaannya sewaktu anaknya masih kecil atau ketika mengandung, maka ia akan kehilangan pekerjaan dan gaji yang didapatnya. ( David, Lucas, 1990: 157)

Dengan masuknya para ibu ke sektor publik, tentunya melalui pekerjaan yang dijalani akan mendatangkan penghasilan per bulannya. Akan kita ketahui konsep anak ideal yang diinginkan oleh responden yang bekerja melalui tingkat penghasilan yang dimilikinya.

**Tabel III.68**  
**Tabel Hubungan Antara Tingkat Penghasilan dengan Jumlah Anak Ideal**

Jumlah Anak yang Dianggap Ideal	Tingkat Penghasilan (Dalam Rupiah)				Total
	0 – 500.000	500.001 – 1.000.000	1.000.001 – 1.500.000	1.500.001 – 2.000.000	
1 Orang	10 (50%)	10 (43,47%)	5 (41,67%)	3 (60%)	25 (41,67%)
2 Orang	10 (50%)	13 (56,52%)	7 (58,33%)	2 (40%)	35 (58,33%)
<b>Total</b>	<b>20</b> <b>(100%)</b>	<b>23</b> <b>(100%)</b>	<b>12</b> <b>(100%)</b>	<b>5</b> <b>(100%)</b>	<b>60</b> <b>(100%)</b>

Sumber: Kuisisioner no. 9 dan 33





Tabel di atas menunjukkan bahwa jumlah anak yang dianggap ideal berdasarkan penghasilan Rp 0 – 500.000 adalah 1 orang dan 1 orang anak mempunyai proporsi yang sama yaitu 50% responden. Pada responden yang berpenghasilan 500.001 – 1.000.000, jumlah anak yang dianggap ideal adalah 2 orang dengan jumlah 56,52% responden. Pada responden yang berpenghasilan Rp 1.000.001 – 1.500.000, jumlah anak yang ideal adalah 2 orang dengan jumlah 58,33% responden. Pada responden yang berpenghasilan Rp 1.500.001 – 2.000.000 jumlah anak ideal adalah 1 orang dengan jumlah 60% responden.

Dengan hipotesis yang ada bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat penghasilan dengan jumlah anak ideal, dengan nilai  $X^2=74,23$  dan  $df=20$ ,  $Pvalue=0$  pada  $\alpha=0,05$  maka diperoleh titik kritis=77. dengan demikian dapat disimpulkan bahwa hipotesis ( $H_0$ ) diterima yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat penghasilan dengan jumlah anak ideal.

### **III.7.23. Hubungan Tingkat Penghasilan dengan Metode Kontrasepsi yang Dipakai Sebelum Aborsi**

Penghasilan yang didapat dari wanita yang bekerja di luar rumah merupakan konsekuensi atas pengorbanan yang telah dilakukannya. Seperti yang terlihat di atas bahwa wanita yang berpenghasilan tinggi semakin mengidealkan seorang anak saja. Wanita yang bekerja sering mengorbankan peranannya dalam fungsi reproduksi anak. Sebagaimana yang dikatakan oleh Stycos dan Robert dalam Wirawan dan Suyanto bahwa wanita yang berada dalam sektor publik akan cenderung mengendorkan



peranan dan tanggungjawabnya dalam mengasuh anak sehingga wanita tersebut akan berusaha mengurangi jumlah anaknya.

Usaha yang dilakukan oleh para wanita salah satunya adalah dengan menggunakan alat kontrasepsi. Berhubung mengalami kegagalan pada alat kontrasepsinya maka wanita tersebut harus hamil. Kehamilan yang tidak diinginkan inilah yang pada akhirnya membawa seorang wanita melakukan aborsi.

Hubungan antara tingkat penghasilan yang dimiliki responden dengan metode kontrasepsi yang dipakai responden akan digabung dan diuji apakah memang keduanya berhubungan dengan bantuan tabel silang di bawah ini





Tabel III.69

**Tabel Hubungan Antara Tingkat Penghasilan dengan Metode Kontrasepsi yang Dipakai**

Metode Kontrasepsi	Tingkat Penghasilan (Dalam Rupiah)				Total
	0 – 500.000	500.001 – 1.000.000	1.000.000 – 1.500.000	1.500.001 – 2.000.000	
Kondom	2 (10%)	3 (13,04%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (8,33%)
Internal Urine Device (IUD)	6 (30%)	8 (34,78%)	2 (16,67%)	2 (40%)	18 (30%)
Susuk KB atau Implant	0 (0%)	1 (4,34%)	0 (0%)	1 (20%)	2 (3,33%)
Pil KB	10 (50%)	3 (13,04%)	6 (50%)	1 (20%)	20 (33,34%)
Suntik KB	2 (10%)	2 (8,69%)	4 (33,33%)	1 (20%)	9 (15%)
Diafragma	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Vasektomi	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Tubektomi	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Senggama Terputus	0 (0)	1 (4,34%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,67%)
Sistem Kalender	0 (0%)	5 (21,73%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (8,33%)
<b>Total</b>	<b>20 (100%)</b>	<b>23 (100%)</b>	<b>12 (100%)</b>	<b>5 (100%)</b>	<b>60 (100%)</b>

Sumber: Kuisisioner no. 9 dan 35

Dari tabel yang tersaji di atas kita ketahui bahwa pada responden yang berpenghasilan Rp 0 – 500.000 banyak yang memakai metode kontrasepsi berupa Pil KB sebanyak 50% responden. Pada responden yang berpenghasilan Rp 500.001 – 1.000.000, metode kontrasepsi yang paling banyak dipakai sebelum aborsi adalah



Internal Urine Device sebesar 34,78% responden. Responden yang penghasilannya Rp 1.000.001 – 1.500.000 memilih Pil KB sebagai metode kontrasepsi yang banyak dipakai dengan jumlah 50% responden. Sedangkan pada responden yang berpenghasilan 1.500.001 – 2.000.000 menentukan metode kontrasepsi berupa Internal Urine Device (IUD) sebagai alat kontrasepsi dengan jumlah 40% responden.

Dapat diketahui juga bahwa disini setiap kategori penghasilan mempunyai trend masing-masing dalam memilih alat kontrasepsi yang dipakai sebelum aborsi. Tidak ditemui kecenderungan tertentu berdasarkan tingkat penghasilan yang dimiliki karena setiap orang sudah memilih kontrasepsi yang banyak dipakai oleh orang seperti Pil KB yang penggunaannya mudah dan Internal Urine Device (IUD) yang banyak direkomendasikan oleh penyuluh KB dan BKKBN, jadi dalam menentukan metode kontrasepsi ini tingkat penghasilan kurang berpengaruh. Dengan hipotesis yang ada bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat penghasilan dengan metode kontrasepsi yang dipakai, dengan nilai  $X^2=71,12$  dan  $df=20$ ,  $P\text{value}=0$  pada  $\alpha=0,05$  maka diperoleh titik kritis=73,36. dengan demikian dapat disimpulkan bahwa hipotesis ( $H_0$ ) diterima yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat penghasilan dengan metode kontrasepsi yang dipakai

### **III.7.24. Hubungan Tingkat Penghasilan dengan Pengambilan Keputusan dalam Pengaturan Jumlah Anak**

Tingkat penghasilan yang didapat oleh wanita juga dapat meningkatkan kualitas diri pada wanita untuk menambah kekuasaan dan kewenangan yang ada





dalam keluarga. Dalam pengambilan keputusan, adanya penghasilan pada wanita dinilai mempengaruhi hak wanita yang semakin besar sebagai pengambil keputusan. Hal itulah yang selanjutnya akan dilihat di bawah melalui hubungan antara tingkat penghasilan dengan pengambilan keputusan dalam pengaturan jumlah anak.

**Tabel III.70**

**Tabel Hubungan Antara Tingkat Penghasilan dengan Pengambilan Keputusan dalam Pengaturan Jumlah Anak**

Pengambil Keputusan	Tingkat Penghasilan (Dalam Rupiah)				Total
	0 – 500.000	500.001 – 1.000.000	1.000.001 – 1.500.000	1.500.001 – 2.000.000	
Suami	2 (10%)	3 (13,04%)	0 (0%)	1 (20%)	6 (10%)
Kesepakatan Bersama, dominasi Suami	4 (20%)	6 (26,08%)	3 (25%)	0 (0%)	13 (21,67%)
Kesepakatan Bersama, dominasi Istri	10 (50%)	5 (21,73%)	4 (41,67%)	1 (20%)	20 (33,34%)
Kesepakatan Bersama, tanpa dominasi	0 (0%)	1 (4,34%)	0 (0%)	1 (20%)	2 (3,33%)
Istri	4 (20%)	8 (34,78%)	5 (65,21%)	2 (40%)	19 (31,66%)
Significant Other	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Total</b>	<b>20 (100%)</b>	<b>23 (100%)</b>	<b>12 (100%)</b>	<b>5 (100%)</b>	<b>60 (100%)</b>

Sumber: Kuisisioner no. 9 dan 33

Dapat kita ketahui bahwa responden yang berpenghasilan Rp 0 – 500.000, pengambilan keputusan dalam penentuan jumlah anak dalam keluarga dilakukan oleh kesepakatan bersama dengan dominasi istri sebesar 50% responden. Pada responden yang berpenghasilan Rp 500.001 – 1.000.000 pengambilan keputusan dalam



menentukan jumlah anak dilakukan oleh istri dengan jumlah 34,78% responden. Pada responden yang penghasilannya Rp 1.000.001 – 1.500.000 pengambilan keputusan mengenai jumlah anak dalam keluarga dilakukan oleh istri dengan jumlah 65,21% responden. Pada responden yang berpenghasilan Rp 1.500.001 – 2.000.000 istri juga yang menentukan pengambilan keputusan dalam hal mengatur jumlah anak yang ada di keluarga dengan jumlah 40% responden.

Dengan hipotesis yang ada bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat penghasilan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan jumlah anak, dengan nilai  $X^2=74,03$  dan  $df=20$ ,  $Pvalue=0$  pada  $\alpha=0,05$  maka diperoleh titik kritis=76. dengan demikian dapat disimpulkan bahwa hipotesis ( $H_0$ ) diterima yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat penghasilan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan jumlah anak.

### **III.7.25. Hubungan Tingkat Penghasilan dengan Pengambilan Keputusan dalam Pengaturan Jarak Kelahiran Anak**

Dalam melihat hubungan antara tingkat penghasilan dengan pengambilan keputusan dalam jarak kelahiran anak dapat dianalogika bahwa pada wanita yang bekerja dan berpenghasilan juga mempunyai peluang yang besar dalam penentuan keputusan akhir terutama yang menyangkut fungsi reproduksi yang melekat pada dirinya sebagai wanita. Untuk lebih jelasnya, hubungan antara tingkat penghasilan responden dengan pengambilan keputusan dalam penentuan jarak kelahiran anak dapat dilihat sebagai berikut, dengan bantuan tabel silang tentunya.

**Tabel III.71****Tabel Hubungan Antara Tingkat Penghasilan dengan Pengambilan Keputusan dalam Pengaturan Jarak Kelahiran Anak**

Pengambil Keputusan	Tingkat Penghasilan (Dalam Rupiah)				Total
	0 – 500.000	500.001 – 1.000.000	1.000.001 – 1.500.000	1.500.001 – 2.000.000	
Suami	2 (10%)	5 (21,73%)	3 (25%)	0 (0%)	10 (16,66%)
Kesepakatan Bersama, dominasi Suami	1 (5%)	18 (78,26%)	0 (0%)	1 (20%)	20 (33,34%)
Kesepakatan Bersama, dominasi Istri	5 (25%)	7 (30,43%)	5 (41,67%)	0 (0%)	17 (28,34%)
Kesepakatan Bersama, tanpa dominasi	0 (0%)	0 (0%)	2 (16,67%)	1 (20%)	3 (5%)
Istri	2 (10%)	3 (13,04%)	2 (16,67%)	3 (60%)	10 (16,66%)
Significant Other	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Total</b>	<b>20</b> (100%)	<b>23</b> (100%)	<b>12</b> (100%)	<b>5</b> (100%)	<b>60</b> (100%)

Sumber: Kuisisioner no. 9 dan 33

Dengan bantuan tabel di atas, kita ketahui bahwa pada responden yang memiliki penghasilan Rp 0 – 500.000, pengambilan keputusan dalam menentukan jarak kelahiran anak dilakukan oleh kesepakatan bersama dengan dominasi istri sebesar 25% responden. Pada responden yang penghasilannya Rp 500.001 – 1.000.000 pengambilan keputusan mengenai pengaturan jarak kelahiran anak



dilakukan oleh kesepakatan bersama dengan dominasi suami dengan jumlah 78,26% responden. Pada responden yang tingkat penghasilannya sebesar Rp 1.000.001 – 1.500.000 pengambilan keputusan mengenai pengaturan jarak kelahiran anak dilakukan oleh kesepakatan bersama dengan dominasi istri dengan jumlah 41,67% responden. Pada responden yang penghasilannya Rp 1.500.001 – 2.000.000 pengambilan keputusannya dilakukan oleh istri dengan jumlah 60% responden.

Dengan hipotesis yang ada bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat penghasilan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan jarak kelahiran anak, dengan nilai  $X^2=66,66$  dan  $df=18$ ,  $Pvalue=0$  pada  $\alpha=0,05$  maka diperoleh titik kritis= $61,15$ . dengan demikian dapat disimpulkan bahwa hipotesis ( $H_0$ ) ditolak yang menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat penghasilan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan jarak kelahiran anak. Hal ini disebabkan semakin tinggi penghasilan yang dimiliki oleh istri per bulannya maka semakin besar pula hak istri untuk melakukan pengambilan keputusan dalam hal mengatur jarak kelahiran anak yang ada dalam keluarganya.

### **III.7.26. Hubungan Tingkat Penghasilan dengan Pengambilan Keputusan dalam Menentukan Metode Kontrasepsi**

Hubungan tingkat penghasilan responden dengan pengambilan keputusan dalam menentukan alat kontrasepsi adalah ketika penghasilan seorang wanita semakin tinggi atau bahkan lebih tinggi dibandingkan suaminya maka semakin besar pula wewenang sang istri untuk mengambil keputusan untuk menggunakan metode





kontrasepsi. Pada wanita yang tidak bekerja, bisa juga hal itu terjadi karena yang mengetahui secara pasti tentang alat kontrasepsi adalah sang istri, namun dengan pertimbangan yang dilakukan dengan suami maka istri menggunakan metode kontrasepsi yang ada.

Untuk menguji hubungan tersebut pada responden yang telah diteliti dapat dilihat berikut ini dengan bantuan tabel silang.

**Tabel III.72**

**Tabel Hubungan Antara Tingkat Penghasilan dengan Pengambilan Keputusan dalam Menentukan Metode Kontrasepsi**

Pengambil Keputusan	Tingkat Penghasilan (Dalam Rupiah)				Total
	0 – 500.000	500.001 – 1.000.000	1.000.001 – 1.500.000	1.500.001 – 2.000.000	
Suami	4 (20%)	5 (21,73%)	2 (16,67%)	0 (0%)	<b>11</b> <b>(18,33%)</b>
Kesepakatan Bersama, dominasi Suami	4 (20%)	5 (21,73%)	4 (33,33%)	0 (0%)	<b>13</b> <b>(21,67%)</b>
Kesepakatan Bersama, dominasi Istri	5 (25%)	6 (26,08%)	3 (25%)	0 (0%)	<b>14</b> <b>(23,33%)</b>
Kesepakatan Bersama, tanpa dominasi	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (20%)	<b>1</b> <b>(1,67%)</b>
Istri	3 (15%)	6 (26,08%)	2 (16,67%)	4 (80%)	<b>15</b> <b>(25%)</b>
Significant Other	4 (20%)	1 (4,34%)	1 (8,33%)	0 (0%)	<b>6</b> <b>(10%)</b>
<b>Total</b>	<b>20</b> <b>(100%)</b>	<b>23</b> <b>(100%)</b>	<b>12</b> <b>(100%)</b>	<b>5</b> <b>(100%)</b>	<b>60</b> <b>(100%)</b>

Sumber: Kuisisioner no. 9 dan 33

Tabel di atas menjelaskan bahwa secara keseluruhan, pengambilan keputusan dilakukan oleh istri dalam menentukan metode kontrasepsi. Pada responden yang



berpenghasilan Rp 0 – 500.000 pengambilan keputusan dalam menentukan metode kontrasepsi dilakukan oleh kesepakatan bersama dengan dominasi istri dengan jumlah sebanyak 25% responden. Responden yang penghasilannya Rp 500.001 – 1.000.000 melakukan pengambilan keputusan yang dilakukan oleh kesepakatan bersama dengan dominasi istri dan istri sendiri, masing-masing mempunyai proporsi yang sama yaitu 26,08% responden. Pada responden yang berpenghasilan Rp 1.000.001 – 1.500.000, pengambilan keputusan dilakukan oleh kesepakatan bersama dengan dominasi dari suami sebesar 33,33%. Pada responden yang berpenghasilan Rp 1.500.001 – 2.000.000 pengambilan keputusan dalam hal menentukan alat atau metode kontrasepsi dilakukan oleh istri dengan jumlah 80% responden.

Dengan hipotesis yang ada bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat penghasilan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan metode kontrasepsi, dengan nilai  $X^2=63,24$  dan  $df=18$ ,  $Pvalue=0$  pada  $\alpha=0,05$  maka diperoleh titik kritis=60. dengan demikian dapat disimpulkan bahwa hipotesis ( $H_0$ ) ditolak yang menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat penghasilan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan metode kontrasepsi.

### **III.7.27. Hubungan Tingkat Penghasilan dengan Pengambilan Keputusan dalam Menentukan Tempat untuk Aborsi**

Dalam menentukan tempat untuk aborsi apabila dilihat dari penghasilan yang dimiliki oleh responden sangatlah mudah karena semakin tinggi penghasilan yang



dimiliki maka semakin mudah pelayanan aborsi diberikan, hanya memberi alasan yang tepat saja aborsi dapat dilakukan.

Pengambilan keputusan untuk aborsi dapat dilakukan siapa saja dalam keluarga, tetapi disini melihat bahwa pelaku aborsi adalah istri dan apabila penghasilan istri tinggi dimungkinkan pengambilan keputusan berada di pihak istri. Untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara keduanya dapat dilihat melalui bantuan tabel silang yang ada berikut ini

Tabel III.73

**Tabel Hubungan Antara Tingkat Penghasilan dengan Pengambilan Keputusan dalam Menentukan Tempat Aborsi**

Pengambil Keputusan	Tingkat Penghasilan (Dalam Rupiah)				Total
	0 – 500.000	500.001 – 1.000.000	1.000.001 – 1.500.000	1.500.001 – 2.000.000	
Suami	2 (10%)	2 (8,69%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (6,67%)
Kesepakatan Bersama, dominasi Suami	3 (15%)	4 (17,39%)	2 (16,67%)	0 (0%)	9 (15%)
Kesepakatan Bersama, dominasi Istri	8 (40%)	7 (30,43%)	3 (25%)	0 (0%)	18 (30%)
Kesepakatan Bersama, tanpa dominasi	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Istri	3 (15%)	8 (34,78%)	7 (58,33%)	5 (100%)	27 (45%)
Significant Other	4 (20%)	2 (8,69%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (3,33%)
<b>Total</b>	<b>20 (100%)</b>	<b>23 (100%)</b>	<b>12 (100%)</b>	<b>5 (100%)</b>	<b>60 (100%)</b>

Sumber: Kuisisioner no. 9 dan 33

Tabel di atas membantu menjelaskan bahwa pengambilan keputusan dalam menentukan tempat untuk aborsi sebagian besar dilakukan oleh istri sebanyak 45% responden. Apabila dilihat lebih jauh melalui tingkat penghasilan yang dimiliki, pada



responden yang berpenghasilan Rp 0 – 500.000 pengambilan keputusan dalam menentukan tempat untuk aborsi dilakukan oleh kesepakatan bersama dengan dominasi istri dengan jumlah sebanyak 40% responden. Pada responden yang penghasilannya Rp 500.001 – 1.000.000 pengambilan keputusan pada penentuan tempat aborsi dilakukan oleh istri sebanyak 34,78% responden. Pada responden yang penghasilan per bulannya Rp 1.000.001 – 1.500.000 pengambilan keputusan dilakukan oleh istri sebanyak 58,33% responden. Dan pada responden yang berpenghasilan Rp 1.500.001 – 2.000.000 pengambilan keputusan untuk menentukan tempat aborsi juga dilakukan oleh istri dengan jumlah sebanyak 100% responden yang menjawabnya.

Dengan hipotesis yang ada bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat penghasilan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan tempat aborsi, dengan nilai  $\chi^2=62,11$   $df=18$ ,  $Pvalue=0$  pada  $\alpha=0,05$  maka diperoleh titik kritis=60,23. dengan demikian dapat disimpulkan bahwa hipotesis ( $H_0$ ) ditolak yang menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat penghasilan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan tempat aborsi. Seperti yang dikatakan oleh Dennis H Wrong (1967) fertilitas yang tinggi pada lapisan masyarakat bawah sering terlihat di berbagai negara, sehingga korelasi yang negatif antara fertilitas dan status sosial ekonomi (SES) sesungguhnya merupakan hukum sosio demografis. Namun, di Indonesia berdasarkan hasil penelitian menunjukkan hasil yang positif yakni pada golongan sosial ekonomi yang rendah akan memiliki fertilitas yang rendah pula ( Singarimbun, 1982: 11-12)





Pada golongan Sosial ekonomi yang tinggi mempunyai fertilitas yang tinggi sehingga dimungkinkan untuk melakukan aborsi pada kehamilan yang tidak diinginkan. Oleh sebab itu, tindakan aborsi ini banyak dilakukan pada mereka yang tergolong sosial ekonominya cukup karena adanya ketakutan akan ancaman menjadi miskin yang disebabkan oleh banyaknya jumlah anak yang dimiliki. Selain itu, juga aborsi dimaksudkan untuk meningkatkan kondisi kehidupan keluarga mengenai mengganti kuantitas jumlah anak dengan kualitas jumlah anak yang telah dimiliki.

### **III.7.32. Hubungan Tingkat Penghasilan dengan Pengambilan Keputusan dalam Menentukan Tindakan Aborsi**

Tingkat penghasilan yang dimiliki seseorang, utamanya oleh seorang wanita juga akan menunjukkan status dirinya berdasarkan gaji tersebut. Semakin tinggi penghasilan yang dimiliki maka akan naik pula status sosial yang dimiliki oleh wanita tersebut.

Pengambilan keputusan yang diambil oleh seseorang juga dapat dipengaruhi adanya status sosial yang terdapat dalam masyarakat. Semakin tinggi status sosial yang dimiliki seorang wanita melalui penghasilan yang dimiliki maka semakin besar pula pengambilan keputusan yang akan dilakukan olehnya.

Ketika menghubungkan tingkat penghasilan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan tindakan aborsi, penghasilan yang dihasilkan oleh seseorang ditengarai akan berpengaruh pada keputusan yang diambil. Semakin tinggi penghasilan yang dimiliki seorang wanita maka semakin besar pula peluang wanita



atau istri untuk menentukan keputusan terhadap tindakan aborsi yang akan dilakukannya. Untuk mengetahui lebih lanjut mengenai hal tersebut dapat dilihat dengan bantuan tabel silang berikut ini.

**Tabel III.79**

**Tabel Hubungan Antara Tingkat Penghasilan dengan Pengambilan Keputusan dalam Menentukan Tindakan Aborsi**

Pengambil Keputusan	Tingkat Penghasilan (Dalam Rupiah)				Total
	0 – 500.000	500.001 – 1.000.000	1.000.001 – 1.500.000	1.500.001 – 2.000.000	
Suami	5 (25%)	6 (26,08%)	0 (0%)	1 (20%)	12 (20%)
Kesepakatan Bersama, dominasi Suami	0 (0%)	2 (8,69%)	2 (16,67%)	0 (0%)	4 (6,67%)
Kesepakatan Bersama, dominasi Istri	5 (25%)	4 (17,39%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (15%)
Kesepakatan Bersama, tanpa dominasi	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Istri	8 (40%)	9 (39,13%)	10 (83,33%)	4 (80%)	31 (51,67%)
Significant Other	2 (10%)	2 (8,69%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (6,67%)
<b>Total</b>	<b>20 (100%)</b>	<b>23 (100%)</b>	<b>12 (100%)</b>	<b>5 (100%)</b>	<b>60 (100%)</b>

*Kuisisioner: no. 9 dan 42*

Dengan bantuan tabel di atas, dapat kita jelaskan bahwa sebagian besar responden melakukan pengambilan keputusan untuk mengambil tindakan aborsi dilakukan oleh istri. Pada responden yang berpenghasilan Rp 0 – 500.000, pengambilan keputusan dalam menentukan tindakan aborsi dilakukan oleh istri dengan jumlah 40% responden. Pada responden yang penghasilannya Rp 500.001 – 1.000.000 pengambilan keputusan dalam menentukan tindakan aborsi dilakukan oleh



istri dengan jumlah 39,13% responden. Pada responden yang penghasilannya antara Rp 1.000.001 – 1.500.000 pengambilan keputusan dalam menentukan tindakan aborsi dilakukan oleh istri sebesar 83,33% responden. Pada responden yang penghasilannya Rp 1.500.001 – 2.000.000, pengambilan keputusan untuk aborsi juga diambil oleh istri dengan jumlah 80% responden.

Dengan hipotesis yang ada bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat penghasilan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan tindakan aborsi, dengan nilai  $X^2=61,03$   $df=18$ ,  $Pvalue=0$  pada  $\alpha=0,05$  maka diperoleh titik kritis=60,20. dengan demikian dapat disimpulkan bahwa hipotesis ( $H_0$ ) diterima yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat penghasilan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan tindakan aborsi. Hal ini dikarenakan memang besarnya inisiatif istri ketika menghadapi kehamilan yang tak diinginkan adalah dengan cara aborsi. Ditunjang dengan mampunya para istri masa kini dalam pembiayaan aborsi yang didapat dari penghasilan atau tabungan yang dimilikinya. Faktor lain yang membuat tingkat penghasilan ini tidak berpengaruh adalah argumen 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 dalam tubuhnya hidup dan bernyawa akan tetapi karena si janin melanggar hak otonomi dan penentuan diri bagi wanita yang juga merupakan kebebasan bagi wanita tersebut maka janin harus kehilangan hak untuk hidup dengan cara aborsi.



## Bab IV

### Diskusi Teoritik

Dalam membahas masalah mengenai pola pengambilan keputusan dalam keluarga, sebenarnya tidak dapat terlepas dari struktur atau pola kekuasaan yang ada terutama yang ada dalam keluarga. Begitu pula dengan adanya permasalahan mengenai pola pengambilan keputusan pada pasangan suami istri terhadap tindakan aborsi yang dilakukan karena kegagalan alat kontrasepsi.

Dalam pengambilan keputusan ini, yang perlu diperhatikan pertama adalah struktur keluarga. Struktur keluarga yang ada akan mempengaruhi tata nilai dan aturan yang dilakukan oleh anggota keluarga yang lain. Dilihat dari lingkungan tempat penelitian dan responden berasal, struktur keluarga yang berpengaruh adalah keluarga patriarkhal. Masyarakat yang kebanyakan menganut struktur keluarga ini adalah pada masyarakat Jawa. Pada masyarakat Jawa yang menganut budaya patriarkhal, laki-laki memiliki dominasi atas wanita. Hal ini 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.

Sebagaimana yang diungkapkan Blood & Wolfe (1960) 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.

Sebagian besar permasalahan keluarga biasanya akan diputuskan sendiri oleh suami dan istri tetapi tidaklah menutup kemungkinan ada pihak lain yang ikut campur dalam proses pengambilan keputusan yang ada ( Goode, 1991: 89-90). Adapun pihak lain yang dimaksud ikut campur adalah orangtua dari pihak suami atau istri, kerabat, teman atau oranglain yang mempunyai peran penting dalam kehidupan responden seperti dokter, perawat atau konselor.

Apabila hal di atas direfleksikan terhadap permasalahan yang diteliti, dalam struktur keluarga responden adanya posisi dalam keluarga adalah sebagai penentu pengambil keputusan. Distribusi dan alokasi kekuasaan bila dilihat dengan struktur patriarkhal milik suami namun kenyataannya, dapat bergeser kepada pihak istri. Hal ini dipengaruhi juga oleh adanya pembagian kerja yang ada dalam keluarga tersebut, apabila sebelumnya wanita mempunyai peran secara domestik yang bergerak dalam lingkup rumah tangga saja, saat ini banyak pula wanita yang memasuki peran publik. Adanya peran ganda yang dimiliki oleh istri



maka alokasi kekuasaan suami menjadi berkurang dan terpecah menjadi 2. Artinya, ada hal-hal yang pengambilan keputusannya dilakukan oleh suami dan ada juga hal-hal yang pengambilan keputusannya dilakukan oleh istri.

Dengan adanya kekuasaan dalam keluarga yang dimiliki masing-masing pihak maka sikap untuk saling mempengaruhi antara satu dengan yang lain atau antara suami dan istri berubah menjadi kompromi atau kesepakatan dalam mengambil keputusan tertentu. Ketika terjadi kesepakatan antara suami dan istri, disadari atau tidak disinilah kekuasaan antara suami istri akan mendominasi sehingga terjadilah pengambilan keputusan dengan dominasi dari salah satu pihak.

Dapat juga dikatakan bahwa 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 suami 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 istri lebih besar.
5. Pengambilan keputusan oleh istri saja.

Terkait dengan masalah yang diteliti mengenai pola pengambilan keputusan pasangan suami istri terhadap tindakan aborsi karena kegagalan alat



kontrasepsi, variasi pengambilan keputusan dalam keluarga yang dijelaskan oleh para ahli ampak dalam kehidupan responden yang diteliti, antara lain:

1. Pengambilan keputusan oleh suami saja.
2. Pengambilan keputusan oleh suami istri dimana dominasi suami lebih besar, yang tampak dalam memilih tempat berobat ketika anggota keluarga ada yang sakit, memilihkan sekolah untuk anak, melakukan pembangunan rumah, melakukan perbaikan rumah, membeli barang-barang yang dianggap berharga untuk dimiliki
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 istri lebih besar yaitu dalam mengatur jumlah anak yang dimiliki dalam keluarga dan membeli perabot rumah
5. Pengambilan keputusan oleh istri saja, yang tampak dalam mengatur jarak kelahiran anak, menentukan metode kontrasepsi, mendidik anak dan menentukan tempat untuk aborsi

Pengambilan keputusan yang dilakukan oleh pihak suami saja dan pengambilan keputusan oleh suami dan istri dimana tidak ada dominasi antara kedua belah pihak bukannya tidak ada namun ditemukan dalam jumlah yang tidak terlampau besar dibandingkan pengambilan keputusan yang dilakukan oleh pihak yang lain.

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)

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)

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.

Dalam penelitian ini juga menguji adanya pengambilan keputusan yang pada saat ini ditengarai telah bergeser ke pihak istri sebagai pengambil keputusan





dengan bantuan variabel yang diperkirakan dapat menumbangkan dominasi suami kepada istri sesuai dengan hasil penelitian mengenai pola pengambilan keputusan pada penelitian terdahulu. Variabel yang diperkirakan dapat berpengaruh pada pengambilan keputusan pada wanita antara lain adalah variabel usia, pendidikan, status ketenagakerjaan dan tingkat penghasilan yang dimiliki oleh responden. Adanya kesimpulan yang dilakukan oleh Morris Zelditch pada beberapa penelitian yang dilakukan oleh para ahli disini juga turut diuji guna mengetahui apakah pada permasalahan yang dibahas oleh peneliti, faktor ini turut berpengaruh atau tidak pada pengambilan keputusan yang diambil oleh pasutri terhadap tindakan aborsi karena kegagalan alat kontrasepsi.

Sedangkan bila kita lihat terlebih lanjut, sebagian besar responden yang ternyata memiliki beragam alasan untuk aborsi sesuai dengan sebab-sebab wanita menikah yang melakukan 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)



## Bab V

### Kesimpulan dan Saran

#### V.1. Kesimpulan Umum

Dari hasil penelitian yang dilakukan mengenai pola pengambilan keputusan pada pasutri terhadap tindakan aborsi karena kegagalan alat kontrasepsi dapat dilakukan kesimpulan sebagai berikut.

1. Dari seluruh responden yang diteliti, sebagian besar termasuk dalam kategori usia yang produktif, yaitu usia 26-30 tahun. Apabila dilihat melalui pekerjaan, sebagian besar responden yang melakukan aborsi di klinik "Mawar" dan "Melati" mempunyai pekerjaan wiraswasta dan sebagian besar berpenghasilan Rp 500.001 – 1.000.000. Dilihat dari tingkat pendidikannya, sebagian besar responden menyelesaikan pendidikan hingga jenjang SMA/Sederajat.
2. Sebagian besar responden mengetahui informasi adanya klinik "Mawar" dan "Melati" yang melakukan pelayanan untuk aborsi sejak 6-12 bulan yang lalu. Informasi mengenai klinik "Mawar" dan "Melati" yang melakukan pelayanan untuk aborsi, sebagian besar didapatkan responden dari tetangga.
3. Dalam melakukan tindakan aborsi, sebagian besar responden melakukannya dengan inisiatif diri sendiri. Adapun sikap yang dilakukan oleh sebagian besar suami atas tindakan aborsi yang dilakukan oleh istrinya di klinik



“Mawar” dan “Melati” adalah mendukungnya. Hal ini tampak sekali ketika sang istri melakukan tindakan aborsi, suami turut mengantar dan tak jarang menemani ketika sang istri diaborsi.

4. Biaya yang dikeluarkan oleh sebagian besar responden untuk sekali melakukan aborsi di klinik “Mawar” dan “Melati” adalah Rp 500.001 – 1.000.001. Biaya yang dikeluarkan oleh responden untuk membayar aborsi yang dilakukannya, sebagian besar didapatkan dari tabungan.
5. Dilihat dari usia janin yang diaborsi, sebagian besar responden mengaborsi janin yang berusia antara 4-6 minggu. Sebagian besar responden melakukan aborsi pada anak kedua.
6. Alasan utama yang dilontarkan responden untuk melakukan tindakan aborsi adalah karena adanya ketakutan bahwa kehamilannya diketahui orang lain, terutama oleh keluarga dan kerabat dekat. Ternyata alasan melakukan tindakan aborsi karena kegagalan alat kontrasepsi dipakai sebagai kedok agar responden dapat melakukan aborsi di klinik “Mawar” atau “Melati” karena terbukti menggunakan alasan tersebut, tindakan aborsi lebih mudah untuk diterima dan disetujui oleh klinik yang bersangkutan dibandingkan dengan alasan yang lainnya.
7. Pertimbangan lain yang diambil oleh sebagian besar responden ketika melakukan tindakan aborsi di klinik “Mawar” dan “Melati” adalah adanya



pamor yang tinggi dari kedua klinik ini di masyarakat. Jadi, ketika seseorang menginginkan untuk aborsi karena kehamilan yang tidak diinginkan langsung pergi ke kedua klinik ini karena ketenarannya dalam melakukan peleyanan untuk aborsi.

8. Upaya yang dilakukan oleh sebagian besar responden pasca tindakan aborsi adalah dengan mengikuti konseling kontrasepsi dan Keluarga Berencana (KB) di klinik tempat aborsi serta mengganti metode kontrasepsi yang dipakai sebelum aborsi.
9. Alat kontrasepsi yang paling banyak digunakan oleh responden sebelum melakukan tindakan aborsi adalah Pil KB. Sedangkan alat kontrasepsi yang dipakai oleh responden setelah tindakan aborsi adalah Internal Urine Device (IUD). Dalam hal ini, juga banyak terjadi perubahan jumlah alat kontrasepsi yang digunakan responden satu dengan yang lain, ada alat kontrasepsi yang mengalami kenaikan dan ada pula yang mengalami penurunan pada sebelum dan sesudah tindakan aborsi.
10. Reaksi pertama yang ditunjukkan oleh sebagian besar responden ketika mengetahui kehamilan yang tidak diinginkan adalah kecewa. Sedangkan sikap yang dilakukan oleh sebagian besar responden setelah mengetahui kehamilan karena gagalnya alat kontrasepsi yang dipakai adalah tanpa pikir panjang langsung berpikir untuk melakukan aborsi. Upaya yang dilakukan





oleh sebagian besar responden setelah mengalami kegagalan alat kontrasepsi adalah pergi ke dokter, bidan atau klinik untuk melakukan tindakan aborsi.

11. Pengambilan keputusan dalam mengatur jumlah anak pada sebagian besar responden dilakukan atas kesepakatan bersama dengan dominasi istri. Hal ini dikarenakan melekatnya fungsi reproduksi pada pihak istri dan adanya kompromi yang dilakukan dengan suami.
12. Pengambilan keputusan dalam mengatur jarak kelahiran anak pada sebagian besar responden dilakukan oleh istri. Hal ini juga dikarenakan melekatnya fungsi reproduksi yang dimiliki oleh istri dan adanya pergeseran bahwa tidak semua keputusan yang menyangkut keluarga harus dilakukan oleh suami.
13. Pengambilan keputusan dalam memilih tempat berobat pada sebagian besar responden dilakukan atas kesepakatan bersama dengan dominasi dari suami. Hal ini disebabkan karena yang melakukan pembayaran pengobatan pada keluarga yang sakit adalah suami, sehingga pemilihan tempat berobatnya dilakukan bersama tetapi yang memutuskan adalah suami.
14. Pengambilan keputusan dalam memilihkan sekolah untuk anak, pada sebagian besar responden dilakukan atas kesepakatan bersama dengan dominasi dari suami. Hal ini dikarenakan alokasi secara ekonomi yang



disumbangkan oleh suami terhadap keluarga lebih besar dibandingkan istri.

Sehingga penentu dominasi adalah suami.

15. Pada sebagian besar responden, pengambilan keputusan dalam pembangunan rumah dilakukan atas kesepakatan bersama dengan dominasi suami. Hal ini juga disebabkan karena secara ekonomi, sekalipun pada wanita yang bekerja, penghasilan yang dipunyai suami lebih besar.
16. Pengambilan keputusan dalam perbaikan rumah pada sebagian besar responden dilakukan juga atas kesepakatan bersama dengan dominasi suami. Adanya pertimbangan yang sama dengan hal di atas, bahwa dilihat dari faktor ekonomi, penghasilan yang dimiliki suami tetap lebih besar daripada istri.
17. Sebagian besar responden melakukan pengambilan keputusan dalam membeli perabot rumah dengan kesepakatan bersama atas dominasi istri. Hal ini disebabkan karena yang dianggap lebih menyukai perabot rumah dan mempunyai kemampuan untuk merawatnya adalah istri.
18. Sebagian besar responden melakukan pengambilan keputusan dalam membeli barang berharga oleh kesepakatan bersama dengan dominasi suami. Penyebabnya karena pihak suami dianggap lebih mampu secara finansial, terlebih lagi kalau barang berharga yang dibeli tidak dibayar dengan tunai.



19. Dalam menentukan metode kontrasepsi yang dipakai oleh istri, yang melakukan pengambilan keputusan adalah istri sendiri. Hal ini dikarenakan adanya kesadaran mengenai kesehatan reproduksi pada wanita saat ini, selain itu belum tentu saran dari orang lain mengenai alat kontrasepsi tertentu cocok dengan dirinya karena yang mengetahui kondisi fisik secara riil mengenai alat kontrasepsi yang cocok dan sesuai bagi dirinya adalah istri sendiri.
20. Dalam hal mendidik anak, yang mengambil keputusan dalam keluarga pada sebagian besar responden adalah istri. Hal ini disebabkan seorang istri dianggap lebih mampu dan dapat untuk mensosialisasi dan menginternalisasikan nilai dan norma dalam masyarakat terhadap anak.
21. Dalam menentukan tempat untuk aborsi, sebagian besar responden melakukan pengambilan keputusan oleh istri. Hal ini disebabkan yang akan melakukan aborsi adalah istri jadi sebisa mungkin istri harus tahu dimana ia akan melakukan aborsi disesuaikan dengan kondisi kesehatan pada saat itu dan kondisi keuangan yang ada.
22. sebagian besar responden yang mengambil keputusan untuk melakukan tindakan aborsi dilakukan oleh istri. Hal ini dikarenakan adanya inisiatif yang memang sudah dimiliki istri ketika dirinya mengalami kehamilan yang tak diinginkan.



23. Dapat dikatakan bahwa variabel usia kurang berpengaruh terhadap pengambilan keputusan dalam menentukan tindakan aborsi. Hal ini dikarenakan setiap responden yang akan melakukan aborsi sudah berinisiatif dari dirinya sendiri untuk aborsi, selain itu adanya kemauan dan kemampuan secara fisik untuk aborsi pada sebagian besar responden juga mendukung adanya keputusan istri untuk menentukan tindakan aborsi.
24. Dapat dikatakan bahwa tingkat pendidikan yang dimiliki seseorang cukup berpengaruh terhadap tindakan aborsi yang dilakukan oleh responden. Justru disini mereka yang berpendidikan tinggi mempunyai kecenderungan yang lebih tinggi untuk melakukan aborsi, bahkan tak menutup kemungkinan satu saat akan menjadi bagian dari gaya hidup. Hal ini disebabkan adanya kepemilikan jumlah anak yang banyak akan semakin membebani hidup mereka karena biaya hidup yang dibutuhkan akan semakin banyak, dengan aborsi jumlah anak yang dimiliki akan semakin mendekati jumlah yang dianggap ideal dan segala kebutuhan hidup tetap tercukupi dengan baik.
25. Berdasarkan status ketenagakerjaan yang dimiliki oleh responden tidak berpengaruh terhadap pengambilan keputusan dalam menentukan tindakan aborsi, hal ini dikarenakan anggapan pada responden bahwa tindakan aborsi yang dilakukan sesuai dengan pemikiran responden yang memang





menginginkan anak yang tidak terlalu banyak dalam keluarganya, baik itu pada wanita yang bekerja ataupun pada wanita yang tidak bekerja.

26. Dikatakan bahwa tingkat penghasilan tidak berpengaruh terhadap pengambilan keputusan dalam menentukan tindakan aborsi karena dari semua kategori penghasilan yang ada menunjukkan bahwa istrilah yang mengambil keputusan dalam menentukan tindakan aborsi. Hal ini dikarenakan melekatnya fungsi reproduksi seorang wanita yang mempunyai kemampuan untuk mengandung dan melahirkan, sehingga ketika seorang wanita mengalami kehamilan yang tidak diinginkannya ia menganggap menjadi hak seorang wanita untuk mengaborsi janinnya.
27. Teori-teori yang dikemukakan pada uraian terdahulu teruji telah berpengaruh pada variabel tingkat pendidikan dalam pengambilan keputusan terhadap tindakan aborsi karena kegagalan alat kontrasepsi. Variabel status ketenagakerjaan dan tingkat penghasilan terbukti tidak berpengaruh pada pengambilan keputusan terhadap tindakan aborsi karena kegagalan alat kontrasepsi. Kenyataan ini menumbangkan teori terdahulu yang menyatakan bahwa semakin besar penghasilan istri, semakin besar pula kekuasaan istri untuk menentukan pengambilan keputusan dalam keluarga. Juga teori yang menyatakan bahwa ketika istri bekerja, atau adanya penghasilan sampingan



yang diberikan untuk keluarga akan meningkatkan kekuasaan istri dalam keluarga.

28. Berdasarkan hasil analisis terhadap pengambilan keputusan terhadap tindakan aborsi pada pasutri karena kegagalan alat kontrasepsi menunjukkan bahwa hak istri tidak saja seimbang, pada beberapa temuan data menunjukkan bahwa istri mampu menentukan apa yang dianggap menjadi haknya secara mandiri. Istri tidak hanya berperan sebagai ibu rumah tangga saja melainkan dapat berperan ganda juga sebagai “pengambil keputusan” dalam keluarga.



## V.2. Saran dan Kebijakan

Sedangkan saran yang dapat diberikan dari hasil penelitian mengenai pola pengambilan keputusan pada pasutri terhadap tindakan aborsi karena kegagalan alat kontrasepsi dikemukakan sebagai berikut.

1. Dalam konteks ini, pertama – tama yang harus diusahakan adalah meningkatkan kualitas relasi nikah antara suami – istri. Relasi nikah itu antara lain dalam wujud adanya kehamilan dan Keluarga Berencana (KB) harus menjadi tanggung jawab pasangan berdua selama ini relasi yang ada antara suami – istri masih sangatlah dangkal, sehingga adanya kehamilan dan penggunaan alat kontrasepsi dianggap sebagai kewajiban salah satu pihak yaitu istri.
2. Sedapat mungkin suami tidak mengacuhkan terhadap fungsi reproduksi yang dimiliki oleh istri sehingga nilai – nilai manusiawi yang ada dalam perkawinan dapat dipupuk menjadi suatu kebijakan khusus.
3. Dalam mengambil keputusan untuk aborsi hendaknya para wanita berkonsultasi dahulu dengan tenaga medis yang ada khususnya dokter. Dalam kehamilan dan rencana aborsi yang akan dilakukan oleh wanita utamanya yang telah menikah memiliki banyak aspek medis karena itu perempuan yang hamil sangat membutuhkan informasi dan nasehat dari dokter, nasehat tersebut dapat menjadi lebih penting lagi bila terdapat indikasi medis, baik bagi kesehatan ibu maupun bayi.



4. Pendamping lain bagi perempuan yang akan melakukan aborsi selain suami juga seorang konselor, tujuannya agar wanita yang telah menikah tidak mengambil keputusan secara emosional yang kemudian barangkali disesali
5. Di Indonesia aborsi dianggap suatu tindakan yang ilegal oleh karena itu perbuatan itu termasuk dalam perbuatan yang melanggar hukum. Di satu sisi aborsi menghilangkan hak untuk hidup, tetapi disisi lain ada kebijakan – kebijakan yang dapat mendukung aborsi terus berlangsung. Hal itu akan mengakibatkan efek negatif seperti adanya tenaga medis atau dokter bersedia melakukan aborsi ilegal, menjadikan perempuan sebagai korban aborsi dengan memasang tarif yang tinggi. Jika aborsi dilakukan oleh kalangan non medis, maka perempuan akan menjadi korban lagi karena ia mengalami kerugian bagi kesehatan bahkan kehilangan nyawa. Indonesia sebagai negara hukum sebaiknya menegakkan dan melaksanakan secara ketat hukum tentang aborsi yang diatur dalam Undang – Undang Kesehatan Reproduksi, agar praktek aborsi tidak terus berlangsung dalam masyarakat.
6. Agama mempunyai alasan khusus untuk tetap menekankan hormat untuk kehidupan manusia, terutama dengan mendidik dan membina umatnya, sebab umat itu sendiri menghadapi situasi dilematis di mana aborsi menjadi salah satu pilihan. Terlebih profesi kedokteran harus tetap berpegang pada prinsip hormat





untuk kehidupan manusia. Bagi profesi ini aborsi hanya boleh menjadi pengecualian, biarpun pengecualian yang tak terelakkan.



## DAFTAR PUSTAKA

### Referensi

- Bertens, K, Aborsi Sebagai Masalah Etika, Jakarta: PT. Gramedia Widiasarana Indonesia, 2002
- David, Lucas (Ed), Pengantar Kependudukan, Yogyakarta: Gajah Mada University Press, 1990
- Fawcett T, James, Psikologi dan Kependudukan, Jakarta: Rajawali, 1992
- Haralambos, Michael and Holborn, Martin, Sociology: Themes and Perspectives, London: Harpercollins, 2000
- Hartanto, Hanafi, Keluarga Berencana dan Kontrasepsi, Jakarta: Pustaka Sinar Harapan, 2004
- Ihromi, T.O, Bunga Rampai Sosiologi Keluarga, Jakarta: Yayasan Obor Indonesia, 1999
- Kartono, Kartini, Psikologi Wanita (Jilid III) Mengenai Wanita Sebagai Ibu dan Nenek, Jakarta: CV Mandar Maju, 1997
- Kusmaryanto, CB, Kontroversi Aborsi, Jakarta: PT Gramedia Widiasarana Indonesia, 2002
- Malthus, Thomas (eds), Ledakan Penduduk Dunia, Jakarta: Penerbit Nuansa, 2004
- Notopuro, Hardjito, Peranan Wanita Dalam Masa Pembangunan di Indonesia, Jakarta: Ghalia Indonesia, 1979
- Parsons, Talcott and Shils, Edward. A, Toward a General Theory Of Action, New York: Harper and Row Publisher, 1962
- Poloma, Margaret M, Sosiologi Kontemporer, Jakarta: Raja Grafindo Persada, 1999
- Ramali, Ahmad, Pamoentjak dan T, Laksman, Kamus Kedokteran: Arti dan Keterangan Istilah, Jakarta: PT.Djambatan, 1987
- Sabri, Luknis, Statistik Kesehatan, Jakarta: PT Raja Grafindo Persada, 2006
- Sajogyo, Pudjiwati, Peranan Wanita dalam Perkembangan Masyarakat Desa, Jakarta: Rajawali, 1983

Pola Pengambilan Keputusan Aborsi Pada Pasutri Yang Mengalami Kegagalan Kontrasepsi

- Schaefer, Richard T, *Sociology Eight Edition*, New York: Mc Grawhill Companies, 2003
- Schur, Edwin M, *The Family and the Sexual Revolution*, Bloomington: Indiana University Press, 1964
- Singarimbun, Masri (Ed), *Kependudukan: Liku – liku Penurunan Kelahiran*, Jakarta: LP3ES, 1987
- Singarimbun, Masri dan Efendi, Sofian, *Metode Penelitian Survy*, Jakarta: LP3ES, 1989
- Soekanto, Soerjono, *Sosiologi Suatu Pengantar*, Jakarta: Raja Grafindo Persada, 1990
- Suyanto, Bagong dan Sutinah (Eds), *Metode Penelitian Sosial*, Jakarta, Kencana, 2005
- Todaro, Michael, *Pembangunan Ekonomi di Dunia Ketiga*, Jakarta: Erlangga, 2000
- Turner, Jonathan H., *Functionalism*, California: Menlo Park, 1979

#### **Skripsi**

- Komalasari, Virna: *Pengambilan Keputusan Mengenai Hak Reproduksi Kaum Wanita*, Surabaya: FISIP- UNAIR, Skripsi Sosiologi, 2003
- Lousiana, Vera, *Pandangan Remaja terhadap Abortus Provocatus*, Surabaya: FISIP-UNAIR, Skripsi Sosiologi, 2000
- Simatupang, Renni Hotma, *Perilaku Aborsi di Kalangan Wanita Menikah*, Surabaya: FISIP-UNAIR, Skripsi Sosiologi, 1998

#### **Tesis**

- Hariadi, Sri Sanituti, *Hak Pengambilan Keputusan Wanita Indonesia untuk Membentuk Keluarga Kecil*, Surabaya: Fakultas Pascasarjana-UNAIR, Tesis Ilmu Hukum, 1988
- Hermiwahyoeni, Zahrofa, *Hambatan Pemenuhan Kebutuhan Alat Kontrasepsi pada Masyarakat Pinggiran Kota Malang*, Surabaya: Fakultas Pascasarjana, Tesis Kesehatan Masyarakat, 2001

### **Jurnal dan Makalah**

- Gunawan, N, Peningkatan Keberdayaan Perempuan sebagai Upaya Mencegah Aborsi: Simposium Masalah Aborsi di Indonesia, Jakarta, 2000.
- Singarimbun, Masri, Masalah Penurunan Angka Kelahiran, Volume VI, PRISMA, 1994
- -----, Abortion Policies a Global Review, New York: United Nations, 2001
- -----, Sikap Mendua Menghadapi Aborsi, Volume IV ( 2 ) April - Juni, Buletin Epidemiologi Indonesia, 1995
- -----, Umpan Balik laporan Hasil Pencapaian Program KB Nasional Propinsi Jawa Timur, Surabaya: BKKBN, 2004

### **Surat Kabar**

- Harian Kompas, 12 Maret 2002
- Harian Kompas, 06 Juli 2003
- Harian Pikiran Rakyat, 30 Agustus 2003
- Harian Jawa Pos, 23 November 2006

### **Website**

- <http://www.antara.co.id/seenws/?id=41258>>Seri Hati Nurani
- <http://www.bkkbn.go.id/indeks.php>
- <http://www.google.com/kegagalan alat kontrasepsi>
- <http://www.google.com/aborsi>
- Hanifah, Laily, Aborsi Ditinjau dari Tiga Sudut, [www.kesrepro.co.id](http://www.kesrepro.co.id), 2002
- <http://www.kesrepro.info.co.id>
- <http://www.malang.net/sekilasbr1.cfm>
- <http://www.pemkot-malang.go.id>
- <http://www.tabloidnova.com>
- <http://id.wikipedia.org/wiki/Malang>