

# KEJADIAN KEGUGURAN, KEHAMILAN TIDAK DIRENCANAKAN DAN PENGGUGURAN DI INDONESIA

Setia Pranata<sup>1</sup>, dan FX Sri Sadewo<sup>1</sup>

## ABSTRACT

**Background:** Unwanted pregnancy is often related to the practice of abortion. The existing data are sporadic and illustrate the condition of the big city. Kompas (16/2/2009) said that abortion cases are 2.5 million for a year. Another study estimates that about 2 million cases of abortion. By using the Riskesdas data, this study aimed to describe how the incidence of miscarriage, unwanted pregnancy, and abortion efforts in Indonesia. **Methods:** Units of analysis in this study is the sample of individuals Riskesdas 2010, ever married women, 10–59 years old, which is located in all provinces of Indonesia. The data used are the results of a questionnaire survey by using instruments RKD10.IND and RKD10RT. This data is correlated with demographic status and socio economic status. From the data processing, we know the motive of abortion. **Findings:** The incidence of miscarriage rate is 4% nationally. Of all occurrences of miscarriages, there is 6.54% of them aborted. Abortion is mostly done by women aged over 35 year old, graduated from high school, not working and living in urban areas. Curettage is the dominantly way for abortion. Herbs, pills and injections are the alternative ways. Associated with the incidence of unplanned pregnancies, cases were found ranged between 1.6% and 5.8%. On all unplanned pregnancies cases, 6,71% are aborted. The abortions are mostly done by wome aged over 35 years old with elementary school graduated, unemployed, lower economic status (2<sup>nd</sup> kuantil) and live in urban areas. Abortion techniques are herbs and pills.

**Key words:** incidence of miscarriage, unwanted pregnancy, abortion in Indonesia

## ABSTRAK

Kehamilan yang tidak diinginkan acapkali berkaitan erat dengan prak pengguguran kandungan. Sementara ini, data yang ada masih sporadis dan menggambarkan kondisi di kota besar. Kompas (16/2/2009) menyebutkan angka 2,3 juta kasus per tahun. Dengan menggunakan data Riskesdas 2010, studi ini bertujuan menggambarkan kondisi nasional tentang bagaimana kejadian keguguran, kehamilan yang tidak direncanakan dan upaya pengguguran kandungan di Indonesia. Metode. Unit analisis dalam studi ini adalah sampel individu RISKESDAS 2010, yakni perempuan pernah kawin, usia 10–59 tahun, yang berada di seluruh provinsi se-Indonesia. Data yang digunakan adalah hasil survei dengan menggunakan instrumen kuensioner RKD10RT dan RKD10.IND. Data tersebut dihubungkan dengan status demografi dan status sosial. Dari hasilnya, motif aborsi dapat diketahui. Temuan. Angka kejadian keguguran secara nasional adalah 4%. Dari semua kejadian keguguran, ada 6,54% di antaranya aborsi. Aborsi lebih besar dilakukan oleh ibu berusia di atas 35 tahun, berpendidikan tamat SMA, tidak bekerja dan tinggal di perkotaan. Cara yang dominan digunakan untuk menghentikan kehamilan adalah kuret. Jamu, pil dan suntik merupakan tindakan alternatifnya. Terkait dengan kejadian kehamilan yang tidak direncanakan, kasus yang ditemukan berkisar antara 1,6% dan 5,8%. Dari semua kejadian kehamilan tidak direncanakan, 6,71% di antaranya sengaja digugurkan. Berdasarkan karakteristik, aborsi banyak dilakukan oleh ibu berusia di atas 35 tahun, berpendidikan SD, tidak bekerja, dari status sosial ekonomi kuantil ke 2 dan tinggal di perkotaan. Aborsi. Dilakukan secara sendiri dengan jamu dan pil.

**Kata kunci:** Keguguran, kehamilan tidak diinginkan, aborsi, Indonesia

Naskah Masuk: 4 Februari 2012, Review 1: 11 Februari 2012, Review 2: 11 Februari 2012, Naskah layak terbit: 25 Februari 2012

---

<sup>1</sup> Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, Jl. Indrapura 17, Surabaya  
Alamat korespondensi: pranata11@yahoo.co.id

## PENDAHULUAN

Kehamilan tidak diinginkan (*unwanted pregnancy*) dan kehamilan tidak tepat waktu (*mistimed pregnancy*) dapat dikategorikan sebagai kasus *unmet need*. Studi tentang *unmet need* yang dilakukan Dewi Prihastutik (2004) pada wanita menikah usia 15–49 tahun ditemukan bahwa 50% wanita menikah di Indonesia berkeinginan untuk tidak mempunyai anak lagi. Persentase wanita menikah yang berkeinginan untuk tidak mempunyai anak lagi, lebih tinggi di daerah perdesaan (5 persen) daripada di perkotaan (2,1 persen). Beberapa faktor yang diperkirakan berpengaruh terhadap *unmet*, antara lain umur, pendidikan, jumlah anak masih hidup, sikap suami terhadap KB, pernah pakai KB, aktivitas ekonomi dan indeks kesejahteraan hidup.

Terlepas dari temuan Prihastutik (2004), keinginan untuk tidak mempunyai anak ini menjadi kekhawatiran tatkala ibu yang sedang hamil terdorong untuk menghentikan kehamilan dengan sengaja. Kehamilan yang tidak diinginkan acapkali berkaitan erat dengan praktik pengguguran kandungan yang tidak aman (*unsafe abortion*). Wanita yang tidak menginginkan kehamilan tentu akan berusaha untuk menggugurkan kandungannya. *Kompas* (16/2/2009) menyebutkan bahwa praktik aborsi di Indonesia mencapai 2,3 juta kasus setiap tahunnya. Data tersebut belum termasuk kasus aborsi yang dilakukan di jalur non medis (dukun). Dari penelitian WHO diperkirakan 20–60 persen aborsi di Indonesia adalah aborsi disengaja (*induced abortion*). Penelitian di 10 kota besar dan enam kabupaten di Indonesia memperkirakan sekitar 2 juta kasus aborsi, 50 persennya terjadi di perkotaan. Kasus aborsi di perkotaan dilakukan secara diam-diam oleh tenaga kesehatan (70%), sedangkan di pedesaan dilakukan oleh dukun (84%). Klien aborsi terbanyak berada pada kisaran usia 20–29 tahun (Antara News, 23/2/2008). Hal itu seiring dengan temuan WHO bahwa 15–50% kematian ibu disebabkan oleh pengguguran kandungan yang tidak aman.

Tenaga medis (dokter ataupun dokter spesialis) sesuai dengan sumpah dokter dan berdasarkan UU Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, tentu tidak akan melakukan tindakan aborsi. Kecuali ada indikasi medis dengan syarat-syarat tertentu. Apabila gagal menggugurkan kandungan ke tenaga medis, sering mereka akan lari ke dukun atau klinik aborsi

yang jelas ilegal. Akibatnya terjadi *unsafe abortion*, karena upaya pengguguran kandungan dilakukan orang yang tidak berkompeten. Mereka menggunakan alat-alat dan cara-cara yang berbahaya. Ada yang menggunakan dahan tumbuhan ditusuk-tusukkan melalui vagina, atau dipijat-pijat perutnya bahkan sampai diinjak-injak. Tentu saja tindakan-tindakan tersebut dapat menimbulkan perdarahan, infeksi, dan tidak sedikit yang berujung pada kematian ibu.

Sementara ini data yang ada masih bersifat sporadis dan kebanyakan menggambarkan kondisi di kota-kota besar di Indonesia. Dengan menggunakan data Riskesdas diharapkan dapat diperoleh gambaran secara nasional bagaimana kejadian kehamilan yang tidak dikehendaki dan diakhiri dengan upaya pengguguran kandungan di Indonesia. Dari data ini dapat diketahui juga pola-pola keguguran baik merupakan kehamilan *unwanted* (tidak diinginkan) maupun kehamilan yang tidak direncanakan (*unplanned pregnancy*). Berikutnya, pola-pola upaya mengakhiri kehamilan ini dapat dihubungkan dengan kondisi-kondisi objektif responden seperti pendidikan, status demografi dan status sosial ekonomi, sehingga dapat diketahui motifnya.

## METODE

Unit analisis dalam studi ini adalah sampel individu RISKESDAS 2010 yakni perempuan pernah kawin, usia 10–59 tahun, yang berada di seluruh Provinsi di Indonesia. Instrumen dan cara pengumpulan data pada studi ini sepenuhnya memanfaatkan hasil pengumpulan data dilakukan dengan wawancara, pengukuran dan pemeriksaan pada RISKESDAS 2010. Pada kegiatan ini, data yang digunakan adalah data dari hasil survei dengan cara wawancara menggunakan instrumen kuesioner RKD10.RT dan RKD10.IND.

Analisis dilakukan secara deskriptif dengan tahapan kegiatan sebagai berikut dari RISKESDAS 2010, dicari dan diperoleh (1) data karakteristik rumah tangga, untuk kemudian diolah dengan uji statistik deskriptif; (2) dengan sumber yang sama, diperoleh data status sosial rumah tangga, untuk kemudian diolah dengan uji statistik deskriptif, sekaligus diperoleh; (3) data kehamilan yang berakhir pada usia kehamilan < 22 minggu, untuk kemudian diolah dengan uji statistik deskriptif; dan (4) data upaya yang dilakukan untuk mengakhiri kehamilan, untuk kemudian diolah

dengan uji statistik deskriptif, terakhir (5) melakukan uji statistik untuk mengetahui hubungan antar variabel bebas terhadap variabel terikat, sehingga dapat mendeskripsikan faktor yang menjadi prekondisi seseorang untuk mengakhiri kehamilan yang tidak diinginkannya.

## HASIL

### Karakteristik Sosial Responden

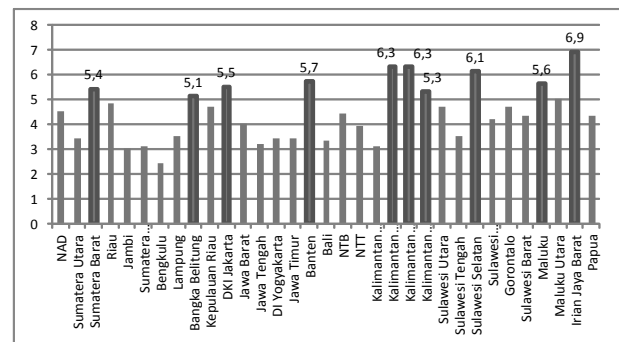
Sesuai dengan unit analisisnya, yakni perempuan berusia 10 s/d 59 tahun yang pernah menikah, ditemukan 60.757 responden. Dari 60.757 ibu yang berusia 10 s/d 59 tahun yang menjadi sampel penelitian tersebut, sebagian besar berusia di atas 35 tahun, yaitu 59,4%. Sementara itu, sepertiga berikutnya berusia antara 25 s/d 34 tahun. Sisanya kurang dari 26 tahun, bahkan yang termuda berusia 10 tahun.

Berkaitan dengan pendidikan, 72,8% responden berpendidikan dasar ke bawah, dan sisanya lulusan SMA/MA sederajat sebesar 20,4%, lulusan DI/D2/D3 3,3%, serta hanya 3,6% responden yang lulus S1. Dari data tentang pekerjaan, tidak bekerja adalah jawaban yang paling dominan, yaitu 43,6%. Arti lain dari tidak bekerja adalah mereka menjadi ibu rumah tangga dengan hanya menggantungkan pendapatan suami. Sementara itu, petani dan wiraswasta/layanan jasa/dagang merupakan jawaban yang kedua dan ketiga. Sementara itu, data tentang status ekonomi yang ditunjukkan oleh pembagian menjadi lima kuintil yang relatif merata. Proporsi status sosial ekonomi lebih pada kelompok kuintil ke-3 ke bawah karena memang menggambarkan data sesungguhnya kondisi masyarakat Indonesia yang lebih banyak golongan ekonomi menengah ke bawah.

Tentang usia kawin pertama kali, sebagaimana temuan tentang usia, terdapat 10,4% yang menikah di usia kurang dari 16 tahun, sesuai dengan ketentuan UU No. 1 tahun 1974. Artinya, setelah 36 tahun UU tersebut diberlakukan, tetap saja terjadi pernikahan dini. Sementara itu, data yang sama juga menunjukkan pola preferensi usia menikah pertama kali, yaitu antara 16 s/d 20 tahun. Artinya, setelah anak perempuan menyelesaikan pendidikan dasar, tamat SMP/MTs sederajat atau sesudah SMA/MA sederajat cenderung untuk dinikahkan.

### Keguguran dan Pengguguran

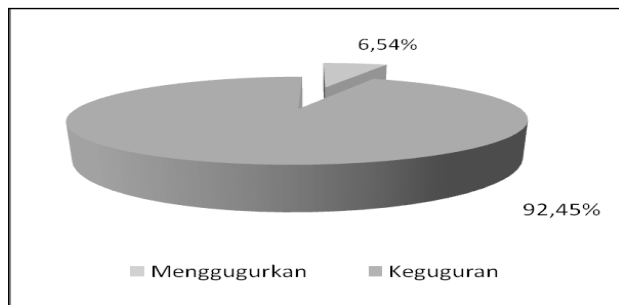
Keguguran dalam Riskesdas 2010 diterjemahkan sebagai kejadian berakhirnya kehamilan pada usia kurang dari 22 minggu. Informasi tentang keguguran ini merupakan kejadian yang dialami responden dalam kurun waktu lima tahun terakhir. Badan Litbang Kesehatan, dalam laporan Riskesdas 2010 mengungkapkan bahwa angka kejadian keguguran secara nasional adalah 4%. Kalau dilihat per provinsi, angka ini bervariasi mulai terendah 2,4% yang terdapat di Bengkulu sampai dengan yang tertinggi 6,9% di Papua Barat. Ada 4 provinsi yang mempunyai angka kejadian lebih dari 6% dengan urutan dari yang tertinggi yakni provinsi Papua Barat, Kalimantan Tengah dan Kalimantan Selatan masing-masing 6,3%, serta Sulawesi Selatan 6,1% (lihat gambar 1).



Gambar 1. Kejadian keguguran 5 tahun terakhir per provinsi di Indonesia.

Keguguran, kalau terjadi secara spontan merupakan fenomena yang bisa terjadi dalam dunia medis dan tidak mengandung implikasi apapun selain masalah medis. Kondisi ini tentunya berbeda ketika ada upaya yang sengaja dilakukan untuk menjadikan keguguran atau aborsi. Selain berisiko secara medis bila tidak dilakukan secara aman, ada aspek sosial dan hukum yang senantiasa menyertai upaya tersebut. Di Indonesia, aborsi diatur dalam Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP) pasal 346–349 dan dipandang sebagai kejahatan terhadap nyawa dengan ancaman hukuman antara 4 sampai 15 tahun. KUHP ini didukung oleh undang-undang nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan yang menyatakan bahwa setiap orang dilarang melakukan aborsi kecuali ada indikasi kedaruratan medis yang dapat mengancam nyawa ibu atau janin dan kehamilan akibat perkosaan yang dapat menyebabkan trauma psikologis.

Untuk mengetahui apakah ada aborsi atau kesengajaan menggugurkan kehamilan, dalam Riskesdas juga ditanyakan kepada responden yang mengaku mengalami keguguran tentang adanya upaya yang sengaja dilakukan untuk mengakhiri kehamilannya tersebut. Dari semua kejadian keguguran, ternyata 6,54% di antaranya mengaku ada upaya untuk mengakhiri kehamilannya.



**Gambar 2.** Upaya pengguguran dari kejadian keguguran.

Berdasarkan provinsi, ada 4 daerah yang mempunyai angka tertinggi terkait dengan adanya upaya mengakhiri kehamilan, antara lain provinsi Sulawesi Tenggara (14,29%), Sumatera Utara (13,86%), NAD (13,33%) dan NTB (12,24). Daerah yang lain mempunyai angka kurang dari 10%, bahkan di provinsi Sulawesi Tengah, Sulawesi Barat dan Papua

Barat angkanya 0%, artinya di antara mereka yang mengalami keguguran, tidak seorangpun mengaku sengaja berupaya menggugurkan kandungannya.

Kembali pada kejadian keguguran bila dilihat dari karakteristik sosial responden, berdasarkan usia, kejadian tersebut 42,9% terjadi pada kelompok umur di atas 35 tahun, kemudian diikuti kelompok umur 30 s/d 34 tahun dan antara 25 s/d 29 tahun. Kondisi yang serupa juga terlihat pada kasus keguguran yang disengaja atau pengguguran. Ada beberapa kemungkinan yang bisa menjadi penjelasan dari preferensi pada kasus keguguran dan pengguguran. Pertama, usia di atas 35 tahun secara medik merupakan usia yang rawan untuk kehamilan di satu pihak. Kedua, kasus keguguran di kelompok umur tersebut bisa dipahami juga sebagai perhatian yang "kurang" pada ibu dan pasangannya terhadap kehamilan. Atau, ada perbedaan perlakuan pada ibu yang hamil di kelompok usia tersebut. Artinya, karena sudah mengalami kehamilan lebih dari sekali, dan tidak bermasalah, maka perhatiannya menjadi berkurang. Ketiga, pada keguguran yang disengaja itu, ada dugaan sebagai produk konstruksi usia yang rawan pada responden di satu sisi. Di sisi lain, kehamilan di usia dianggap terlalu tua, sehingga ibu tersebut merasa tidak nyaman dengan kehamilan tersebut.

**Tabel 1.** Kehamilan yang berakhir < 22 minggu menurut karakteristik sosial responden

No	Kriteria	Kehamilan berusia < 22 minggu (a)		Ada upaya mengakhirinya (b)		(b/a) x 100%
		f	%	f	%	
1.	Umur					
	1. ≤ 14 tahun	0	0	0	0	0,
	2. 15–19 tahun	41	1,7	2	1,3	4,88
	3. 20–24 tahun	290	11,8	13	8,1	4,48
	4. 25–29 tahun	517	21,1	21	13,1	4,06
	5. 30–34 tahun	551	22,5	48	30,0	8,71
	6. di atas 35 tahun	1049	42,9	76	47,5	7,24
2..	Pendidikan					
	1. Tidak pernah sekolah	72	2,9	2	1,3	2,78
	2. Tidak tamat SD/MI	271	11,1	18	11,3	6,64
	3. Tamat SD/MI	747	30,5	31	19,5	4,15
	4. Tamat SLTP/MTS	489	20	33	20,8	6,75
	5. Tamat SLTA/MA	620	25,3	52	32,7	8,39
	6. Tamat D1/D2/D3	111	4,5	10	6,3	9,01
	7. Tamat PT	138	5,6	13	8,2	9,42

No	Kriteria	Kehamilan berusia < 22 minggu (a)		Ada upaya mengakhirinya (b)		(b/a) x 100%
		f	%	f	%	
3.	Jenis Pekerjaan					
	1. Tidak kerja	1201	49,1	74	46,3	6,16
	2. Sekolah	12	0,5	0	0	0,00
	3. TNI/Polri	4	0,2	0	0	0,00
	4. PNS/Pegawai	176	7,2	18	11,3	10,23
	5. Wiraswasta/layan jasa/dagang	349	14,3	33	20,6	9,46
	6. Petani	309	12,6	16	10	5,18
	7. Nelayan	2	0,1	0	0	0,00
	8. Buruh	142	5,8	8	5	5,63
	9. Lainnya	252	10,3	11	6,9	4,37
4.	Status Sosial Ekonomi					
	1. Kuintil 1	440	18	20	12,5	4,55
	2. Kuintil 2	522	21,3	33	20,6	6,32
	3. Kuintil 3	492	20,1	29	18,1	5,89
	4. Kuintil 4	490	20	34	21,3	6,94
	5. Kuintil 5	504	20,6	44	27,5	8,73
5.	Wilayah Tempat Tinggal					
	1. Perkotaan	1369	55,9	118	73,8	8,62
	2. Pedesaan	1079	44,1	42	26,3	3,89
	Jumlah	2448		160		6,54

Secara keseluruhan, kejadian keguguran banyak terjadi pada mereka yang berpendidikan rendah, tidak bekerja dan tinggal di wilayah perkotaan. Bila melihat upaya pengguguran, kejadian ini paling banyak dilakukan oleh ibu yang berpendidikan SMA dan ibu-ibu yang tidak bekerja. Hal yang menarik adalah ketika kita memperhatikan upaya pengguguran berdasarkan jenis pekerjaan sebagai denominasinya. Ternyata yang paling banyak melakukan upaya pengguguran adalah mereka yang berprofesi sebagai PNS atau pegawai. Beberapa studi mengemukakan bahwa alasan karir merupakan penyebab mengapa PNS atau pegawai melakukan upaya pengguguran kehamilannya.

Secara teoritik, terkait dengan nilai anak dan pengetahuan tentang keluarga berencana, upaya pengguguran kehamilan seharusnya oleh mereka yang berpendidikan rendah dan berstatus sosial ekonomi rendah, serta di wilayah pedesaan. Data Riskesdas 2010 justru menunjukkan hal yang sebaliknya, upaya pengguguran lebih banyak dilakukan oleh mereka yang berada di kwintil 5 yang artinya mempunyai kemampuan secara finansial. Berdasarkan lokasi kediaman pun, pengguguran

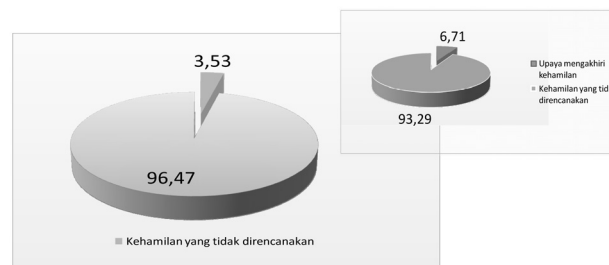
kehamilan lebih cenderung dilakukan oleh mereka yang tinggal di perkotaan. Angka pengguguran di perkotaan sekitar 3 kali lipat lebih besar dibandingkan di daerah pedesaan.

#### **Kehamilan tidak Direncanakan dan Pengguguran**

Untuk mengetahui adanya kasus pengguguran, selain ditelusuri melalui pengalaman responden tentang kejadian berakhirnya kehamilan pada usia kurang dari 22 minggu. Data Riskesdas 2010 juga menggali informasi apakah responden merasa ada kehamilan yang tidak direncanakan. Kehamilan yang tidak direncanakan terjadi di saat yang dinilai kurang tepat. Secara terminologi istilah tersebut, kehamilan yang tidak direncanakan ini tidak berarti bahwa pasangan suami istri tidak menginginkan kehamilannya. Kehamilan yang tidak direncanakan lebih mengarah pada keadaan belum menginginkan karena alasan tertentu, antara lain menjarangkan jarak usia anak yang satu dengan yang lain. Tidak selalu kehamilan itu tidak diinginkan oleh kedua belah pihak, bisa jadi hanya satu pihak. Ketidakinginan dan anggapan tidak berada dalam waktu yang tepat, lebih dirasakan oleh pihak pasangan laki-laki.

Sebagai konsekwensi dari kondisi kehamilan yang tidak direncanakan, ada dua pilihan. Pertama, tetap melanjutkan kehamilannya. Kedua, tidak melanjutkan kehamilannya atau melakukan upaya menggugurkan kandungannya. Kehamilan tidak dikehendaki ini bisa berakibat pada usaha-usaha menghentikan proses kehamilan (dengan sengaja). Kehamilan tidak dikehendaki ini dibedakan menjadi *mistimed pregnancy* (kehamilan tidak berada dalam waktu yang tepat) dan *unwanted pregnancy* (kehamilan yang tidak diinginkan). Kehamilan tidak pada waktu yang tepat ini dikenal sebagai kehamilan yang tidak direncanakan (*unplanned pregnancy*). Yang membedakan kedua kehamilan itu adalah alasannya. Kehamilan jenis pertama adalah bukan persoalan tidak menghendaki kehamilan, tetapi waktunya yang tepat. Ada kebutuhan ruang dan waktu yang diperlukan untuk si ibu hamil dan melahirkan. Sementara itu, kehamilan tidak diinginkan sebenarnya lebih pada persoalan keberadaan kehamilan itu. Bila tidak ada hambatan sosial-kultural (dan agama), maka bisa saja seorang ibu akan memilih menghentikan kehamilan. Kondisi

secara keseluruhan kehamilan tidak direncanakan dapat dilihat pada gambar 3.



**Gambar 3.** Kehamilan tidak ditencanakan dan upaya pengguguran.

Secara nasional, terdapat 3,53% yang merasa mengalami kehamilan yang tidak direncanakan. Sama seperti pada kejadian keguguran, Informasi tentang kehamilan yang tidak direncanakan ini merupakan kondisi yang dialami responden dalam kurun waktu lima tahun terakhir. Dari semua responden yang mengalami kehamilan tidak direncanakan, ada 6,71% yang berupaya menggugurkan kandungannya karena tidak menghendaki kehamilannya berlanjut.

**Tabel 2.** Kehamilan yang tidak direncanakan dan upaya mengakhiri menurut provinsi

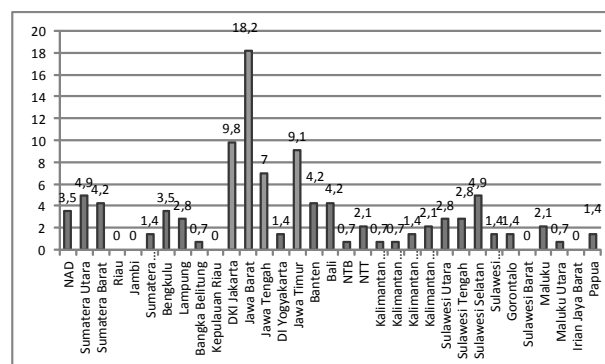
No	Provinsi	Kehamilan yang tidak direncanakan (a)				Ada upaya mengakhiri (b)		
		f	∑ prop	‰ prop	% nas	f	% prop	% nas
1	NAD	46	990	46	2,1	5	3,5	10,87
2	Sumatera Utara	96	2956	32	4,5	7	4,9	7,29
3	Sumatera Barat	55	1134	49	2,6	6	4,2	10,91
4	Riau	41	1343	31	1,9	0	0,0	0,00
5	Jambi	25	813	31	1,2	0	0,0	0,00
6	Sumatera Selatan	53	1889	28	2,5	2	1,4	3,77
7	Bengkulu	12	456	26	0,6	5	3,5	41,67
8	Lampung	71	1984	36	3,3	4	2,8	5,63
9	Bangka Belitung	5	314	16	2	1	0,7	20,00
10	Kepulauan Riau	22	430	51	1,0	0	0,0	0,00
11	DKI Jakarta	110	2488	44	5,1	14	9,8	12,73
12	Jawa Barat	490	11114	44	22,8	26	18,2	5,31
13	Jawa Tengah	249	8689	29	11,6	10	7,0	4,02
14	DI Yogyakarta	26	846	31	1,2	2	1,4	7,69
15	Jawa Timur	261	10468	25	12,2	13	9,1	4,98
16	Banten	139	2646	53	6,5	6	4,2	4,32
17	Bali	32	1020	31	1,5	6	4,2	18,75
18	NTB	46	1113	41	2,1	1	0,7	2,17
19	NTT	37	971	38	1,7	3	2,1	8,11

No	Provinsi	Kehamilan yang tidak direncanakan (a)				Ada upaya mengakhiri (b)		
		f	∑ prop	% prop	% nas	f	% prop	% nas
20	Kalimantan Barat	25	1146	22	1,2	1	0,7	4,00
21	Kalimantan Tengah	9	553	16	0,4	1	0,7	11,11
22	Kalimantan Selatan	29	961	30	1,4	2	1,4	6,90
23	Kalimantan Timur	35	940	37	1,6	3	2,1	8,57
24	Sulawesi Utara	24	592	41	1,1	4	2,8	16,67
25	Sulawesi Tengah	34	628	54	1,6	4	2,8	11,76
26	Sulawesi Selatan	55	1857	30	2,6	7	4,9	12,73
27	Sulawesi Tenggara	27	505	53	1,3	2	1,4	7,41
28	Gorontalo	13	254	51	0,6	2	1,4	15,38
29	Sulawesi Barat	10	257	39	0,5	0	0,0	0,00
30	Maluku	15	322	46	0,7	3	2,1	20,00
31	Maluku Utara	14	240	58	0,7	1	0,7	7,14
32	Irian Jaya Barat	8	173	46	0,4	0	0,0	0,00
33	Papua	31	667	46	1,4	2	1,4	6,45
∑ Nasional		2145	60759			144		

Berdasarkan provinsi, kecuali Sulawesi Selatan, angka kehamilan tidak direncanakan pada provinsi-provinsi di Jawa, tidak termasuk Yogyakarta, tinggi. provinsi-provinsi itu adalah Jawa Barat (22,8%), Jawa Timur (12,2%), Jawa Tengah (11,6%), dan Banten (6,5%), sementara itu provinsi di luar Jawa adalah Sumatera Utara (4,5%) dan Lampung (3,3%). Hal itu sedikit berbeda juga berkaitan dengan upaya mengakhiri kehamilan, provinsi Jawa Barat tetap menduduki tempat teratas (18,2%), diikuti oleh DKI Jakarta (9,8%), Jawa Timur (9,1%), Jawa Tengah (7,0%), Sulawesi Selatan, Sumatera Utara dan Bali dengan 4,9% (lihat gambar 4).

Kejadian kehamilan yang tidak direncanakan itu bisa dipahami sebagai keterbatasan pengetahuan perempuan tentang kesehatan reproduksi dan terutama terhadap perencanaan dan pencegahan kehamilan. Para ibu sebenarnya bisa memperoleh pengetahuan tersebut di berbagai pusat pelayanan kesehatan, apalagi sejak tahun 1983 pemerintah mengembangkan posyandu dan berikutnya bidan desa. Menjadi persoalan, dewasa ini peran lembaga posyandu telah melemah, salah satunya karena dianggap kepanjangan tangan pemerintah di masyarakat dan adanya desentralisasi. Dengan demikian, pada provinsi-provinsi yang telah disebutkan, dengan fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih baik dibandingkan provinsi lainnya, salah di antaranya ditandai oleh jumlah puskesmas dan jumlah tenaga

kesehatan, para ibu ini belum memanfaatkan secara maksimal untuk memperoleh pengetahuan tentang pencegahan untuk penjarangan.



**Gambar 4.** Upaya mengakhiri kehamilan yang tidak direncanakan.

Sementara itu, untuk Jawa Barat, DKI Jakarta, Jawa Tengah dan Jawa Timur, keinginan menggugurkan kandungan yang tinggi itu tidak terlepas dari kondisi ekonomi yang telah mengarah industrialisasi, sehingga kelahiran anak merupakan beban bagi keluarga, demikian pula dengan di Bali dan Banten. Hal itu menarik lagi bila kemudian dihubungkan biaya pengeluaran keperluan hidup minimal keluarga per bulan.

Berdasarkan karakteristik sosial ekonomi, tampak ibu berpendidikan dasar (SMP sederajat ke bawah)

banyak mengalami kehamilan tidak direncanakan (65,5%) dan sekaligus keinginan untuk menggugurkan kandungan (65,9%). Kecenderungan yang sama terjadi ibu yang tidak bekerja (52,3%), wiraswasta (13,2%) dan petani 13,1%), dan dari sisi status ekonomi kuatil ke 1 dan 2 (60%). Tingkat pendidikan yang rendah, pekerjaan yang memarjinalkan posisi perempuan, serta status ekonomi yang kurang menguntungkan ini mengurangi kemampuan mengakses pengetahuan tentang keluarga berencana dalam rangka penjarangan kehamilannya. Karena berisiko mengganggu ekonomi keluarga, maka kecenderungan untuk mengakhiri kehamilan terjadi pada ketiga kondisi objektif perempuan tersebut.

**Tabel 3.** Alasan untuk mengakhiri kehamilan

No.	Jawaban	f	%
1.	Masalah kesehatan	5	3,3
2.	Terlalu banyak anak	8	5,7
3.	Terlalu dekat	9	6,0
4.	Usia	9	6,2
5.	Alasan ekonomi	3	2,3
6.	Kesibukan pekerjaan	2	1,3
7.	Lainnya	3	2,3
8.	Tidak Menjawab	105	72,9
Keseluruhan		144	100,0

Status demografi memberikan preferensi kehamilan tidak terencana terjadi pada usia perkawinan dengan usia muda (16 s/d 20 tahun) (51,7%), lama perkawinan yang kurang dari 10 tahun (42,5%), anak antara 1 s/d 2 (41,9%), dan diiringi dengan kecenderungan mengakhiri kehamilan pada pasangan yang telah menikah di atas 6 tahun perkawinan dan memiliki jumlah anak antara 3 s/d 4 (43,8%).

Bila dikaitkan dengan status pendidikan dan jumlah anak, maka alasan menggugurkan kandungan adalah masalah kesehatan pada responden berpendidikan menengah ke atas, daripada pendidikan dasar. Alasan terlalu banyak, terlalu dekat, usia dan alasan ekonomi lebih dominan pada responden berpendidikan dasar. Sementara itu, kesibukan pekerjaan merata, baik responden berpendidikan dasar dan pendidikan menengah atas. Artinya, pekerjaan telah memperkuat posisi tawar perempuan terhadap pasangannya, sekaligus memberi dukungan ekonomi keluarga. Karena kehamilan yang tidak direncanakan akan mengganggu kinerja pekerjaannya, maka perempuan berani mengambil risiko untuk melakukan tindakan pengguguran kehamilan.

Lain persoalannya bila dikaitkan dengan jumlah anak, alasan masalah kesehatan disampaikan pada responden baik yang belum pernah punya anak, punya anak 1 s/d 2 dan 3 s/d 4. Apabila kehamilan yang tidak

**Tabel 4.** Alasan untuk mengakhiri kehamilan yang tidak direncanakan menurut

No	Kriteria	Alasan untuk mengakhiri kehamilan yang tidak direncanakan							Jumlah
		Masalah kesehatan	Banyak anak	Terlalu dekat	Usia	Alasan ekonomi	Kesibukan pekerjaan	Lainnya	
<b>A. Status pendidikan tertinggi</b>									
1.	Tidak pernah sekolah	0 ,0%	2 25,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	2 5,1%
2.	Tidak tamat SD/MI	0 ,0%	0 ,0%	1 10,0%	1 11,1%	1 33,3%	0 ,0%	0 ,0%	3 7,7%
3.	Tamat SD/MI	0 ,0%	1 12,5%	3 30,0%	4 44,4%	2 66,7%	1 50,0%	2 66,7%	13 33,3%
4.	Tamat SLTP/MTS	1 25,0%	2 25,0%	3 30,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	6 15,4%
5.	Tamat SLTA/MA	2 50,0%	2 25,0%	1 10,0%	4 44,4%	0 ,0%	0 ,0%	1 33,3%	10 25,6%
6.	Tamat D1/D2/D3	0 ,0%	1 12,5%	1 10,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	2 5,1%
7.	Tamat PT	1 25,0%	0 ,0%	1 10,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 50,0%	0 ,0%	3 7,7%



No	Kriteria	Alasan untuk mengakhiri kehamilan yang tidak direncanakan						Jumlah	
		Masalah kesehatan	Banyak anak	Terlalu dekat	Usia	Alasan ekonomi	Kesibukan pekerjaan		Lainnya
<b>B. Jumlah anak kategorial</b>									
1.	pernah hamil, belum punya	1	0	0	0	0	0	0	1
		20,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	2,5%
2.	1 s/d 2	2	2	5	4	1	1	3	18
		40,0%	25,0%	55,6%	44,4%	25,0%	50,0%	100,0%	45,0%
3.	3 s/d 4	2	3	2	5	1	1	0	14
		40,0%	37,5%	22,2%	55,6%	25,0%	50,0%	,0%	35,0%
4.	Lebih dari 4	0	2	2	0	1	0	0	5
		,0%	25,0%	22,2%	,0%	25,0%	,0%	,0%	12,5%
5.	belum pernah hamil	0	1	0	0	1	0	0	2
		,0%	12,5%	,0%	,0%	25,0%	,0%	,0%	5,0%

Status pendidikan tertinggi dan jumlah anak

direncanakan itu membahayakan atau bermasalah dalam kesehatan ibu, maka risiko pengguguran dilakukan.

Berbeda dengan kasus kehamilan tidak dikehendaki, tabel 5 menunjukkan cara kuret bukan cara yang sering dilakukan oleh ibu, melainkan jamu (38,89%) dan pil (39,58%). Cara ini juga terkait dengan siapa yang membantu. Karena pola lebih sering dilakukan sendiri, maka jamu dan pil adalah alternatif yang baik. Sebagaimana mereka dapat melakukan sendiri. Di sisi lain, hal ini berarti juga usaha untuk menggugurkan kandungan merupakan inisiatif sendiri dan sering tidak berkoordinasi dengan pasangannya. Atau, justru pasangannya sebenarnya tidak setuju dengan tindakan pengguguran kehamilan. Karena tidak disetujui, maka ibu secara diam-diam menggugurkan kandungan.

Sementara itu, alasan terlalu banyak anak, terlalu dekat dan usia menjadi perhatian bagi ibu yang telah memiliki anak. Di satu sisi, alasan terlalu banyak ini sebenarnya lebih merupakan indikator dari kehamilan yang tidak diinginkan (*unwanted pregnancy*), daripada kehamilan yang tidak diinginkan. Namun demikian, menarik jawaban alasan tersebut disampaikan ibu yang telah mempunyai anak antara 1 s/d 2, dan 3 s/d 4. Artinya, mereka sudah merencanakan jumlah anak tersebut dan menganggap kehamilan tidak direncanakan itu sebagai ancaman atau risiko bagi keluarga. Jumlah anak yang ideal ini tidak terlepas

**Tabel 5.** Cara dan siapa yang membantu untuk mengakhiri kehamilan berusia < 22 minggu

No.	Kriteria	f	%
<b>1. Cara yang dilakukan (jawaban lebih dari 1)</b>			
1.	Jamu	56	38,89
2.	Pil	57	39,58
3.	Pijet	23	15,97
4.	Suntik	14	9,72
5.	Sedot	4	2,78
6.	Kuret	13	9,03
7.	Lainnya	23	15,97
<b>2. Siapa yang membantu</b>			
1.	Dokter	18	12,50
2.	Bidan	30	20,83
3.	Dukun	17	11,81
4.	Sendiri	71	49,31
5.	Lainnya	9	6,25
Jumlah		144	

dari promosi keluarga berencana dua anak cukup. Mempunyai anak lebih tidak dianggap risiko oleh keluarga tersebut, tetapi juga memberikan rasa “malu,” sedangkan alasan terlalu dekat dan usia menjadi diperhitungkan ketika berpengaruh pada balita dan kesehatan ibu sebagaimana telah dijelaskan pada bagian sebelumnya.

**Tabel 6.** Pelaku yang membantu mengakhiri kehamilan yang tidak dikehendaki menurut keberhasilannya

No.	Yang membantu mengakhiri	Keberhasilan untuk mengakhiri kehamilan		
		Ya	Tidak	Jumlah
1.	Dokter	11	7	18
		61,1%	38,9%	100,0%
		28,2%	6,6%	12,4%
2.	Bidan	15	15	30
		50,0%	50,0%	100,0%
		38,5%	14,2%	20,7%
3.	Dukun	3	13	16
		18,8%	81,3%	100,0%
		7,7%	12,3%	11,0%
4.	Sendiri	9	62	71
		12,5%	87,5%	100,0%
		23,1%	59,4%	49,7%
5.	Lainnya	1	8	9
		11,1%	88,9%	100,0%
		2,6%	7,5%	6,2%
Jumlah		39	105	144
		26,9%	73,1%	100,0%

Pearson Chi square 28,131 df = 4 Coef. Contingency 0,403 p = 0,0

Tabel 6. memberikan gambaran lanjut tentang upaya mengakhiri kehamilan. Terlepas persoalan etika kedokteran, atau lebih dari itu tidak ada pertanyaan yang ditujukan pada pelaku yang membantu mengapa menyetujuinya, dokter dan bidan memberikan angka keberhasilan pengguguran yang lebih tinggi dibandingkan yang lainnya. Tingkat keberhasilan dokter lebih 11,1% dibandingkan bidan. Sementara itu, di luar tenaga medik, tingkat keberhasilannya di bawah 20%. Dan, sudah barang tentu, semakin kecil tingkat keberhasilannya, ada kecenderungan risiko lebih tinggi bila dibandingkan tenaga medik, seperti dukun dan sendiri.

## PEMBAHASAN

**Hak Reproduksi Perempuan: Antara Keguguran, Kehamilan yang Tidak Diinginkan dan Kehamilan Tidak Direncanakan.** Di dalam membahas kehamilan yang berakhir kurang dari 22 minggu, ada sejumlah asumsi yang harus disepakati terlebih dahulu. Pertama, kehamilan tersebut terjadi

pada saat atau dalam status ibu menikah. Apabila tidak demikian, maka persoalan kehamilan yang berakhir kurang dari 22 minggu, khususnya pengguguran, sebagai akibat dari hubungan seks pranikah. Kedua, disepakati bahwa kondisi-kondisi objektif responden, seperti tingkat pendidikan dan status pekerjaan dalam lima tahun tidak mengalami perubahan yang mendasar. Bila hal-hal ini disepakati, maka tidak ada perubahan dalam penjelasan dari temuan dan analisis di atas.

Bila dicermati bersama, kehamilan yang berakhir kurang dari 22 minggu memang tidak terlalu besar bila dibandingkan dengan jumlah ibu yang menikah usia 10–59, yaitu 2.448 dibandingkan 60.757, hanya 4,03%, Bila ditambah dengan kehamilan yang tidak direncanakan yang berjumlah 2145 atau 3,53%, maka jumlah angka *unmet need*, hanya sebesar 7,02%. Angka ini tidak berbeda jauh dengan angka nasional hasil SDKI 2007, yaitu 9,2%. Apabila mencermati angka-angka ini, berarti ada penurunan *unmet need*, sekaligus menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan, khususnya berkaitan pelayanan KB menjadi semakin baik dari tahun ke tahun. Kualitas pelayanan KB memberikan pengetahuan dan kesadaran bagi para ibu (dan keluarga) tentang perencanaan, perhatian pada ibu yang hamil, serta perbaikan kualitas gizi rumah tangganya.

Hal itu seiring dengan pendapat dari John B. Carteline dan Steven W. Sinding (2000) dengan menganalisis sejumlah penelitian pada negara-negara sedang di Asia dan Afrika. Hasil menunjukkan bahwa peningkatan pelayanan kesehatan akan membantu tiga hambatan utama dalam penggunaan alat kontrasepsi, yaitu pengetahuan yang kurang tentang metode kontrasepsi, sikap sosial yang menentang penggunaannya, serta perhatian kesehatan tentang dampak dari penggunaannya. Oleh karena itu, pada kasus kehamilan yang berakhir kurang dari 22 minggu dan kehamilan yang tidak direncanakan dari hasil penelitian ini menunjukkan pada wilayah yang diduga fasilitas kesehatan yang terbatas dan tidak merata akibat kondisi geografi dan masa pemulihan bencana alam di satu pihak. Di pihak lain, menarik dicermati pada wilayah yang dalam konteks pembangunan berada pada kawasan industri, seperti yang terjadi di DKI Jakarta, Banten dan Jawa Barat, dan ditunjukkan pula kejadian lebih pada wilayah perkotaan daripada wilayah pedesaan. Pernyataan yang terakhir ini merujuk bukan pada masalah fasilitas

kesehatan, tetapi lebih pada masalah akses fasilitas dan kesadaran untuk mengaksesnya. Menjadi lebih kecil lagi bila dirunut dari kehamilan yang kurang dari 22 minggu yang sengaja digugurkan dan ditambah dengan kehamilan yang tidak direncanakan.

Para ibu sebenarnya menyadari bahwa kehamilan merupakan hak reproduksinya, bukan sekedar kewajiban bila mengikuti ranah budaya patriarki. Ibu sadar bahwa mulai dari awal kehamilan hingga anak itu lahir dan dibesarkan menjadi tanggungjawabnya. Oleh karena itu, ketika dirinya (ataupun pasangannya) belum siap menerima kehamilan dan kelahiran, maka sebagian, meski dalam jumlah yang kecil, berusaha untuk menghentikan proses tersebut secara sengaja. Kecenderungan itu lebih tinggi pada kehamilan yang tidak direncanakan, atau dalam istilah lazim “kebobolan.”

Kesadaran subjektif ibu ini berhadapan tatanan nilai, baik dalam dunia medik, agama atau kemasyarakatan. Dalam dunia medik, apabila tidak terkait dengan masalah-masalah kesehatan dan usia kandungan tidak boleh lebih dari 3 bulan, maka kehamilan tersebut tidak boleh digugurkan. Tindakan menggugurkan yang tidak memenuhi syarat medis ini merupakan pelanggaran terhadap kode etik kedokteran dan undang-undang kesehatan. Sementara itu, di dalam agama dan masyarakat jelas-jelas menunjuk bahwa pengguguran kehamilan merupakan tindakan pelanggaran nilai agama dan sosial. Oleh karenanya, pelakunya patut dihukum. Benturan ini melahirkan tindakan *illegal*, yaitu melakukan pengguguran dengan berbagai cara yang nonmedis. Perdebatan-perdebatan ini tidak saja di Indonesia, tetapi David Boonin (2003) dalam *A Defence of Abortion* menjelaskan bagaimana dilematika filosofis dari hal-hal tersebut.

Apakah disadari atau tidak tentang risiko ini, tidak ada data dalam penelitian ini. Dari penelitian yang lain, diketahui bahwa risiko itu tidak saja pada saat pengguguran, tetapi juga paska pengguguran, yaitu: perasaan traumatik dan rasa bersalah pada ibu (dan pasangannya) yang berimplikasi pada kesehatan jiwa dan hubungan suami-isteri. Jannel L. Carroll (2007: 441–453) dalam *Sexuality Now* memaparkan secara singkat implikasi pada fisiologis dan psikologis pada ibu, tetapi juga pada pasangannya. Secara fisiologis, gangguan terjadi juga terkait pada siapa yang membantu tindakan tersebut. Selain itu, ada penelitian tahun 2002 yang menunjukkan pengaruh aborsi terhadap kanker payudara, sedangkan secara

psikologis akan memberikan beban rasa bersalah dan berdosa pada ibu yang bersangkutan.

**Keterlibatan Tenaga Medik: Menghindari Risiko dari Abortus.** Hal lain yang menarik dibahas adalah keterlibatan tenaga medik pada tindakan abortus, baik dokter maupun bidan. Bila di Amerika Serikat dan sejumlah negara lain, keterlibatan ini merupakan *praxis* dari ideologi *pro-choice*, kelompok masyarakat yang menyetujui pengguguran sebagai pilihan rasional seorang ibu dengan hak reproduksinya. Dalam tindakan yang ekstrim, penganut ideologi ini menyediakan klinik untuk menggugurkan kandungan. Hal itu ditentang oleh kelompok ideologi *pro-life* yang memandang bahwa janin yang dikandung oleh seorang ibu memiliki hak untuk hidup. Hak hidup ini telah melekat sejak pertemuan sel-sel kelamin dua belah pihak. Hak itu adalah hak azasi yang diberikan oleh Allah, sang pencipta. Oleh karena itu, tidak seorang pun boleh menghentikan proses kehamilan tersebut. Perdebatan itu selalu muncul ketika pembahasan undang-undang *aborsi* dan *euthanasia*. Perdebatan itu menjadi pertentangan hingga dalam bentuk demonstrasi tatkala terjadi kasus-kasus hukum berkaitan dengan aborsi atau pendirian klinik aborsi. Kelompok terakhir lebih dianut oleh mereka yang berbasis keagamaan. Ulasan pertentangan antar dua kelompok itu hingga ke sidang peradilan dipaparkan secara rinci oleh Louis J. Palmer, Jr. dan Xueyan Z. Palmer dalam *Encyclopedia of Abortion in the United States* (2009).

Di Indonesia, perdebatan semacam itu berada di bawah permukaan, artinya bersifat laten. Keterlibatan tenaga medis nampaknya mengikuti apa yang terjadi di Brazil. Melalui survai pada 4.261 dokter kandungan, penelitian Faundes et.al (2004: 47–56), 30% di antaranya pernah mengalami kehamilan yang tidak direncanakan (seperempat dari dokter perempuan dan sepertiga dari dokter laki-laki) dan 80% di antaranya digugurkan. Lebih dari itu, 70% yang menggugurkan kandungan itu memiliki basis keagamaan yang kuat. Sementara itu, dokter melakukan pada pasien dan kerabatnya karena melihat ada risiko di balik aborsi di satu pihak. Di pihak lain, mereka sangat menyadari keputusan aborsi sebagai salah satu atau satu-satunya pemecahan dari masalah yang akan dihadapi.

Oleh karena itu, dalam sejumlah kasus yang dipaparkan oleh media massa tentang aborsi, dokter atau tenaga medis mengatakan tindakan itu sebagai satu pilihan yang sulit, tetapi harus dilakukan

karena daripada pengguguran dilakukan oleh tenaga nonmedis atau sendiri dan berakibat pada risiko nyawa ibu. Dokter dan tenaga medis ini tampil antara pahlawan (*hero*) dan penjahat (*devil*). Pahlawan bagi mereka yang membutuhkan *aborsi* karena alasan tertentu yang nonmedis, seperti ekonomi dan sosial. Sekaligus, ia dinilai sebagai penjahat (*devil*) karena di atas permukaan negara dan masyarakat Indonesia lebih menganut pada paham *pro-life*.

Paham *pro-life* ini nampak dalam bentuk perundang-undangan, mulai dari hukum pidana hingga undang-undang kesehatan. Selain itu, paham ini diimplementasikan pada penegakan hukum pada pelaku dan pihak yang membantu *aborsi*. Sayangnya, paham ini tidak dilengkapi oleh perangkat kelembagaan lain yang menjamin kesejahteraan ibu yang hamil dan melahirkan, seperti: tunjangan pada masa kehamilan, tunjangan persalinan dan pascapersalinan, serta institusi perawatan dan pengasuhan anak.

## PENUTUP

Penelitian ini yang merupakan analisis lanjut dari data RISKESDAS 2010 menunjukkan bahwa tindakan *aborsi* atau dalam bahasa kuesioner adalah upaya mengakhiri kehamilan baik *unwanted* maupun *unplanned pregnancy* dilakukan dalam jumlah yang kecil bila dibandingkan dengan jumlah keseluruhan kehamilan yang berakhir kurang dari 22 minggu. Di dalam yang kecil, di bawah 20% juga bila dibandingkan dengan kehamilan yang berakhir kurang dari 22 minggu per provinsi.

Meskipun demikian, terlihat pola-pola yang terjadi dalam upaya tersebut. Pertama, upaya mengakhiri tersebut lebih terjadi pada wilayah provinsi yang mengalami transisi menuju ke industri dan secara antropologis berbudaya patriarki. Kedua, dilakukan oleh ibu yang memiliki pekerjaan, baik di sektor swasta maupun sebagai pegawai negeri. Hal itu menandakan bahwa kehamilan baik *unwanted* maupun *unplanned* disadari dapat mengganggu aktivitas ekonomi. Ada dugaan bahwa kondisi ekonomi secara makro yang kurang stabil berpengaruh pada “kenyamanan” dalam memiliki anak. Ketiga, ada kecenderungan yang berbeda pada siapa yang membantu mengakhiri, pada kehamilan yang tidak dikehendaki lebih menggunakan tenaga medik, daripada tidak direncanakan. Hal itu terkait dengan masalah kesehatan, jumlah anak dan usia. Sementara itu, ada kesamaan dalam cara yang

digunakan, yaitu penggunaan jamu dan pil sebagai langkah awal.

Baik pada kasus *unwanted* dan *unplanned pregnancy*, dalam kerangka kesehatan reproduksi merupakan *unmet need*. Penggunaan alat kontrasepsi sebenarnya tidak saja menjarangkan dalam kasus *unplanned*, tetapi juga membatasi jumlah anak (*need for limiting*) sesuai dengan kemampuan ekonomi dan usia ibu. Pada kenyataannya, hal itu tetap terjadi karena bukan berarti pelaksanaan program KB yang bermasalah, tetapi lebih pada kemampuan akses ibu yang terbatas akibat aktivitas ekonomi atau budaya patriarki. Karena kesibukan ekonominya, ibu tidak bisa mengakses pusat-pusat pelayanan kesehatan. Di pihak lain, sebagaimana diketahui, ditengarai penurunan aktivitas *posyandu* turut berperan dalam kejadian tersebut.

## DAFTAR PUSTAKA

- Antara News, 2008. Kasus *Aborsi* di Indonesia 2,5 Juta setahun, 23 Februari 2008 diakses dari <http://www.antarane.ws.com/view/?i=1203765104> tanggal 20 Juni 2011
- Balitbang Kesehatan, 2010. Pedoman Pengisian Kuesioner Riskesdas 2010, Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemenkes.
- Bappenas, 2009. Pembangunan Kesehatan dan Gizi di Indonesia: Overview dan Arah ke Depan. Diakses dari [http://kgm.bappenas.go.id/document/makalah/17\\_makalah.pdf](http://kgm.bappenas.go.id/document/makalah/17_makalah.pdf). Tanggal 12 Nopember 2010.
- Bappenas, 2010. Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia. Diakses dari <http://www.bappenas.go.id/node/118/2769/laporan-pencapaian-mdgs-indonesia-2010/laporan-mdgsfa01-nov-plus-cover.pdf>. Tanggal 12 Npember 2010.
- Boonin, David, 2003. *A Defence of Abortion*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Carroll, Janell L, 2007. *Sexuality Now. Embracing Diversity*. Belmont, CA.: Thomson Wadsworth.
- Casteline, John B, dan Steven W. Sinding, 2000. Unmet Need for Family Planning in Developing Countries and Implications for Population Policy. *Population and Development Review*. Vol. 26 No. 4.
- Casteline, John B., Fatma El-Zanaty, dan Laila O.B-Zeini, 2003. Unmet Need and Unintended Fertility: Longitudinal Evidence from Upper Egypt. *International Family Planning Perspective*. Vol. 29. No. 4.
- Departemen Kesehatan, 2005. Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi di Indonesia, Jakarta: Depetermen Kesehatan.

- Faundes A, *et al.*, 2004. The closer you are, the better you understand: The Reaction of Barazilian Obstetrician-Gynaecologists to Unwanted Pregnancy. *Reproductive Health Matters*, 12 (24 Supplement).
- Govindasamy, Pav. and Emanuel Boadi, 2000. *A Decade of Unmet Need for Contraception in Ghana. Programmatic and Policy Implications*. Accra, Ghana: National Population Council Secretariat.
- Kompas, 2009. 2,3 Juta Kasus Aborsi per Tahun, 20 persen oleh Remaja. 29 Februari. Diaksesdari <http://regional.kompas.com/read/2009/02/16/11310897/2.3.Juta.Kasus.Aborsi.per.Tahun.30.Persen.Oleh.Remaja.tanggal.20.Juni.2011>.
- Palmer, Louis J, dan Xueyan Z Palmer, 2009. *Encyclopedia of Abortion in the United States*. Jefferson: McFarland Company Inc, and Publisher.
- Prihastuti D, *et al.*, 2004. “Analisis Lanjut SDKI 2002–2003, Kecenderungan Preferensi Fertilitas, Unmetneed dan Kehamilan tidak Diharapkan di Indonesia, Jakarta: BKKBN.