

PEREMPUAN DAN KEBIJAKAN PENGENDALIAN KELAHIRAN

Sri Yuliani

Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik UNS Surakarta

ABSTRACT

Issues of women's health and reproduction are commonly related to fertility and contraception. However, since women have more access to education and employment, their roles in both domestic and public are very often in conflict. In terms of fertility, for instance, women need to control and limit their fertility in which they should use contraception. Yet in cases where women are unable to use any contraception due to their biological impairment, men are not willing to take over the problem by using contraception. This is particularly true in societies where patriarchal system is still very strong. Consequently, women tend to lose their rights on their own body. This suggests that a change in health service is needed to be more women centered health policy.

Keywords: women's right, fertility.

PENDAHULUAN

Kebijakan pengendalian fertilitas di Indonesia yang dikenal sebagai Program Keluarga Berencana (KB) Nasional, secara internasional diakui sebagai salah satu program KB yang berhasil di negara berkembang. Sampai awal tahun 1990-an, atau sekitar 20 tahun setelah Pemerintahan Soeharto mencanangkan program KB, tingkat fertilitas secara keseluruhan turun menjadi tiga kelahiran per perempuan, sementara tingkat kelahiran secara umum turun dari 43 menjadi 28 per 1000 kelahiran. Laju pertumbuhan penduduk berhasil ditekan dari sekitar 2,7 persen per tahun tahun 1970 menjadi 1,6 persen tahun 1991. Angka ini dipertahankan sampai pertengahan 1997 (Kompas 14-11-2001).

Program KB di Indonesia, seperti juga negara berkembang lainnya, lebih menekankan pada pencapaian tujuan demografis yakni untuk mencapai target penurunan laju pertumbuhan penduduk. KB lebih sebagai pengendalian populasi yang memberi jalan bagi negara untuk mengatur fungsi reproduktif warganya, khususnya alat reproduksi perempuan.

Karena itu Program KB di era Orde Baru dinilai mengabaikan hak dan kesehatan reproduksi perempuan demi mengejar target pengendalian jumlah penduduk.

Pendekatan KB yang sangat *top-down* juga tidak sejalan dengan Rekomendasi Konferensi Internasional mengenai Kependudukan dan Pembangunan (ICPD) di Cairo tahun 1994 dan Konferensi Dunia mengenai Perempuan dan Pembangunan IV di Beijing tahun 1995 mengenai hak reproduksi, kesehatan reproduksi, dan pemberdayaan perempuan dimana Indonesia telah menyetujui untuk melaksanakannya secara konsekuen.

Kritik terhadap program KB memperoleh momentum seiring dengan peralihan kekuasaan Orde Baru ke Orde Reformasi. Pergeseran peta politik ini menjadikan semua kebijakan yang berbau Orde Baru dikritisi bahkan ditinggalkan, termasuk program KB. Akibatnya pertumbuhan penduduk menjadi tidak terkendali. Sugiri Syarief, Kepala BKKBN (dalam Kompas 24-4-2007) menyebut jumlah penduduk Indonesia yang berusia 20-30 tahun diperkirakan telah mencapai 20 juta dari 216 juta total penduduk. Anak-anak usia muda ini merupakan *baby*

booming tahun 1970 dan 1980-an. Melonjaknya jumlah penduduk usia subur serta remaja akan menimbulkan masalah kependudukan jika tidak tertangani dengan baik.

Sedangkan Muhadjir (dalam Kompas 24-3-2007) mengakui rata-rata pertumbuhan penduduk Indonesia saat ini relatif konstan, sekitar 1,3 persen per tahun. Jumlah penduduk Indonesia sekitar 222 juta jiwa. Ini berarti ada penambahan jumlah penduduk sekitar 2,8 juta per tahun. Jumlah yang tidak sedikit. Menurut Muhadjir kependudukan merupakan salah satu titik sentral dalam pembangunan. Jika masalah kependudukan tidak diperhatikan, Indonesia bisa menjadi negara gagal. Karena pertumbuhan ekonomi yang dicapai tak akan memberikan kesejahteraan karena pertumbuhan itu akan dimakan oleh penduduk yang tinggi.

Melihat kecenderungan peningkatan jumlah penduduk saat ini penting dilakukan upaya pengendalian fertilitas melalui revitalisasi program Keluarga Berencana. Dalam setiap kebijakan pengendalian fertilitas perempuan menjadi faktor kunci penentu keberhasilan dan sekaligus kelompok sasaran program. Di hampir semua negara, perempuan cenderung menjadi obyek dari program keluarga berencana. Faktor budaya terutama sistem patriarkal dituding sebagai penyebab utama rentannya posisi perempuan dalam setiap kebijakan pengendalian fertilitas. Lebih jauh artikel ini hendak menelaah dimensi perempuan dalam isu-isu kependudukan, khususnya melihat sejauhmana kebijakan pengendalian fertilitas mempertimbangkan hak reproduksi dan kesehatan reproduksi perempuan, serta model pelayanan kesehatan reproduksi bagaimana yang sesuai dengan kondisi dan tantangan kependudukan saat ini.

HAK DAN KESEHATAN REPRODUKSI SERTA JENDER

Menurut pasal 7 Program Aksi Kairo yang dimaksud dengan kesehatan reproduksi adalah kondisi kesehatan yang tidak hanya menekankan pada aspek

kesehatan fisik, dalam arti tidak adanya penyakit atau kelemahan, tapi juga menyangkut aspek non-fisik (aspek mental dan sosial) yang berkaitan dengan sistem, fungsi dan proses reproduksi.

Kesehatan reproduksi menurut Dixon-Mueller (dalam Muhadjir Darwin 1996), mengandung sejumlah elemen yang dapat dikelompokkan menjadi dua hal yaitu kesehatan seksual dan kesehatan reproduksi. Termasuk dalam pengertian kesehatan seksual adalah elemen-elemen sebagai berikut: a) Terhindar dari penyakit menular seksual (PMS); b) Terhindar dari praktek dan kekerasan yang berbahaya; c) kontrol terhadap akses seksual (termasuk pelecehan seksual); d) kepuasan seksual; e) informasi mengenai seksualitas. Sedangkan elemen dari kesehatan reproduksi adalah: a) perlindungan (dan pengakhiran) secara aman dan efektif kehamilan yang dikehendaki; b) perlindungan dari praktek-praktek reproduksi yang berbahaya; c) pemilihan kontrasepsi dan kepuasan terhadap metode kontrasepsi; d) kehamilan dan persalinan yang aman; f) penanganan terhadap kemandulan.

Untuk mencapai kesehatan reproduksi yang ideal, maka kesehatan reproduksi harus didukung dengan diakuinya hak-hak reproduksi. Hak reproduksi pada dasarnya adalah hak perempuan dan pria untuk memperoleh informasi dan memperoleh akses terhadap cara-cara keluarga berencana atau metode-metode pengaturan fertilitas yang aman, efektif, terjangkau, dan dapat diterima sesuai pilihan mereka dan hak untuk memperoleh pelayanan pemeliharaan kesehatan yang tepat yang memungkinkan perempuan dengan selamat menjalani kehamilan dan melahirkan anak yang sehat.

Masalah hak dan kesehatan reproduksi dipahami secara umum dari sudut aspek medis semata. Padahal persoalan hak dan kesehatan reproduksi merupakan '*multi-faceted problem*', atau problem dengan banyak wajah, karena inti persoalannya terletak pada konteks sosial yang sangat kompleks yang terkait erat dengan nilai sosial, etika, agama dan budaya.

Berbicara masalah hak dan kesehatan reproduksi tidak dapat lepas dari persoalan

ketimpangan status dan peran laki-laki dan perempuan yang terbentuk dalam masyarakat atau disebut gender. Gender membedakan peran dan interaksi sosial antara laki-laki dan perempuan. Perbedaan ini tidak hanya berpengaruh terhadap aspek hubungan antar pribadi tapi juga semua aspek sosial seperti akses terhadap sumber daya, produksi, kerja, pendapatan dan kekuasaan.

Nilai-nilai sosial yang membedakan peran laki-laki dan perempuan yang dibentuk oleh masyarakat cenderung menempatkan perempuan pada posisi '*subordinated*'. Konsep gender mengacu pada status dan peran laki-laki serta hubungan sosial yang terbentuk antar manusia dengan dua jenis kelamin yang berbeda ini. Dalam hal ini, terdapat kategorisasi peran yang merupakan produk dari nilai-nilai yang dianut oleh masyarakat. Dalam realitas kehidupan, perempuan seringkali tidak berdaya karena kondisi sosial budaya, politik dan ekonomi yang memang telah menemukannya pada posisi yang lemah dibandingkan laki-laki (Anna Marie Watie 1996).

Nursyahbani Katjasungkana (1996) menyatakan ketimpangan status dan peran laki-laki dan perempuan juga memperoleh legitimasi dalam bentuk produk-produk hukum atau kebijakan publik yang bias gender. Dalam pasal 34 ayat 1 Undang-Undang Perkawinan disebutkan bahwa suami adalah pelindung dan pencari nafkah sedang istri adalah pengurus rumahtangga. Perbedaan peran yang sangat genderistik ini menyebabkan isteri tergantung secara ekonomi pada suami yang lebih jauh membuka peluang pada suami untuk berkuasa atas istri, termasuk berkuasa dalam hubungan seksual, pengaturan jarak anak dan bahkan dalam pemilihan alat kontrasepsi.

Dalam Undang-Undang Nomor 10 Tahun 1992 tentang perkembangan kependudukan dan KB, pengaturan hak reproduksi perempuan difokuskan pada masalah kontrol atas fertilitas perempuan untuk membatasi kelahiran sehingga kontrol kelahiran berubah tujuannya menjadi kontrol terhadap pertumbuhan penduduk. Akibatnya, perempuan hanya dilihat sebagai target penggunaan

kontrasepsi tanpa pemberian informasi dan pelayanan paska pemakaian kontrasepsi yang memadai. Posisi perempuan yang lemah seringkali menempatkan perempuan sebagai pihak yang dikorbankan. Kelemahan posisi perempuan juga menyebabkan perempuan tidak berkuasa atas tubuhnya sendiri dalam hubungan seksual, dalam memilih alat kontrasepsi, dalam menentukan kehamilan dan jumlah anak (Nursyahbani Katjasungkana 1996).

Dalam hal yang menyangkut fertilitas perempuan menjadi pihak yang tidak diuntungkan, karena fertilitas berhubungan dengan fungsi reproduksi perempuan – hamil – maka dalam pengendaliannya perempuan yang banyak menjadi sasaran penggunaan alat kontrasepsi, sedang laki-laki kurang menjadi target. Menurut catatan Yayasan Kesehatan Perempuan atau YKP (Kompas 22 – 12 – 2003) suntikan dan pil merupakan metode KB yang terbanyak digunakan yaitu 72,3 persen. Sementara itu, metode kontrasepsi laki-laki angkanya sangat kecil. Akseptor kondom sebesar 0,9 persen sementara vasektomi hanya 0,4 persen.

Kemudian menyangkut kehamilan dan jarak kehamilan, posisi perempuan juga lemah. Negara, masyarakat, dan keluarga adalah institusi-institusi yang berkepentingan dengan persoalan hamil atau tidak hamilnya perempuan. Epstein (1988) menyebut Negara sebagai institusi yang ikut campur dalam fertilitas perempuan sebagaimana tercermin dalam kebijakan atau peraturan-peraturan yang membatasi seksualitas seperti pengaturan kontrasepsi, aborsi, dan dalam beberapa kasus, pembunuhan bayi. Dengan demikian keputusan perempuan untuk menjadi ibu banyak ditentukan oleh pihak-pihak diluar dirinya.

Pada masyarakat Timur dimana laki-laki memegang posisi dominan, keputusan untuk hamil banyak ditentukan oleh 'pesanan' suami. Dan karena nilai-nilai sosial memandang tinggi perempuan yang mampu hamil dan memberikan keturunan, maka status perempuan juga dilihat dari kemampuannya untuk hamil. Dalam hal ini, 'pesanan' untuk hamil terkadang tidak hanya dari suami tapi juga sanak keluarga suami. Bagi perempuan yang

menggantungkan kehidupannya pada suami sepenuhnya, posisinya akan semakin sulit. Karena kalau ia tidak mampu memberikan keturunan ada kemungkinan ia akan ditinggalkan atau diceraikan suaminya untuk mencari perempuan lain yang mampu memberi keturunan. Perempuan yang mandul dalam masyarakat mempunyai status yang lebih rendah dibanding laki-laki yang mandul.

Sebaliknya, perempuan yang terlalu subur juga tidak lepas dari persoalan. Dalam hal ini negara tidak akan memberi kebebasan bagi perempuan untuk hamil semaunya. Berapa jumlah anak yang harus dimiliki sebuah keluarga sudah dibatasi oleh undang-undang. Perempuan yang subur akan lebih banyak kemungkinannya untuk hamil. Kalau seorang perempuan belum siap untuk hamil lagi – karena alasan jarak kehamilannya yang terlalu dekat atau karena alasan pekerjaan dan sebagainya – maka akan dihadapkan pada keputusan yang dilematis. Pilihan untuk melenyapkan kehamilan adalah pilihan yang sulit dan riskan, karena aborsi di Indonesia dianggap ilegal sehingga bukan merupakan salah satu alat kontrasepsi yang dianjurkan. Aborsi baru boleh dilakukan apabila kehamilan itu membahayakan kesehatan ibu dan janin.

Isu aborsi memang merupakan isu yang sensitif dan kontroversial. Asumsi bahwa aborsi selama ini lebih banyak dilakukan oleh remaja yang hamil di luar nikah dipatahkan oleh penelitian YKP di delapan kota (Kompas 15-12-2003). Sekitar 87 persen klien adalah para perempuan yang sudah menikah, dan kebanyakan datang ke klinik dengan diantar suami. Sekitar 82 persen pasien menyebutkan alasannya seperti gagal ber-KB, pemerkosaan, dan soal psikologis.

Sekitar 54 persen dari perempuan itu adalah lulusan SLTA, bahkan 21 persen lulusan akademi dan universitas, yang seharusnya memiliki pengetahuan yang lengkap mengenai kesehatan reproduksi, terutama keluarga berencana. Seperlima dari jumlah klien (21 persen) bahkan melakukan aborsi berulang, dengan alasan psikososial, karena suami tidak bekerja, suami tidak bertanggung jawab, hubungan tidak harmonis dalam keluarga, dan

ekonomi yang sangat minim untuk bisa memberikan kehidupan pada calon anak. Hanya sekitar empat persen aborsi dilakukan dengan alasan kesehatan fisik, seperti yang diperbolehkan pemerintah.

Ada banyak alasan yang menjadikan seorang perempuan tidak siap menerima kehamilan. Karena itu dr. Kartono Mohamad menyatakan kehamilan tak dikehendaki adalah sesuatu yang riil dan dialami oleh banyak orang dengan berbagai alasan. Jadi jangan terburu-buru menghakimi bahwa mereka pendosa (Kompas 15-12-2003).

Karena itu dalam kasus-kasus kehamilan yang tidak dikehendaki, keputusan untuk memilih aborsi tidak dapat disalahkan pada pihak perempuan saja.. Menurut dr. Kartono Mohammad (D&R Desember 1997) "tidak asal aborsi dilarang, karenanya dibutuhkan aturan bersama yang menentukan mana yang boleh dan mana yang tidak, dengan indikator yang jelas dan obyektif – dengan spirit moral absolut (ajaran agama). Masalah aborsi bukanlah masalah hitam putih yang berbatas tegas, masih ada daerah yang kelabu yang perlu dipilah kasus per kasus".

Masalah aborsi memang tidak dapat dibenarkan dari segi nilai moral dan agama. Namun persoalan aborsi begitu kompleks, sehingga tidak bisa hanya dilihat secara bermoral atau tidak bermoral, salah atau benar, melanggar hukum atau tidak. Apalagi bila mengingat nilai-nilai masyarakat yang sangat bias gender yang membebankan konsekuensi relasi seksual dengan segala bentuknya- kekerasan seksual atau perkosaan dan hubungan seks di luar nikah – kepada perempuan.

Perempuan dengan beban kehamilan yang tidak dikehendaki tidak mempunyai alternatif untuk lepas dari persoalan karena aborsi pada dasarnya bertentangan dengan nilai-nilai agama. Persoalan yang muncul adalah, meskipun secara umum tindakan aborsi tidak diperkenankan, baik secara moral maupun hukum, dalam kenyataannya tingkat aborsi justru sangat tinggi di negara-negara yang melarang aborsi. Sebagai contoh, tingkat aborsi di Amerika Latin yang menentang aborsi tertinggi dibandingkan negara-negara

industri maju. Laju aborsi di Amerika Latin sekitar 37 per 1000 perempuan dengan usia antara 15-40 tahun. Ini lebih tinggi dibandingkan AS sekitar 23 per 1000 perempuan, Kanada sekitar 16, Jerman sekitar 8, Inggris sekitar 16, dan Belanda sekitar 7 (Nur Iman Subono 2005).

Indonesia juga melarang aborsi untuk semua alasan, kecuali untuk menyelamatkan nyawa ibu. Tapi insiden aborsi di Indonesia tergolong sangat tinggi. Utomo dkk (2002) memperkirakan sekitar 2 juta perempuan Indonesia mengakhiri kehamilannya dengan aborsi, dan sebagian besar adalah aborsi yang tidak aman. Angka 2 juta per tahun berarti 37 aborsi per 1,000 perempuan usia 15-49 tahun (angka yang sama dengan Amerika Latin) atau 43 aborsi per 100 kelahiran hidup, atau 30 persen dari kehamilan, ini lebih tinggi dibandingkan dengan tingkat global. Angka aborsi di dunia diperkirakan 46 juta kasus pada tahun 1995 atau 25,6 persen dari 180 juta kehamilan pada tahun yang sama (dalam Muhadjir Darwin 2005).

Menurut Muhadjir angka aborsi sebanyak itu sebagian besar dilakukan untuk alasan diluar yang diperkenankan undang-undang. Hasil survei di beberapa negara menunjukkan hasil sama yakni separuh jumlah kehamilan merupakan kehamilan yang tidak dikehendaki, setiap menit 40 perempuan melakukan aborsi tidak aman (Kompas 6-10-2003). Aborsi ilegal menjadi alternatif satu-satunya bagi perempuan hamil tidak dikehendaki. Perempuan dari kalangan ekonomi mapan dapat membayar aborsi ilegal oleh tenaga medis ahli. Bagi perempuan dari lapisan ekonomi bawah akan lari kepada dukun yang tarifnya terjangkau, dengan resiko siap menerima segala akibatnya seperti infeksi rahim bahkan kematian.

Angka kematian maternal di Indonesia tertinggi di Asia, dan kurang lebih 11 persen diantaranya terjadi karena aborsi yang tidak aman. Data tahun 1995 menunjukkan bahwa 600.000 perempuan mati karena kehamilan dan persalinan, dari angka tersebut, 66.000 mati karena aborsi (Muhadjir Darwin 2005).

Tingginya jumlah perempuan korban aborsi tidak aman bukan hanya menyangkut isu hak untuk melakukan

aborsi (hak reproduksi) tapi juga hak perempuan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi. Pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas yang menghormati hak-hak reproduksi perempuan hanya dapat terwujud jika perempuan mempunyai kebebasan untuk mengambil keputusan menyangkut fungsi reproduksinya sendiri. Dan ini bisa terjadi apabila perempuan mempunyai informasi yang cukup tentang kesehatan reproduksi.

MENUJU PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI BERPERSPEKTIF JENDER

Berbicara tentang hak reproduksi dan kesehatan reproduksi tidak bisa lepas dari kualitas pelayanan kesehatan reproduksi, khususnya pelayanan KB. Karena kesehatan reproduksi dan hak reproduksi hanya dapat terpenuhi apabila didukung adanya pelayanan keluarga berencana yang berkualitas.

Menurut Pandi dan Sambung kualitas pelayanan KB adalah pelayanan KB yang memungkinkan klien untuk secara sadar dan bebas memilih alat-alat kontrasepsi yang diinginkan, aman dan terjangkau harganya, serta memuaskan kebutuhan perempuan dan laki-laki. Sedangkan Sutedi dan Tan mendefinisikan pelayanan KB yang bermutu sebagai pelayanan yang memberikan informasi yang terbuka secara rasional dan diikuti pelayanan oleh tenaga profesional dengan jaringan pelayanan yang memiliki sistem rujukan yang dapat diandalkan (dalam Agus Dwiyanto 1996).

Pelayanan KB di Indonesia seperti juga di negara sedang berkembang lainnya, menurut Philip (dalam Watie 1996) mempunyai tiga tujuan pokok yaitu: pertama, tujuan demografis untuk mengatasi pertumbuhan penduduk yang dianggap sebagai penyebab kemiskinan, keterbelakangan, dan degradasi lingkungan; kedua, mempromosikan kesehatan ibu dan anak untuk mencegah kematian maternal dan anak melalui penjarakan anak; ketiga menegakkan hak-hak asasi manusia, yang didefinisikan sebagai mengikutsertakan pengetahuan dan akses pada kontrasepsi yang aman.

Program KB di era Orde Baru cenderung mengutamakan tujuan demografis. Program KB lebih dipandang sebagai strategi pembangunan. KB sebagai sarana kebijakan kependudukan direduksi menjadi alat pengendali pertumbuhan penduduk. Dibalik keberhasilan KB dalam mencapai target penurunan angka kelahiran tersembunyi persoalan yang berkaitan dengan kontrol negara terhadap perilaku reproduktif warganya, termasuk penggunaan kontrasepsi.

Metode kontrasepsi yang idealnya dipilih pasangan untuk merencanakan, menunda, atau membatasi anak, direduksi hanya menyasar kepada perempuan. Ini tampak dari jumlah kontrasepsi lebih 90 persennya ditujukan kepada perempuan. Kecenderungan mempromosikan metode kontrasepsi terpilih seperti implant, IUD, dan sterilisasi telah mengurangi nilai lebih program KB. Dilihat dari kepentingan kesehatan reproduksi penekanan pada metode kontrasepsi terpilih tidak selalu merupakan pilihan yang tepat. Pelayanan kontrasepsi mestinya juga mempertimbangkan efek samping yang ditimbulkan bagi alat reproduksi perempuan. (Kompas 14-11-2001 dan Agus Dwiyanto 1996).

Penentuan metode kontrasepsi terpilih tanpa mempertimbangkan kesehatan reproduksi perempuan menimbulkan implikasi serius pada kesehatan perempuan. Hewitt dan Smith (1992) mengemukakan temuan betapa kaum perempuan di negara sedang berkembang banyak yang dijadikan sasaran percobaan alat kontrasepsi. Perempuan Puerto Rico, Haiti, Guatemala, dan Chile menjadi percobaan kontrasepsi pil dan suntikan sterilisasi selama tahun 1960an dan 1970an. Perempuan di India dan Bangladesh telah dijadikan bahan percobaan kontrasepsi hormonal. Di semua kasus eksperimen ini perempuan tidak diberi informasi yang cukup tentang dampak metode kontrasepsi yang dicobakan.

Akses untuk mendapatkan informasi tentang metode kontrasepsi dengan segala efek sampingnya merupakan hak reproduksi yang mendasar. *Progress*

Reports on Millenium Development Goals Indonesia (2004) menyebutkan 11 persen kematian maternal di Indonesia disebabkan oleh aborsi yang tidak aman. Kematian maternal ini bisa dicegah apabila perempuan mempunyai akses terhadap informasi dan pelayanan kontrasepsi serta sadar akan komplikasi aborsi. Metode kontrasepsi modern, dengan demikian memegang peran penting dalam menekan kehamilan tak dikehendaki dan lebih jauh juga mengurangi kematian akibat aborsi tidak aman.

Berdasar data dan fakta diatas dirasa penting adanya pelayanan kesehatan reproduksi yang lebih menghormati hak-hak reproduksi, khususnya perempuan yang selama ini dikorbankan demi kepentingan keluarga, masyarakat maupun negara. Untuk itu pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas harus berpijak pada kepentingan kesehatan reproduksi perempuan itu sendiri (*women-centered approach*). *Women-centered approach* menurut Fredman dan Issacs (dalam Watie 1996) mempunyai tiga prinsip dasar yaitu pada dasarnya mencakup kepercayaan pada perempuan, memahami dan menuju kesehatan reproduksi yang dipahami oleh perempuan, dan kebutuhan untuk menghubungkan semua tingkatan – internasional, negara dan masyarakat – tempat suatu kebijakan dan program diimplementasikan.

Bruce (dalam Dwiyanto 1996) menyatakan untuk dapat mewujudkan pelayanan KB yang berorientasi pada perempuan, maka setidaknya-tidaknya harus memenuhi ciri-ciri sebagai berikut :

a. Memungkinkan klien dan peserta KB untuk secara sadar dan bebas memilih alat kontrasepsi sesuai dengan kebutuhannya.

b. Memberikan informasi yang lengkap mengenai pilihan-pilihan kontrasepsi yang tersedia, efek sampingnya masing-masing, dan cara mengatasinya.

c. Memberikan pelayanan yang aman, seperti ditunjukkan oleh kemampuan teknis petugas dan hubungan interpersonal sehingga mereka bisa mengidentifikasi kontraindikasi peserta KB.

d. Memuaskan klien peserta KB dengan memberi pelayanan yang menghargai martabat dan kerahasiaan klien dan peserta KB.

PENUTUP

Masalah kesehatan reproduksi terkait fungsi reproduksi atau fertilitas perempuan secara umum dilihat sebagai suatu proses yang alami atau kodrat perempuan. Namun dengan semakin terbukanya akses perempuan ke dunia pendidikan dan kerja, fungsi reproduksi perempuan berkembang menjadi problem yang pelik. Tuntutan dunia kerja dan keinginan mengembangkan kapabilitas, membuat fungsi reproduksi – kehamilan – harus dikendalikan melalui penggunaan kontrasepsi.

Di sisi lain, pesatnya laju pertumbuhan penduduk – terutama di negara sedang berkembang – menyebabkan negara juga perlu mengendalikan fungsi reproduksi perempuan melalui kebijakan keluarga berencana. Sesungguhnya pengendalian penduduk tidak hanya menasar pada perempuan, namun karena perempuan mempunyai organ reproduksi – rahim – maka perempuan lah yang dijadikan target penggunaan alat kontrasepsi sehingga cenderung mengabaikan hak dan kesehatan reproduksinya.

Masalah ini menjadi makin buruk dengan kuatnya nilai-nilai sosial yang bias gender yang membuka peluang bagi dominasi laki-laki di segala aspek kehidupan. Hubungan yang timpang ini tercermin dalam proses pengambilan keputusan menyangkut fungsi reproduksi perempuan, hubungan seksual, kehamilan, aborsi, penjarakan anak, dan sebagainya. Akibatnya perempuan menjadi kehilangan hak atas tubuhnya sendiri. Untuk itu sudah saatnya dilakukan perubahan paradigma pelayanan kesehatan reproduksi yang berorientasi pada perempuan, yang lebih menghargai hak reproduksi perempuan (*women-centered reproduction health*).

DAFTAR PUSTAKA

Agus Dwiyanto. 1996. "Keluarga Berencana di Indonesia : Dari Target ke Kualitas". Dalam Agus Dwiyanto dan Muhadjir Darwin (Ed), *Penduduk dan Pembangunan*. Yogyakarta: Pusat Penelitian Kependudukan UGM.

Anna Marie Watie. 1996. "Gender, Hak Reproduksi dan Pelayanan KB". Dalam Agus Dwiyanto dan Muhadjir Darwin (Ed), *Penduduk dan Pembangunan*. Yogyakarta: Pusat Penelitian Kependudukan UGM.

Epstein, Cynthia Fuchs. 1988. *Deceptive Distinctions: Sex, Gender, and The Social Order*. New York: Yale University Press dan Russell Sage Foundation.

D & R. 1997. "Indonesia , Progress Report on The Millenium Development Goals Tahun 2004". Desember 1997

Hewitt, Tom dan Smyth Ines. 1992. "Is The World Overpopulated ?". Dalam Allen, Tim dan Thomas , Allan (eds.). *Poverty and Development in The 1990-an*. Oxford: Oxford University Press.

Kompas. 2001. "Paradigma Keluarga Berencana, Bergeser tetapi Belum Berubah". *Kompas 14 November 2001*.

Kompas. 2003. "Kesehatan Reproduksi sebagai Hak Asasi". *Kompas 15 Desember 2003*.

Kompas. 2003. "Mengapa Angka Kematian Ibu Masih Tinggi Juga ?" *Kompas 22 Desember 2003*.

Kompas. 2003. "Membicarakan Jaminan Ketersediaan Sarana Kesehatan Reproduksi". *Kompas 6 Oktober 2003*.

Kompas. 2007. "Abaikan Kependudukan, Negara Terancam Gagal". *Kompas 24 Maret 2007*.

Kompas. 2007. "Ledakan Kelahiran Harus Diantisipasi". *Kompas 24 April 2007*.

Muhadjir Darwin. 1996. "Gerakan Kependudukan: Dari Keluarga

Berencana ke Kesehatan Reproduksi". Dalam Agus Dwitanto dan Muhadjir Darwin (Ed). *Penduduk dan Pembangunan*. Yogyakarta: Pusat Penelitian Kependudukan UGM.

-----, 2005. *Negara dan Perempuan, Reorientasi Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Media Wacana.

Nur Iman Subono. 2005. "Kekuasaan Negara, Seksualitas dan Perubahan

Kebijakan Di Amerika Latin". *Jurnal Perempuan* No. 41 2005.

Nursyahbani Katjasungkana. 1996. "Hak Reproduksi di Indonesia: Antara Hukum dan Realitas Sosial". Dalam Agus Dwiyanto (Ed). *Seksualitas, Kesehatan Reproduksi, dan Ketimpangan Gender*. Yogyakarta: Pusat Penelitian Kependudukan UGM.

