



# Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi di Indonesia

Jakarta, 2005



DEPARTEMEN KESEHATAN RI



MENTERI NEGARA  
PEMBERDAYAAN PEREMPUAN  
REPUBLIK INDONESIA



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL  
REPUBLIK INDONESIA



DEPARTEMEN SOSIAL RI



BADAN KOORDINASI  
KELUARGA BERENCANA NASIONAL



# Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi di Indonesia

Jakarta, 2005

# Kata Pengantar

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, telah berhasil disusun Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi, yang dapat memayungi pelaksanaan upaya seluruh komponen kesehatan reproduksi di Indonesia. Hal ini merupakan salah satu rekomendasi dari pertemuan-pertemuan Komisi Kesehatan Reproduksi yang telah berlangsung sejak tahun 1999. Penyusunan dokumen ini telah melibatkan secara-bersama-sama dari seluruh komponen kesehatan reproduksi baik lintas program maupun lintas sektor.

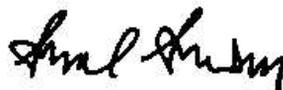
Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi ini terdiri dari sebelas bab, dimana selain berisikan tentang kebijakan dan strategi umum serta kebijakan dan strategi komponen, juga memuat tentang peran sektor terkait, desentralisasi, kerjasama internasional, indikator untuk memantau kemajuan program, monitoring dan evaluasi, serta pendanaan.

Disampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang tinggi kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi ini, yakni BKKBN, Departemen Pendidikan Nasional, Departemen Sosial, Kementerian Pemberdayaan Perempuan, Dr. Alex Papilaya, MPH dan para Pengelola Program Daerah serta Departemen Kesehatan. Penghargaan dan ucapan terima kasih secara khusus kami sampaikan kepada UNFPA yang telah memberikan kontribusi dalam keseluruhan proses penyusunan Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi ini melalui program bantuan hibah UNFPA siklus ke-6.

Saran dan masukan untuk perbaikan sangat diharapkan, guna lebih sempurna dokumen ini.

Jakarta, April 2005

Direktur Jenderal  
Bina Kesehatan Masyarakat  
Selaku Ketua Komisi Kesehatan Reproduksi



Prof. Dr. Azrul Azwar, MPH





**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

## **Sambutan Menteri Kesehatan RI**

Pertama-tama saya ucapkan selamat kepada tim lintas sektor yang telah berhasil menyusun kebijakan dan strategi nasional kesehatan reproduksi di Indonesia yang dapat menjadi cermin kerjasama dan koordinasi yang baik antar departemen di lingkungan pemerintah pusat.

Kesepakatan Internasional dalam International Conference on Population and Development (ICPD) di Kairo 1994, paradigma baru kesehatan reproduksi telah merubah orientasi yang semula manusia merupakan obyek dalam upaya pengendalian kependudukan sekarang manusia menjadi subyek. Indonesia sebagai salah satu negara yang menyepakati paradigma baru tersebut telah melakukan berbagai upaya agar pelaksanaan program kesehatan reproduksi dapat berjalan secara optimal.

Sejak dilaksanakannya Lokakarya Nasional Kesehatan Reproduksi pada tahun 1996 di Jakarta, telah diidentifikasi peran dan tugas tiap sektor yang terlibat dalam upaya kesehatan reproduksi. Di dalam proses pelaksanaan upaya kesehatan reproduksi tidak dapat dibantah lagi perlunya kerjasama lintas sektor, baik institusi pemerintah maupun non-pemerintah/lembaga swadaya masyarakat. Namun harus diakui pula bahwa selama ini masih ditemukan hambatan dan permasalahan yang terkait dengan kerjasama dan koordinator antar departemen dan institusi terkait, karena belum adanya kesatuan kebijakan dan strategi pelaksanaan kesehatan reproduksi.

Saya menyambut gembira dengan tersusunnya “Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi di Indonesia” ini. Kebijakan dan strategi nasional ini adalah sebagai acuan dasar bagi semua penyelenggara upaya kesehatan reproduksi baik bagi institusi pemerintah/departemen ataupun non-pemerintah di tingkat provinsi dan kabupaten/kota. Dalam penerapannya dapat disesuaikan dengan situasi dan kondisi daerah setempat.

Semoga dengan adanya kesatuan gerak dalam upaya kesehatan reproduksi di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten/kota, pelaksanaan program kesehatan reproduksi dapat lebih baik dan mantap, sehingga dapat meningkatkan Indeks Pembangunan Manusia di Indonesia.

Jakarta, April 2005

Menteri Kesehatan RI

The image shows a handwritten signature in black ink over a blue circular official stamp. The stamp contains the text "MENTERI KESEHATAN RI" at the top, "REPUBLIK INDONESIA" at the bottom, and a central emblem featuring a Garuda bird. The signature is written in a cursive style across the stamp.

Dr. dr. Siti Fadilah Supari, Sp.JP(K)



**MENTERI NEGARA PEMBERDAYAAN PEREMPUAN  
REPUBLIK INDONESIA**

JALAN MERDEKA BARAT 15 TELP. 3805563 - 3842638 FAX. 3805562 - 3805559  
JAKARTA 10110

## Sambutan

Hak dan Kesehatan Reproduksi baru mendapat perhatian khusus setelah dilaksanakannya Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (International Conference on Population and Development atau ICPD) di Kairo pada tahun 1994 yang kemudian dilanjutkan dalam Konferensi Perempuan Dunia IV (Fourth World Conference on Women atau FWCW IV) di Beijing tahun 1995, untuk memantau kemajuannya telah dilaksanakan evaluasi setiap 5 (lima) tahun.

Aspek hak dan kesehatan reproduksi sangat luas, karena hak dan kesehatan reproduksi menyangkut seluruh siklus kehidupan manusia selama hidupnya, yaitu mulai dari kehamilan, kelahiran, masa anak-anak, remaja, dewasa sampai dengan masa usia lanjut. Selain panjangnya rentang usia masalah kesehatan reproduksi juga sangat kompleks, mulai dari masalah kehamilan dan persalinan, penyakit-penyakit menular seksual dan penyakit degeneratif. Bila dilihat faktor penyebab yang melatar belakangi juga bermacam-macam, mulai dari masalah pendidikan, kesehatan, agama, sosial budaya dimana termasuk didalamnya masalah ketidak setaraan gender dalam keluarga dan masyarakat.

Disadari bahwa kendala utama dalam penanganan masalah pelayanan kesehatan reproduksi dan penegakkan hak reproduksi adalah belum terintegrasinya dalam sistem hukum dan perundangan nasional, sehingga pelaksanaannya juga kurang terpadu dan kurang efektif.

Masalah utama yang perlu mendapat perhatian khusus dan sangat menentukan kelangsungan hidup suatu bangsa adalah masih tingginya

angka kematian ibu dan makin meningkatnya penyebaran HIV/AIDS. Kedua masalah ini erat hubungannya dengan masalah-masalah nonmedis tersebut di atas, tetapi selama ini penanganannya lebih ditekan kepada pelayanan kesehatan, padahal penyebab mendasarnya adalah kemiskinan, rendahnya tingkat pendidikan dan sosial-budaya.

Kami sangat mendukung diterbitkannya buku ini. Dengan penerbitan buku Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi ini, diharapkan penanganan kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi dapat lebih terpadu, terarah, sehingga masing-masing pihak dapat melaksanakan tugasnya dengan sinergi untuk mencapai keberhasilan tingkat kesehatan reproduksi yang optimal dan dapat ditegakkan hak-hak reproduksi.

Semoga pula pelaksanaan kegiatan penanggulangan kesehatan reproduksi dapat bekerja dengan intensif, terpadu, efisien dengan selalu memperhatikan keadilan dan kesetaraan gender, demi keberhasilan Pembangunan Nasional.

Jakarta, Juni 2005

Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan



Dr. Meutia Hatta Swasono



**MENTERI PENDIDIKAN NASIONAL  
REPUBLIK INDONESIA**

## **Sambutan Menteri Pendidikan Nasional**

Meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia melalui kesehatan reproduksi sebagaimana tujuan dari “Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi di Indonesia”, menuntut keterlibatan dan penanganan oleh banyak pihak meliputi sektor-sektor Pemerintah, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), Organisasi Profesi, dan pihak terkait.

Salah satu ruang lingkup kesehatan reproduksi seperti tertuang dalam dokumen ini adalah Kesehatan Reproduksi Remaja yang menuntut keterlibatan sepenuhnya dari jajaran pendidikan. Pendidikan kesehatan reproduksi remaja pada jalur formal dan nonformal, pada dasarnya bertujuan membekali remaja baik pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi maupun keterampilan dan rasa tanggung jawab yang besar menyangkut fungsi reproduksi mereka. Dengan bekal pengetahuan, ketrampilan, dan tanggung jawab tersebut diharapkan para remaja mampu meningkatkan kualitas hidupnya.

Dengan adanya kebijakan dan strategi nasional ini, saya berharap dapat menjadi acuan dan pedoman bagi para pengelola pendidikan baik di Pusat maupun Daerah dan LSM dalam melakukan upaya pendidikan kesehatan reproduksi remaja sesuai tugas, peran dan fungsinya masing-masing. Setiap unit kerja/lembaga penanggung jawab program dapat mengembangkan lebih lanjut strategi yang tepat serta program yang sesuai dengan situasi dan kondisi masing-masing dengan menekankan prinsip kemitraan dengan berbagai pihak.

Akhirnya, saya harapkan program terpadu dalam ruang lingkup kesehatan reproduksi ini akan benar-benar menghasilkan penangan kesehatan reproduksi di Indonesia yang mendasar dan komprehensif.

Jakarta, April 2005

Menteri Pendidikan Nasional

The image shows the official seal of the Indonesian Ministry of Education and Culture (Menteri Pendidikan Nasional). The seal is circular and contains the Garuda Pancasila, the national emblem of Indonesia. The text around the seal reads "MENTERI PENDIDIKAN NASIONAL" at the top and "REPUBLIK INDONESIA" at the bottom. A handwritten signature in black ink is written over the seal.

Prof. Dr. Bambang Sudibyo, MBA



MENTERI SOSIAL REPUBLIK INDONESIA

## Sambutan Menteri Sosial RI

Pada Buku Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi di Indonesia Departemen Kesehatan 2005

Assalamualaikum Wr Wb

Sejak lahir sampai meninggal dunia, manusia mempunyai risiko menyangkut permasalahan sosial, terlepas dari kadar berat dan ringannya kompleksitas permasalahan sosial yang disandangnya.

Tentunya yang paling baik adalah melakukan upaya pencegahan. Pencegahan dapat dimulai dengan memperkuat ketahanan sosial individu, keluarga serta masyarakat. Termasuk didalamnya mengupayakan pemenuhan kebutuhan kesehatan reproduksi secara dini.

Kondisi sistem reproduksi, peran dan fungsinya yang terjamin secara fisik dan sosial, (sebagaimana definisi kesehatan reproduksi pada International Conference on Population and Development, ICPD di Kairo Mesir tahun 1994) akan melindungi manusia sejak dini dari permasalahan sosial yang tidak diharapkan seperti lahir cacat, terhinggapi penyakit serta menyangkut permasalahan fisik dan psikis lainnya.

Oleh karena itu, Saya menyambut baik dikeluarkannya Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi di Indonesia. Kebijakan ini selain akan memperkuat kesehatan reproduksi masyarakat Indonesia, namun juga akan memperkuat keberfungsian sosial anak, remaja, keluarga serta para lanjut usia dalam lingkungan sosialnya. Pada akhirnya masing-masing mampu menampilkan fungsi sosialnya sesuai dengan status dan peran yang disandangnya.

Namun demikian, tentunya kebijakan itu tidak otomatis mencapai tujuan yang diharapkan. Perlu upaya dan kerja keras dari setiap sektor pembangunan khususnya sektor pemerintah di bidang kesehatan, sosial, pendidikan dan pemberdayaan perempuan serta kesejahteraan keluarga. Diharapkan kebijakan ini nantinya akan melahirkan pula jalinan kerja dengan mitra terkait, organisasi profesi dan LSM serta komponen bangsa lain yang peduli terhadap kesehatan reproduksi serta kualitas sumber daya manusia Indonesia. Saya yakin dengan kerja keras masing-masing sektor kita semua mampu mewujudkan reproduksi yang sehat mendukung terwujudnya masyarakat yang berketahanan sosial yaitu masyarakat yang mampu melindungi anggotanya dari setiap ancaman permasalahan sosial yang dihadapi. Sekian terima kasih

Wassalamualaikum Wr Wb

MENTERI SOSIAL RI



H. BACHTIAR CHAMSYAH, SE



## BADAN KOORDINASI KELUARGA BERENCANA NASIONAL

Jl. Permata No.1, Halim Perdana Kusuma, Jakarta Timur 13650  
Telepon (021) 8098018, 8009029 - 45 - 53 - 77 - 85

PO Box : 1314 JKT 13013  
TELEX : 48181 BKKBN IA  
CABLE : NFPCB  
FACS : (021) 8008554

# Sambutan Kepala Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional

Puji syukur atas Rahmat Tuhan Yang Maha Esa karena dengan ridonya buku “Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi di Indonesia” telah diterbitkan. Buku ini disusun berdasarkan hasil Lokakarya Nasional di Jakarta diikuti oleh pihak terkait dari tingkat Pusat dan Propinsi seluruh Indonesia yang telah dilaksanakan pada tahun 2003 dan beberapa kali telah dibahas oleh unsur-unsur terkait di tingkat pusat.

Buku “Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi di Indonesia” telah disesuaikan dengan Peraturan Presiden Republik Indonesia (Perpres) Nomor 7 tahun 2005, tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) tahun 2004-2009. Disamping itu, kebijakan dan strategi pelayanan KB, termasuk kesehatan reproduksi remaja dalam buku ini, merupakan bagian dari pelaksanaan Strategi Nasional Pembangunan Program KB, yang didasarkan pula pada Undang-undang Nomor 10 tahun 1992 serta Peraturan-peraturan Pemerintah yang menyertainya.

RPJM 2004-2009 menggariskan arah, kebijakan Program KB Nasional untuk periode lima tahun mendatang. Dengan adanya Perpres tersebut menunjukkan bahwa Pemerintah tetap memberikan komitmen yang tinggi terhadap pelaksanaan program keluarga berencana. Kebijakan Program KB Nasional tersebut telah dijabarkan kedalam kebijakan operasional, yang nantinya menjadi landasan kerja seluruh pengelola Program KB dan Kesehatan Reproduksi di Indonesia.

Seluruh jajaran BKKBN memberikan penghargaan yang tinggi kepada seluruh sektor yang telah berupaya untuk saling mendukung terhadap

komitmen bersama dalam melaksanakan kebijakan dan strategi nasional kesehatan reproduksi di Indonesia. Selanjutnya diharapkan pula para pengelola program KB dan Kesehatan Reproduksi pusat, propinsi, hingga kabupaten dan kota dapat melaksanakan tugasnya dengan lebih terarah dan terpadu.

Akhirnya, kepada semua pihak yang telah bersama-sama menyusun buku ini kami mengucapkan terima kasih yang setinggi-tingginya. Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa memberkahi usaha kita semua.

Jakarta Mei 2005



Dr. SUMARJATI ARJOSO, SKM  
Kepala BKKBN

# Daftar Isi

	Halaman
KATA PENGANTAR .....	I
SAMBUTAN MENTERI KESEHATAN RI .....	III
SAMBUTAN MENTERI NEGARA PEMBERDAYAAN PEREMPUAN RI ..	V
SAMBUTAN MENTERI PENDIDIKAN NASIONAL RI .....	VII
SAMBUTAN MENTERI SOSIAL RI .....	IX
SAMBUTAN KEPALA BKKBN .....	XI
DAFTAR ISI .....	XIII
I. PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Kebijakan dan Strategi Kesehatan Reproduksi .....	2
C. Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi .....	3
D. Landasan Hukum dan Peraturan yang mendukung .....	3
II. PROGRAM KESEHATAN REPRODUKSI .....	5
A. Perkembangan Program Kesehatan Reproduksi .....	5
B. Review Kebijakan Kesehatan Reproduksi dan Hak-Hak Reproduksi .....	14
C. Permasalahan dan Harapan dalam Pelaksanaan Kesehatan Reproduksi .....	28
III. ANALISIS SITUASI KESEHATAN REPRODUKSI .....	33
A. Kesehatan Ibu dan Anak .....	33
B. Keluarga Berencana .....	37
C. Pencegahan Infeksi Menular Seksual termasuk HIV/AIDS ..	40
D. Kesehatan Reproduksi Remaja .....	42
E. Kesehatan Reproduksi Usia Lanjut .....	43
F. Gender dan Kekerasan terhadap Perempuan .....	44
IV. KEBIJAKAN DAN STRATEGI NASIONAL KESEHATAN REPRODUKSI DI INDONESIA .....	47
A. Kebijakan Umum .....	47
B. Strategi Umum .....	47
C. Kebijakan dan Strategi Komponen .....	48
D. Target yang akan dicapai .....	54
E. Penjabaran Strategi .....	55

V.	PERAN SEKTOR TERKAIT .....	59
A.	Pemerintah Pusat .....	59
B.	Pemerintah Provinsi .....	60
C.	Pemerintah Kabupaten/Kota .....	61
D.	Pemerintah Kecamatan .....	62
E.	Dewan Perwakilan Rakyat Provinsi dan Kabupaten/Kota ....	62
F.	LSM dan Lembaga Non-Pemerintah .....	63
G.	Sektor Swasta dan Dunia Usaha .....	64
H.	Tenaga Profesi, Organisasi Profesi dan Perguruan Tinggi ...	64
I.	Masyarakat .....	65
VI.	DESENTRALISASI .....	67
VII.	KERJASAMA INTERNASIONAL .....	69
VIII.	INDIKATOR UNTUK MEMANTAU KEMAJUAN PROGRAM .....	71
IX.	MONITORING DAN EVALUASI .....	73
X.	PENDANAAN.....	75
XI.	PENUTUP .....	77
	DAFTAR RINGKASAN .....	79

# Bab I | Pendahuluan

## A. Latar Belakang

Dewasa ini kesehatan reproduksi mendapat perhatian khusus secara global sejak diangkatnya isu tersebut dalam Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (International Conference on Population and Development, ICPD), di Kairo, Mesir, pada tahun 1994. Hal penting dalam konferensi tersebut adalah disepakatinya perubahan paradigma dalam pengelolaan masalah kependudukan dan pembangunan dari pendekatan pengendalian populasi dan penurunan fertilitas menjadi pendekatan yang terfokus pada kesehatan reproduksi serta upaya pemenuhan hak-hak reproduksi.

Dengan demikian pengendalian kependudukan telah bergeser ke arah yang lebih luas, yang meliputi pemenuhan kebutuhan kesehatan reproduksi bagi laki-laki dan perempuan sepanjang siklus hidup, termasuk hak-hak reproduksinya, kesetaraan dan keadilan gender, pemberdayaan perempuan dan penanggulangan kekerasan berbasis gender, serta tanggung jawab laki-laki dalam kaitannya dengan kesehatan reproduksi.

Paradigma baru ini berpengaruh besar antara lain terhadap hak dan peran perempuan sebagai subyek dalam ber-KB. Perubahan pendekatan juga terjadi dalam penanganan kesehatan ibu dan anak, kesehatan reproduksi remaja, pencegahan dan penanggulangan Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk HIV/AIDS, serta kesehatan reproduksi usia lanjut, yang dibahas dalam konteks kesehatan dan hak reproduksi. Dengan paradigma baru ini diharapkan kestabilan pertumbuhan penduduk akan dapat dicapai dengan lebih baik.

Di tingkat internasional (ICPD Kairo, 1994) telah disepakati definisi kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan dalam semua hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, serta fungsi dan prosesnya. Dengan adanya definisi tersebut maka setiap orang berhak dalam mengatur jumlah keluarganya, termasuk memperoleh penjelasan yang lengkap tentang cara-cara kontrasepsi sehingga dapat memilih cara yang tepat dan disukai.

Selain itu, hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi lainnya, seperti pelayanan antenatal, persalinan, nifas dan pelayanan bagi anak, kesehatan remaja dan lain-lain, perlu dijamin.

Indonesia sebagai salah satu negara yang berpartisipasi dalam kesepakatan global tersebut telah menindaklanjuti dengan berbagai kegiatan. Luasnya ruang lingkup kesehatan reproduksi menuntut penanganan secara lintas program dan lintas sektor serta keterlibatan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), organisasi profesi dan semua pihak yang terkait. Saratnya aspek sosial budaya dalam kesehatan reproduksi juga menuntut perlunya adaptasi yang sesuai dengan situasi dan kondisi di Indonesia.

Rendahnya pemenuhan hak-hak reproduksi ditandai dengan masih tingginya Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Bawah Lima Tahun (AKBalita). Masalah lainnya adalah masalah kesehatan reproduksi perempuan, termasuk perencanaan kehamilan dan persalinan yang aman secara medis harus menjadi perhatian bersama, bukan hanya kaum perempuan saja karena mempunyai dampak yang luas sekali dan menyangkut berbagai aspek kehidupan yang menjadi tolok ukur dalam pelayanan kesehatan.

Selama ini berbagai sektor telah mengembangkan kebijakan dan strateginya masing-masing. Dengan adanya Komisi Kesehatan Reproduksi sejak tahun 1998 telah diupayakan koordinasi antar sektor, namun upaya ini belum menghasilkan penanganan kesehatan reproduksi yang terpadu dan efisien, di samping adanya perubahan sistem pemerintahan di Indonesia. Sehubungan dengan hal tersebut perlu dibuat Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi sebagai acuan pelaksanaan bagi seluruh pihak terkait, di pusat, provinsi dan kabupaten/kota.

## **B. Tujuan Kebijakan dan Strategi Kesehatan Reproduksi**

### **1. Tujuan Umum**

Meningkatnya kualitas hidup manusia melalui upaya peningkatan kesehatan reproduksi dan pemenuhan hak-hak reproduksi secara terpadu, dengan memperhatikan keadilan dan kesetaraan gender.

## 2. Tujuan Khusus

- a. Meningkatnya komitmen para penentu dan pengambil kebijakan dari berbagai pihak terkait, baik pemerintah dan non-pemerintah.
- b. Meningkatnya efektivitas penyelenggaraan upaya kesehatan reproduksi melalui peningkatan fungsi, peran dan mekanisme kerja di pusat, provinsi dan kabupaten/kota.
- c. Meningkatnya keterpaduan pelaksanaan upaya kesehatan reproduksi bagi seluruh sektor terkait, di pusat, provinsi dan kabupaten/kota, yang mengacu pada kebijakan dan strategi nasional kesehatan .

## C. Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi

Ruang lingkup Kesehatan Reproduksi secara luas meliputi:

1. Kesehatan Ibu dan Anak
2. Keluarga Berencana
3. Pencegahan dan Penanggulangan Infeksi Saluran Reproduksi (ISR), termasuk IMS-HIV/AIDS
4. Pencegahan dan Penanggulangan Komplikasi Aborsi
5. Kesehatan Reproduksi Remaja
6. Pencegahan dan Penanganan Infertilitas
7. Kanker pada Usia Lanjut dan Osteoporosis

## D. Landasan Hukum dan Peraturan yang mendukung

1. Undang-undang Nomor 4 tahun 1979 tentang Kesejahteraan Anak.
2. Undang-undang Nomor 7 tahun 1984 tentang Pengesahan Konvensi mengenai Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi Terhadap Perempuan (Ratifikasi CEDAW)
3. Undang-undang Nomor 10 tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera
4. Undang-undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan
5. Undang-undang Nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia
6. Undang-undang Nomor 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan di Daerah

7. Undang-undang Nomor 25 tahun 2000 tentang Perimbangan Keuangan Pusat dan Daerah.
8. Undang-undang No.23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak
9. Undang-undang Nomor 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional
10. Undang-undang Nomor 23 tahun 2003 tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT)
11. Peraturan Pemerintah Nomor 23 tahun 2000 tentang Pelimpahan Tugas dan Wewenang.
12. Inpres Nomor 9 tahun 2000 tentang Pengarus-Utamaan Gender
13. Kepmenkes Nomor 433/Menkes/SK/V/1998 tentang Pembentukan Komisi Kesehatan Reproduksi
14. Kepmenkes No. 131/II/2004 tentang Sistem Kesehatan Nasional

# Bab II | Program Kesehatan Reproduksi

## A. Perkembangan Program Kesehatan Reproduksi

### 1. Tingkat Internasional

Perkembangan utama yang terjadi di tingkat internasional adalah dilaksanakannya Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (International Conference on Population and Development-ICPD) di Kairo, Mesir, dari tanggal 5 sampai 13 September 1994. Delegasi dari 179 negara, termasuk Indonesia, ikut ambil bagian dalam menuntaskan suatu Program Aksi Kependudukan dan Pembangunan untuk 20 tahun yang akan datang.

Dokumen hasil konferensi setebal 115 halaman, yang diterima secara aklamasi, mengesahkan suatu strategi baru yang memberi tekanan pada berbagai keterkaitan antara kependudukan dan pembangunan dan lebih memusatkan perhatian pada pemenuhan kebutuhan perempuan dan laki-laki secara individual daripada pencapaian target-target demografis.

Kunci pendekatan yang baru ini adalah pemberdayaan perempuan dan pemberian pilihan yang lebih banyak kepada mereka melalui perluasan keterjangkauan terhadap pendidikan dan pelayanan kesehatan, dan peningkatan keterampilan dan lapangan pekerjaan. Program ini menganjurkan untuk membuat keluarga berencana terjangkau secara universal pada tahun 2015 atau sebelumnya, sebagai bagian dari pendekatan kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi, membuat perkiraan tentang tingkatan sumberdaya nasional dan bantuan internasional yang dibutuhkan, dan menyerukan kepada pemerintah semua negara untuk menyediakan sumberdaya tersebut.

Program Aksi ICPD 1994 mencakup tujuan-tujuan yang berkaitan dengan pendidikan, khususnya untuk anak perempuan, serta

penurunan lebih lanjut tingkat kematian bayi, anak, dan ibu. Program ini juga menangani isu-isu yang berkaitan dengan kependudukan, lingkungan dan pola konsumsi, keluarga, migrasi internal dan internasional, pencegahan dan pengendalian pandemi HIV/AIDS; komunikasi, informasi, dan edukasi, serta teknologi, riset, dan pengembangan.

Pada bulan Desember tahun 1995 telah diselenggarakan Fourth World Conference on Women di Beijing RRC. Konferensi ini dihadiri oleh 189 negara menghasilkan kesepakatan yang disebut Platform for Action dan The Beijing Declaration. Pokok-pokok komitmen yang digariskan dalam deklarasi ini adalah persamaan hak dan harga diri manusia yang inheren dari perempuan dan laki-laki, pelaksanaan secara lengkap hak asasi manusia terhadap perempuan dan anak perempuan sebagai bagian yang tak terpisahkan dari hak asasi manusia dan dasar-dasar kebebasan, pemberdayaan dan pengembangan perempuan termasuk hak untuk bebas berpendapat, beragama, dan kepercayaan.

Dalam bulan November 1995, WHO SEARO mengembangkan Regional Reproductive Health Strategy for South-East Asia. Dalam strategi tersebut digariskan program jangka pendek dan jangka panjang, langkah-langkah prioritas di tingkat negara, Paket Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial dan Paket Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif.

Pada bulan Februari 1999 telah dilaksanakan konferensi internasional di Den Haag, negeri Belanda, yang disebut Cairo+ 5. Konferensi ini dihadiri oleh wakil dari 140 negara (termasuk Indonesia) menetapkan 3 isu prioritas untuk mempercepat hasil konferensi ICPD di Kairo:

- a. Hak dan kesehatan seksual dan reproduksi dari kaum muda.
- b. Menangani kematian dan kesakitan yang disebabkan tindakan aborsi yang tidak aman.
- c. Program yang efektif dari hak seksual dan reproduksi.

Peningkatan program KB ke dalam kesehatan reproduksi berkaitan erat dengan pembangunan ekonomi secara langsung dan tidak langsung pada tingkat mikro maupun makro. Keterkaitan program KB dan kesehatan reproduksi pada tingkat mikro adalah melalui pembangunan kualitas keluarga, sedangkan pada tingkat makro

melalui efisiensi pembangunan sosial dan ekonomi tingkat nasional. Pada tingkat mikro, keluarga yang ber-KB dan berhasil menciptakan kondisi sehat reproduksinya adalah mereka yang pada akhirnya dapat menjadi sumberdaya yang berkualitas tinggi. Karena menjadi sumberdaya manusia yang berkualitas tinggi akan meningkatkan ekonomi keluarga dan ekonomi masyarakat pada umumnya.

## 2. Tingkat Nasional

Sebagai tindak lanjut dari komitmen Indonesia dalam forum ICPD, Kairo, 1994, telah diselenggarakan Lokakarya Nasional Kesehatan Reproduksi pada bulan Mei 1996 di Jakarta yang melibatkan seluruh sektor terkait, LSM termasuk organisasi perempuan, organisasi profesi, perguruan tinggi serta lembaga donor. Dalam lokakarya tersebut telah disepakati beberapa hal, yaitu:

- a. Definisi Kesehatan Reproduksi mengacu kepada kesepakatan ICPD, Kairo 1994.
- b. Ruang lingkup Kesehatan Reproduksi secara luas meliputi:
  - (1) Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir
  - (2) Keluarga Berencana
  - (3) Pencegahan dan Penanggulangan Infeksi Saluran Reproduksi (ISR), termasuk IMS-HIV/AIDS
  - (4) Pencegahan dan Penanggulangan Komplikasi Aborsi
  - (5) Kesehatan Reproduksi Remaja
  - (6) Pencegahan dan Penanganan Infertilitas
  - (7) Penanggulangan masalah kesehatan reproduksi pada usia lanjut (kanker, osteoporosis, dementia, dll)
- c. Dalam penerapannya, pelayanan kesehatan reproduksi dilaksanakan secara integratif, dan dikategorikan dalam paket pelayanan sebagai berikut:
  - (1) Paket Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE) yaitu:
    - (a) Kesehatan Ibu dan Bayi baru Lahir
    - (b) Keluarga Berencana
    - (c) Kesehatan Reproduksi Remaja
    - (d) Pencegahan dan Penanggulangan Infeksi Saluran Reproduksi, termasuk IMS-HIV/AIDS

- (2) Paket Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif (PKRK), yang terdiri atas PKRE ditambah dengan Kesehatan Reproduksi pada Usia Lanjut.
- d. Diidentifikasi peran tiap sektor dan pihak terkait dalam upaya Kesehatan Reproduksi sesuai dengan mandat institusi masing-masing perlu dilaksanakan secara integratif dan sinergis.
  - e. Beberapa rekomendasi lokakarya sebagai berikut:
    - (1) Perlu dibentuk suatu komisi kesehatan reproduksi sebagai wadah koordinasi dalam upaya kesehatan reproduksi yang terintegrasi.
    - (2) Penerapan Paket Pelayanan Kesehatan Reproduksi dilaksanakan melalui pendekatan integrasi fungsional dan dilakukan secara bertahap.
    - (3) Keterlibatan organisasi profesi diperlukan dalam dukungan teknis, informasi dan kepemimpinan untuk pengembangan upaya kesehatan reproduksi.
    - (4) Keterlibatan dan tanggung jawab laki-laki serta anggota keluarga lainnya diperlukan untuk mencapai kemitra-sejajaran laki-laki dan perempuan dalam konteks kesehatan reproduksi.
    - (5) Data kesehatan reproduksi perlu dikumpulkan secara rutin dengan keterlibatan berbagai pihak terkait.

Sebagai tindak lanjut dari rekomendasi Lokakarya Nasional Kesehatan Reproduksi, melalui pertemuan bertahap lintas program dan sektor, tercapai kesepakatan untuk membentuk Komisi Kesehatan Reproduksi. Maka pada tahun 1998, melalui Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 433/MENKES/SK/V/1998 tentang Komisi Kesehatan Reproduksi dibentuklah Komisi Kesehatan Reproduksi yang terdiri atas empat Kelompok Kerja (Pokja) sebagai berikut:

- a. Pokja Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir
- b. Pokja Keluarga Berencana
- c. Pokja Kesehatan Reproduksi Remaja
- d. Pokja Kesehatan Reproduksi Usia Lanjut (untuk PKRK)

Hal yang berkaitan dengan pencegahan dan penanggulangan IMS termasuk HIV/AIDS dibahas dalam semua Pokja, khususnya Pokja 1 dan 2.

Sejak tahun 1999 Komisi Kesehatan Reproduksi bertemu secara berkala dan menampung hasil diskusi, yang kebanyakan dilakukan di tingkat pokja. Mekanisme dan tata kerja di tingkat pokja dan tingkat komisi dewasa ini terus diperbaiki secara bertahap agar fungsi koordinasi dapat dilaksanakan secara lebih efektif. Kesepakatan di antara anggota pokja ditindaklanjuti oleh masing-masing instansi sesuai dengan peran dan kewenangan masing-masing.

Beberapa upaya lain telah dilakukan untuk mencari bentuk pelayanan integratif dalam kesehatan reproduksi. Adanya perbedaan sasaran dalam tiap komponen kesehatan reproduksi dan perbedaan masalah kasus per kasus, baik antar-komponen maupun dalam komponen yang sama, menuntut adanya pelayanan yang komprehensif namun spesifik dan sesuai dengan kebutuhan klien. Hal ini memerlukan penyusunan paket pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan klien. Dengan demikian setiap komponen program kesehatan reproduksi perlu memasukkan unsur komponen kesehatan reproduksi lainnya untuk mendukung terciptanya pelayanan kesehatan reproduksi yang integratif dan sesuai dengan kebutuhan klien.

Konsep dan pedoman-pedoman tentang kesehatan reproduksi sejak tahun 2000 telah disosialisasikan ke seluruh provinsi dengan harapan dapat diimplementasikan melalui sumber dana yang ada di masing-masing provinsi dan kabupaten/kota.

Uji coba implementasi program PKRE yang terpadu dilaksanakan di 4 provinsi yaitu Jawa Barat, Kalimantan Barat, Nusa Tenggara Timur dan Sumatera Selatan yang mencakup seluruh kabupaten/kota yang ada di provinsi tersebut dengan bantuan dari UNFPA sejak tahun 2001.

Komponen kesehatan reproduksi remaja harus berpacu dengan komponen lainnya untuk mengejar ketinggalannya, terutama untuk memenuhi hak reproduksi remaja dalam mendapatkan informasi dan pelayanan kesehatan baik di tingkat pelayanan dasar maupun pelayanan rujukan.

Penanggulangan dan pencegahan IMS termasuk HIV/AIDS merubah pola pikir dalam hal pendekatan kesehatan reproduksi bagi semua klien. IMS yang selama ini kurang mendapatkan perhatian perlu diberikan perhatian yang serius mengingat IMS merupakan predisposing factor untuk penularan HIV/AIDS.

Pengarus-utamaan gender telah dicanangkan bahkan tidak hanya untuk sektor kesehatan tetapi juga untuk sektor-sektor lain. Di bidang kesehatan, pengarusutamaan gender sudah mulai diimplementasikan melalui INPRES Nomor 9 tahun 2000. Ratifikasi kesepakatan CEDAW tahun 1996 yaitu "Zero Tolerance Violence against Women" telah dikembangkan dan dimotori oleh Kementerian Pemberdayaan Perempuan.

Pendekatan kesehatan reproduksi dijabarkan oleh BKKBN sejak tahun 2000, melalui penyesuaian struktur dan program-programnya. Disamping itu pula BKKBN bersama-sama dengan sektor terkait telah merintis untuk membuat Undang-Undang Kesehatan Reproduksi yang sampai saat ini sedang dalam pembahasan oleh badan legislatif.

Selain itu masing-masing program/sektor yang terkait dengan upaya kesehatan reproduksi telah membuat rencana kerja serta mengembangkan berbagai kegiatan-kegiatannya.

Pada Seminar Komisi Kesehatan Reproduksi yang dilaksanakan pada bulan Agustus 2003 telah dibuat keputusan tentang dua perubahan kebijakan yaitu :

- a. Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir dirubah menjadi Kesehatan Ibu dan Anak. Perubahan ini dibuat dengan mengacu pada Konvensi Anak dan UU No. 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak.
- b. Penambahan komponen baru yaitu Pencegahan dan Penanggulangan Kekerasan terhadap Perempuan dan Masalah Gender.

Pada tanggal 20 Oktober 2003 diadakan Lokakarya Nasional Kesehatan Reproduksi ke 2 di Jakarta, yang dihadiri oleh seluruh sektor terkait baik pemerintah maupun swasta serta LSM, organisasi profesi, universitas dan donor agency . Lokakarya ini juga dihadiri

oleh peserta dari seluruh provinsi mewakili unsur kesehatan, pendidikan, sosial, pemberdayaan perempuan, Bappeda, Pemerintah Daerah dan DPRD. Pada lokakarya ini dihasilkan rekomendasi sebagai berikut:

1. Kesehatan reproduksi harus dijadikan prioritas pembangunan kesehatan di Indonesia dengan menyusun Rencana Aksi Nasional Kesehatan Reproduksi sampai dengan tahun 2015, dalam bentuk sebuah Keputusan Presiden yang akan mengatur berbagai kegiatan dalam mempercepat terwujudnya kualitas hidup manusia khususnya di bidang kesehatan reproduksi.
2. Untuk meningkatkan efektivitas penyelenggaraan program kesehatan reproduksi di Indonesia, maka Komisi Kesehatan Reproduksi akan ditingkatkan fungsi, peran dan mekanisme kerjanya melalui revitalisasi Komisi Kesehatan Reproduksi yang melibatkan seluruh menteri dan pimpinan lembaga pemerintah lainnya yang terkait di bawah koordinasi Menteri Koordinator Kesejahteraan Rakyat.
3. Seluruh pemangku kepentingan dalam program kesehatan reproduksi di Indonesia hendaknya meningkatkan aktivitasnya dalam mendukung pencapaian kualitas hidup manusia khususnya di bidang kesehatan reproduksi. Hal ini dapat dilakukan dengan mengembangkan kebijakan dan strategi yang integratif dan komprehensif dengan menyediakan alokasi anggaran khusus dengan mempertimbangkan kesetaraan dan keadilan gender serta mengembangkan program-program inovatif dan berkesinambungan.
4. Untuk mendukung percepatan kebijakan kesehatan reproduksi khususnya dalam era otonomi daerah, perlu segera dilakukan reposisi dan realokasi serta reorientasi seluruh kegiatan kesehatan reproduksi dengan mengintegrasikan ke dalam kewenangan, kebutuhan dan kemampuan pemerintah daerah.
5. Seluruh pemangku kepentingan termasuk keterlibatan LSM, dunia usaha, organisasi profesi, donor agency yang bergerak dalam program kesehatan reproduksi diharapkan dapat meningkatkan kepedulian dengan meningkatkan dukungan dalam fasilitasi, advokasi bagi kesehatan reproduksi di Indonesia.

6. Untuk meningkatkan kepekaan masyarakat terhadap pentingnya kesehatan reproduksi, seluruh pemangku kepentingan hendaknya meningkatkan sosialisasi dan kampanye sosial bagi percepatan terwujudnya kualitas sumberdaya manusia di bidang kesehatan reproduksi.
7. Untuk meningkatkan kualitas penyelenggaraan program kesehatan reproduksi perlu dikembangkan sistem informasi manajemen kesehatan reproduksi dengan melibatkan seluruh pemangku kepentingan sebagai bahan perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi program kesehatan reproduksi.
8. Seluruh peserta bersepakat untuk memprioritaskan kegiatan-kegiatan kesehatan reproduksi yang berdampak pada peningkatan kualitas hidup manusia seperti percepatan penurunan kematian ibu dan bayi, memenuhi permintaan terhadap pelayanan keluarga berencana yang berkualitas, pencegahan dan penanggulangan IMS termasuk HIV/AIDS, kesehatan reproduksi remaja, peningkatan kesejahteraan dan perlindungan anak, pemberdayaan perempuan, kesetaraan dan keadilan gender, penghapusan segala bentuk kekerasan terhadap perempuan dan anak, kesehatan reproduksi usia lanjut, pemenuhan hak-hak reproduksi manusia termasuk hak perempuan dan hak anak.

Agar seluruh rekomendasi tersebut dapat terealisasi maka diperlukan suatu kebijakan dan strategi nasional kesehatan reproduksi, yang akan menjadi payung bagi seluruh program dan sektor terkait secara bersama-sama untuk melaksanakan akselerasi kegiatan-kegiatan kesehatan reproduksi agar tujuan yang telah ditentukan oleh Millenium Development Goals yaitu :

- a. menghapus kemiskinan dan kelaparan,
- b. pendidikan untuk semua orang,
- c. promosi kesetaraan gender,
- d. penurunan angka kematian anak,
- e. meningkatkan kesehatan ibu,
- f. memerangi HIV/AIDS,
- g. menjamin keberlanjutan lingkungan dan
- h. kemitraan global dalam pembangunan dapat segera dicapai.

Perubahan pendekatan dalam menangani program kesehatan yang terkait dengan kesehatan reproduksi tersebut ditempatkan pada visi Departemen Kesehatan, yaitu “Indonesia Sehat 2010”, dengan misi sebagai berikut:

- a. Menggerakkan pembangunan nasional berwawasan kesehatan.
- b. Mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat.
- c. Memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau.
- d. Memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya.

Berdasarkan visi dan misi tersebut, maka upaya kesehatan reproduksi yang dikembangkan akan menekankan pentingnya aspek promotif dan preventif dalam rangka mendukung pencapaian Indonesia Sehat 2010. Selain itu dalam era desentralisasi dewasa ini, penerapan upaya kesehatan reproduksi diarahkan untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi setempat dan dalam konteks sosiobudaya setempat.

Beberapa masalah yang dialami dalam pelaksanaan Kesehatan Reproduksi sejak Lokakarya Nasional Kesehatan Reproduksi tahun 1996 adalah sebagai berikut :

- a. Tingkat pengambil keputusan nasional  
Kesehatan Reproduksi pada saat ini tidak merupakan prioritas program pemerintah. Anggaran Pembangunan untuk Kesehatan di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten masih belum bertambah. Hal ini sangat berpengaruh terhadap anggaran yang tersedia untuk program Kesehatan Reproduksi sehingga program yang bisa dijalankan terbatas.
- b. Tingkat koordinasi nasional  
Koordinasi program antar sektor masih belum berjalan. Hal ini dicoba untuk diatasi dengan membentuk Komisi Kesehatan Reproduksi yang anggotanya terdiri dari wakil-wakil sektor terkait, perguruan tinggi dan LSM. Komisi ini memiliki sejumlah kendala yang menyebabkan fungsi komisi tersebut kurang berjalan. Komisi ini dibentuk dengan keputusan Menteri Kesehatan yang menempatkan Komisi dibawah koordinasi Departemen Kesehatan. Hal ini telah sedikit banyak membatasi kewenangan koordinasi

antar sektor. Selain masalah koordinasi, administrasi dan manajemen Komisi dijalankan secara paruh waktu sehingga kurang dapat menunjang kebutuhan komisi untuk mencapai tujuannya. Keadaan ini turut memperlambat program Kesehatan Reproduksi di Indonesia.

c. Tingkat pelaksanaan.

Oleh karena koordinasi di tingkat nasional belum berfungsi secara optimal, pelaksanaan program di tingkat pelayanan dasar kabupaten/kota juga belum terkoordinasi dengan baik. Selain itu, program dan kegiatan Kesehatan Reproduksi dengan pendekatan komprehensif belum diketahui oleh para pelaksana di fasilitas pelayanan kesehatan dasar meskipun pelayanan konvensional yang dilaksanakan berbagai sektor sudah dijalankan oleh pelaksana lapangan.

d. Tingkat pencapaian indikator

Setiap sektor pemerintah yang terkait, LSM, organisasi profesi dan masyarakat memiliki indikator pencapaian program Kesehatan Reproduksi mereka masing-masing. Jumlah indikator yang ingin ditangani cukup banyak dan tingkat pencapaiannya berbeda-beda. Keadaan ini kurang menguntungkan bagi pencapaian program Kesehatan Reproduksi secara nasional.

## B. Review Kebijakan Kesehatan Reproduksi dan Hak-Hak Reproduksi

Sejak ICPD Kairo 1994 dan Lokakarya Nasional Kesehatan Reproduksi tahun 1996 dilaksanakan, berbagai perubahan, penyesuaian dan pergeseran kebijakan, pendekatan, serta pengembangan program telah terjadi dan dilaksanakan oleh berbagai sektor pemerintah di Indonesia. Hal ini telah mendorong pemerintah untuk memperbaharui strategi kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi yang ada.

Adapun beberapa kondisi/faktor yang mendorong adanya perubahan dalam strategi nasional adalah:

1. Keterikatan terhadap kesepakatan internasional.
2. Perkembangan teknologi, komunikasi baik regional, nasional maupun global;
3. Perubahan tata pemerintahan dari sentralisasi ke desentralisasi

4. AKI tidak turun secara bermakna, demikian pula indikator kesehatan reproduksi yang lain.
5. Meningkatnya jumlah kesakitan proses keganasan dan gangguan kesehatan akibat proses menua

Untuk mengantisipasi kondisi/faktor tersebut diatas, berbagai sektor pemerintahan telah menggariskan kebijakan dan strategi mereka masing-masing. Kebijakan dan strategi yang telah dikembangkan diupayakan untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi dengan titik pandang dari sektor masing-masing. Untuk dapat meningkatkan koordinasi kebijakan, strategi dan program, maka diperlukan perubahan mendasar dalam kerangka fikir kesehatan reproduksi.

Setidaknya ada 3 jenis perubahan mendasar dalam kerangka berfikir, pertama adalah gagasan kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi sebenarnya merupakan kristalisasi dari keterpaduan program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan Keluarga Berencana yang sejak akhir tahun 80-an sudah melaksanakan gerakan Safe Motherhood. Paradigma baru yang ditampilkan konsep kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi ini adalah perlunya keterpaduan tidak hanya KIA dan KB, tetapi juga meminta komitmen program lain dalam konteks pelayanan kesehatan dasar, misalnya program penanggulangan Infeksi Menular Seksual (IMS), peningkatan peran pria/suami dalam program KIA serta penanganan program/upaya yang lebih ke hulu seperti kesehatan reproduksi remaja.

Pendekatan multi-sektoral melalui pelaksanaan program terpadu ini, seperti dikatakan dokumen ICPD tahun 1994, agar lebih menjamin tercapainya tujuan utama kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi yaitu promosi hal-hak reproduksi dalam rangka memperoleh derajat kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi yang memadai.

Perubahan mendasar kedua adalah perubahan sikap dalam kehidupan berkeluarga, yang menitik beratkan pada tanggungjawab pria atas perilaku seksual/reproduksi serta akibatnya terhadap fungsi dan proses reproduksi dalam kehidupan berkeluarga. Pandangan ini harus merubah pandangan tradisional bahwa kapasitas produksi pria merupakan hal yang patut dibanggakan. Pesan utama dan konsep ini adalah "perlu diinformasikan kepada semua pria dan perempuan bahwa mereka harus mempertimbangkan masa depan anak-anak mereka, dan tanggung jawab ini tidak hanya terbatas pada diri sendiri dan keluarga, karena berdampak pula pada masyarakat dan generasi berikutnya."

Perubahan mendasar yang ketiga adalah kesadaran bahwa peningkatan pelayanan kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi berarti pelayanan berkualitas dilihat dari perspektif klien. Perlu disadari bahwa sebagian besar pengguna pelayanan kesehatan dasar (klien) belum memahami apa yang dimaksud dengan kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi dan pelayanan kesehatan reproduksi yang bagaimana yang memenuhi persyaratan standar medis. Dengan demikian penilaian kualitas pelayanan yang meningkat dari kacamata klien memerlukan penyediaan informasi yang dapat memberikan klien pemahaman yang akurat dan memadai tentang ruang lingkup Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi dan apa yang dapat diharapkan dari fasilitas pelayanan tersebut. Klien belum dapat menilai kualitas secara sah bila mereka tidak mengerti parameter apa yang harus dinilai. Undang-undang no. 7/1984 menyatakan perlunya "hak yang sama... untuk memperoleh penerangan pendidikan, dan sarana-sarana...", hal mana sesuai dengan apa yang ditekankan di dalam ICPD tahun 1994. Dengan demikian penambahan pengetahuan klien sebelum memberikan penilaian kualitas atas pelayanan yang diterimanya, dapat menjadi indikator dampak yang mencerminkan efektivitas proses pemberian pelayanan berkualitas.

Konsep kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi memperkenalkan ulang efek kumulatif dari tiga elemen penting untuk memenuhi tujuan reproduksi seseorang: penguasaan hak-hak reproduksi, kematangan/tanggungjawab individu, dan hak-hak individu untuk memperoleh pengetahuan dari pelayanan yang diberikan.

Penanganan kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi menggunakan pendekatan siklus hidup dan harus memperhatikan hak-hak reproduksi. Upaya penanganan kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi dibedakan berdasarkan kelompok-kelompok berdasarkan siklus hidup yaitu :

1. Kesehatan Ibu dan Anak.
2. Keluarga Berencana.
3. Kesehatan Reproduksi Remaja.
4. Pencegahan dan Penanggulangan IMS termasuk HIV/AIDS.
5. Kesehatan Reproduksi Usia Lanjut.

Perubahan yang penting yang dilakukan dalam ruang lingkup kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi adalah penambahan satu komponen baru yaitu Penghapusan Kekerasan Terhadap Perempuan dan Masalah Gender dalam Kesehatan Reproduksi.

Untuk itu perlu melihat kebijakan dan strategi masing-masing komponen di atas pada waktu yang lalu.

## 1 Komponen Kesehatan Ibu dan Anak

Sejak awal tahun 1950an, program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) telah ada dengan dilaksanakannya program tersebut pada klinik BKIA yang kemudian diintegrasikan dengan klinik-klinik yang lain dalam satu pelayanan kesehatan dasar, yaitu Puskesmas.

Pada tahun 1987, di tingkat internasional terjadi perubahan kebijakan dan strategi KIA dengan adanya Konferensi Nairobi tentang Safe-Motherhood. Indonesia yang ikut berpartisipasi dalam konferensi tersebut mengadopsi kebijakan dan strategi tersebut ke dalam program nasionalnya.

Pada awal tahun 1990an, Pemerintah RI ingin mendekatkan pelayanan KIA kepada masyarakat dengan menempatkan para bidan di desa di seluruh Indonesia. Sampai dengan tahun 1998 telah ditempatkan sekitar 54.000 bidan yang dikontrak setiap 3 tahun sebagai pegawai tidak tetap (PTT), diperkuat dengan Kepmenkes No.1212/tahun2002 tentang Pedoman Pengangkatan Bidan PTT, di mana isu yang penting adalah bidan dapat dikontrak seumur hidup.

Pada akhir tahun 1996, dikembangkan Gerakan Sayang Ibu (GSI) yang lebih menonjolkan peran masyarakat dalam upaya penurunan angka kematian ibu (AKI). Gerakan ini memunculkan kegiatan seperti RS Sayang Ibu, Kecamatan Sayang Ibu, Suami Siaga, Warga Siaga, Kelangsungan Hidup Perkembangan dan Perlindungan Ibu dan Anak (KHPPIA) dlsb.

Pada tahun 2000, Pemerintah RI mencanangkan kebijakan Making Pregnancy Safer (MPS) dengan 3 pesan kunci dalam upaya percepatan penurunan angka kematian ibu dan bayi baru lahir yaitu:

- a. Setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih;
- b. Setiap komplikasi obstetri dan neonatal mendapat pertolongan yang adekuat.
- c. Setiap perempuan usia subur mempunyai akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi pasca keguguran.

Untuk dapat mencapai tujuan tersebut telah diidentifikasi empat strategi utama yang konsisten dengan “Rencana Indonesia Sehat 2010” yaitu: 1). Peningkatan cakupan dan kualitas pelayanan, 2). Kerjasama lintas program dan lintas sektor terkait serta masyarakat, baik pemerintah maupun swasta. Kerjasama diarahkan kepada kemiteraan dengan semua pihak terkait. 3). Pemberdayaan keluarga dan perempuan, 4). Pemberdayaan masyarakat

## 2 Komponen Keluarga Berencana

Program KB di Indonesia mulai dilaksanakan oleh PKBI pada tahun 1957. Namun kemudian pada tahun 1970an Pemerintah RI mengambil alih program KB dan menjadikan program nasional. Pada tahun 1980an, semua provinsi di Indonesia telah melaksanakan program KB di wilayahnya.

Keberhasilan program KB di Indonesia telah diterima dan diakui oleh masyarakat luas, termasuk dunia internasional. Pada awalnya, program KB adalah untuk mengatur jumlah kelahiran, namun dalam perkembangannya, program KB ditujukan untuk membudayakan Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (NKKBS). Asumsinya ialah bahwa keluarga kecil akan dapat hidup sejahtera dan bahagia, sehingga pengaturan kelahiran menggunakan kontrasepsi menjadi pokok intervensi dalam program KB nasional.

Di samping itu, dilaksanakan tiga upaya pokok program KB lainnya yakni: 1) pendewasaan usia perkawinan, 2) pengaturan kelahiran dan pemberdayaan ekonomi keluarga, 3) peningkatan ketahanan keluarga. Upaya pokok tersebut sejalan dengan Undang-undang no. 10 tahun 1992, yaitu tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera. Oleh karena itu, penilaian keberhasilan program KB di masa lalu didasarkan pada kebijakan tersebut, yaitu membudayakan NKKBS dan menurunnya angka kelahiran.

Pada GBHN 1999 ditegaskan bahwa selain pengendalian kelahiran dan penurunan kematian, diperlukan peningkatan kualitas program keluarga berencana agar terwujud penduduk Indonesia yang berkualitas. Dengan demikian sangat tepat apabila dalam paradigma

baru program KB difokuskan pada upaya-upaya baru yang lebih efektif untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas. Sebagai perwujudan pelaksanaan paradigma baru program KB nasional yang sesuai dengan GBHN, 1999, maka visi mewujudkan NKKBS telah diganti dengan “Visi Keluarga Berkualitas tahun 2015”.

Paradigma baru sangat menekankan pentingnya upaya menghormati hal-hak reproduksi, sebagai upaya integral dalam meningkatkan kualitas keluarga. Keluarga adalah salah satu di antara kelima matra kependudukan yang sangat mempengaruhi perwujudan penduduk yang berkualitas.

### 3. Komponen Kesehatan Reproduksi Remaja

Selama kurun waktu satu dekade perkembangan program kesehatan remaja di Indonesia sebagai berikut :

Tahun 1994/95 program kesehatan remaja diawali dengan penyediaan materi konseling kesehatan remaja dan pelayanan konseling di puskesmas. Program tersebut belum bersifat Youth Friendly, dan belum melibatkan partisipasi remaja secara penuh didalam kegiatan program. Selanjutnya program kesehatan remaja mulai diperkenalkan dan dilaksanakan antara lain melalui Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dengan meningkatkan pengetahuan dan kemampuan petugas kesehatan yang bertanggung jawab terhadap program UKS, tenaga guru (guru BP/BK), kader kesehatan sekolah atau kader Palang Merah Remaja (PMR), dan Saka Bhakti Husada (SBH)

Sebagai tindak lanjut Lokakarya Nasional tentang Kesehatan Reproduksi yang diselenggarakan pada tahun 1996, maka pada tahun 1998 terbentuk Pokja Nasional Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) yang leading sektornya adalah Depdiknas. Pokja KRR ini baru menyusun peran dan fungsi masing-masing sektor/program terkait dan belum ada program spesifik yang diimplemtasikan.

Tahun 1997/98, dilanjutkan dengan pengembangan pelayanan kesehatan remaja di puskesmas melalui pendekatan kemitraan dengan sektor terkait (BKKBN, Depdiknas, Depag, Depsos) yang dilaksanakan di propinsi Jawa Timur dan Jawa Tengah. Dalam hal

ini sektor kesehatan sebagai supply side bertanggung jawab untuk menyediakan layanan kesehatan remaja di puskesmas sedangkan sektor terkait lainnya sebagai demand side yaitu pihak yang bertanggung jawab untuk mempersiapkan remaja agar dapat memanfaatkan/memperoleh pelayanan di puskesmas.

Melalui program ini, mulai disusun materi-materi KIE tentang kesehatan reproduksi remaja berupa Materi Inti KRR bagi petugas kesehatan dan modul pelatihannya serta buku saku bagi remaja. Kebijakan dan strategi yang mendukung program ini dikembangkan dari kebijakan dan strategi yang ada dalam program pembinaan kesehatan anak usia sekolah. Sektor terkaitpun dalam mendukung program tersebut mengembangkan kebijakan dan melakukan sosialisasi serta advokasi di jajaran masing-masing, tetapi nampaknya fungsi kemitraan masih belum saling memperkuat sehingga akses remaja ke puskesmas maupun unit pelayanan kesehatan lainnya seperti Rumah Sakit masih rendah.

Tahun 2000, pengembangan pelayanan kesehatan remaja dimantapkan dengan pengenalan komponen Youth Friendly Health Services (YFHS) yang titik masuknya melalui kesehatan reproduksi remaja. Selain itu mulai terbentuk tim KRR diberbagai tingkatan (propinsi, kabupaten/kota, kecamatan dan puskesmas). Karena kegiatan program lebih banyak pada peningkatan fungsi kemitraan sehingga operasionalisasi YFHS sendiri belum berjalan dengan baik. Kemudian YFHS tersebut disosialisasikan ke propinsi lainnya dan sampai dengan tahun 2001 telah tersosialisasi ke 10 propinsi di Indonesia.

Tahun 2002 pengembangan program kesehatan remaja lebih diperluas dan dimantapkan dengan memperkenalkan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) dengan pendekatan yang berbeda dimana puskesmas diberikan keleluasan berinovasi/kreatif untuk meningkatkan akses remaja melalui pendekatan UKS, kegiatan Karang Taruna dan Anak Jalanan serta kegiatan-kegiatan remaja lainnya yang dianggap potensial. Dengan demikian puskesmas berupaya juga dalam meningkatkan kualitas pelayanannya melalui penyediaan layanan yang memenuhi kebutuhan remaja dan

berdasarkan kriterianya (a.l : bersifat privasi, konfindensial). Selain itu keterlibatan remaja sangat ditonjolkan dalam kegiatan program dari perencanaan sampai dengan evaluasi. Materi kesehatan tidak hanya KRR saja tapi meliputi semua materi kesehatan remaja (ditambahkan dengan NAPZA, dan Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat). Pelatihan tenaga kesehatan lebih difokuskan pada praktek konseling. Pada akhir tahun 2003 telah ada 10 Puskesmas di Jawa Barat dengan PKPR sebagai model yang selanjutnya akan direplikasikan secara bertahap didaerah lainnya. Juga telah disusun strategi operasional PKPR dan buku pedoman PKPR. Didalam strategi pelaksanaan PKPR dikembangkan jejaring kerja (net working) dengan LSM, pihak swasta dan profesional, serta adanya aktifitas peer edukator (pendidik sebaya).

Selain itu, untuk memenuhi salah satu hak remaja terhadap informasi kesehatan reproduksi yang diperlukan, Departemen Kesehatan telah menyediakan buku saku remaja tentang KRR namun distribusinya masih jauh dari target yang diharapkan, sehingga untuk melengkap hal tersebut pada tahun 2003 diluncurkan website: [Lincah.com](http://Lincah.com). (A link with community to adolescent health) yang memuat informasi tentang masalah kesehatan remaja.

Dalam rangka menerapkan Kebijakan dan Strategi Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja melalui jalur Pendidikan baik formal maupun non formal, Depdiknas telah menyusun dan menerbitkan buku-buku Panduan, Pedoman dan Bacaan mengenai Kesehatan Reproduksi Remaja dengan sasaran Guru, Pamong Belajar dan Peserta Didik.

Tahun 2004, akan dilakukan perluasan jangkauan dan pemantapan program PKPR berupa : peningkatan keterampilan petugas dan ditambahkan pula materi kekerasan terhadap anak (yang meliputi kekerasan seksual terhadap remaja), pengembangan pedoman perencanaan PKPR tingkat kabupaten/kota (Distric planning guideline) serta akan dilakukan penyempurnaan kebijakan dan strategi menjadi suatu kebijakan dan strategi nasional kesehatan remaja di Indonesia.

#### 4. Komponen Pencegahan & Penanggulangan IMS termasuk HIV/AIDS

Sejak ditemukannya kasus HIV/AIDS pertama kalinya di Bali pada tahun 1988, maka upaya penanggulangan Infeksi Menular Seksual (IMS) mulai berkembang secara pesat, karena IMS lebih mempermudah seseorang tertular HIV. Faktor risiko penularan HIV/AIDS adalah perilaku seks berisiko, penyalahgunaan Napza suntik dan penularan dari ibu ke anak.

Didalam penanggulangan IMS, HIV/AIDS telah diterbitkan Kepres. Nomor. 36 tahun 1994 tentang Komisi Penanggulangan AIDS (KPA), KPA tersebut dipimpin oleh Menteri Koordinator Kesejahteraan Rakyat yang anggotanya terdiri dari Menko Kesra, Menteri Kesehatan, Menteri Pendidikan Nasional, Menteri Sosial, Menteri Agama dan Kepala BKKBN. Komisi berhasil merumuskan Strategi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS yang diresmikan melalui Keputusan Menko Kesra No. 05/Kep/Menko/Kesra/II/1995 tentang Program Penanggulangan HIV/AIDS. Berdirinya KPA di tingkat pusat kemudian diikuti dengan pembentukan Komisi Penanggulangan AIDS Daerah (KPAD) yang dikembangkan di Provinsi, Kabupaten dan Kota. Departemen terkait dan daerah-daerah kemudian mengembangkan secara berangsur-angsur berbagai program penanggulangan HIV/AIDS sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing.

#### 5. Komponen Kesehatan Reproduksi Usia lanjut

Program Kesehatan Usia Lanjut dimulai pada tahun 1986, dengan pembinaan kepada 1 kabupaten dan 2 puskesmas di setiap propinsi sebagai daerah percontohan. Bertambahnya jumlah penduduk usia lanjut yang demikian pesat antara lain karena keberhasilan pembangunan dan diprediksikan oleh BPS pada tahun 2020 akan berjumlah 28,8 juta atau 11,34%. Sebagai kelompok rentan dalam keluarga, usia lanjut memerlukan perhatian khusus dalam pembinaan kesehatannya.

Mengingat permasalahan usia lanjut sangat kompleks dan merupakan tanggung jawab berbagai sektor, pada tahun 1989 diterbitkan Kep.Menko.Kesra No. 05/89 tentang Pembentukan

Kelompok Kerja Tetap Kesejahteraan Lanjut Usia, dan oleh Depkes ditindaklanjuti dengan SK Menkes No. 1346/90 tentang Pembentukan Tim Kerja Geriarti. Sejak itu di berbagai propinsi telah terbentuk kelompok-kelompok usia lanjut di masyarakat, yang mendapatkan pelayanan kesehatan oleh puskesmas setempat berupa pemeriksaan kesehatan dan pengobatan rujukannya.

Menindaklanjuti Lokakarya Nasional Kesehatan Reproduksi pada tahun 1996, dibentuk Pokja Kesehatan Reproduksi Usia Lanjut sebagai bagian dari pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif (PKRK).

Perkembangan selanjutnya adalah terbitnya UU No.13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia yang pada Pasal 14 menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan bagi usia lanjut dimaksudkan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan dan kemampuan lanjut usia, agar kondisi fisik, mental dan sosialnya dapat berfungsi secara wajar.

Pada tahun 2001 Departemen Kesehatan bekerjasama dengan Perkumpulan Menopause Indonesia (PERMI) telah menerbitkan Buku Pedoman Penatalaksanaan Masalah Menopause bagi Petugas di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar dengan tujuan sebagai bekal bagi petugas dalam memberikan penyuluhan dan pelayanan kesehatan reproduksi pada pra usia lanjut dan usia lanjut. Strategi Puskesmas Santun Usia Lanjut juga menggariskan panduan bagi puskesmas dalam melaksanakan pembinaan kesehatan usia lanjut. Diharapkan upaya kesehatan reproduksi bagi usia lanjut dapat dilaksanakan melalui pelayanan kesehatan dasar serta rujukannya di rumah sakit.

Selain itu pada tahun 2003 telah disusun pula draft buku saku Bagaimana Menghadapi Masa Menopause yang ditujukan bagi masyarakat, untuk dapat memahami apa yang dapat terjadi dan menyikapi masalah yang dapat terjadi pada masa menopause.

BKKBN melalui Bina Keluarga Lanjut Usia (BKLU) melakukan strategi pemberdayaan keluarga dalam pembinaan income generating dan peningkatan pengetahuan tentang kesehatan usia lanjut. Departemen

Sosial dalam melaksanakan upaya peningkatan kesejahteraan sosial lanjut usia memberikan perlindungan sosial bagi lanjut usia agar dapat mewujudkan dan menikmati tarap hidup yang wajar yang meliputi fisik, mental, sosial dan kesehatan dengan memberikan jaminan dan bantuan sosial.

## 6. Komponen Pemberdayaan Perempuan

Pada tahun 1967 Perserikatan Bangsa Bangsa (PBB) telah mengeluarkan Deklarasi mengenai Penghapusan Diskriminasi terhadap Perempuan. Deklarasi tersebut memuat hak-hak dan kewajiban berdasarkan persamaan hak perempuan dengan laki laki dan perlu diadakan langkah langkah seperlunya untuk menjamin terlaksananya deklarasi tersebut. Akan tetapi karena deklarasi tersebut sifatnya tidak mengikat, maka Komisi PBB tentang kedudukan perempuan, menyusun rancangan Konvensi tentang Penghapusan segala bentuk diskriminasi terhadap perempuan. Pada tanggal 18 Desember 1979 Majelis Umum PBB telah menyetujui Konvensi tersebut.

Karena ketentuan dalam konvensi tersebut pada dasarnya tidak bertentangan dengan Pancasila dan UUD 45, maka Pemerintah Republik Indonesia telah menanda tangani konvensi tersebut pada Konprensi sedunia Dasawarsa PBB di Kopenhagen tanggal 29 Juli 1980. Sebagai wujud komitmen Republik Indonesia atas Konvensi ini, maka pada tahun 1984, telah diundangkan Undang Undang Republik Indonesia nomor 7/1984, tentang pengesahan Konvensi mengenai Penghapusan segala bentuk Diskriminasi terhadap perempuan.

Dengan diundangkan UU RI no 7/1984, berarti bahwa dalam bumi Indonesia diskriminasi tidak dapat diterima dan menyatakan bahwa semua manusia dilahirkan bebas dan sama dalam martabat dan hak, tanpa perbedaan apapun termasuk berdasarkan jenis kelamin. Selain itu negara berkewajiban untuk menjamin hak yang sama antara perempuan dan laki laki untuk menikmati semua hak dan manfaat dari ekonomi, sosial, budaya, kesehatan, sipil dan politik.

Akan tetapi sangat disayangkan meskipun telah ada UU dan berbagai macam dokumen, diskriminasi yang luas terhadap perempuan masih tetap ada. Diskriminasi terhadap perempuan merupakan pelanggaran terhadap hak dan rasa hormat terhadap martabat manusia, dan hal ini merupakan penghalang bagi partisipasi perempuan dalam kehidupan politik, sosial, ekonomi dan budaya. Hal ini juga menghambat perkembangan kemakmuran masyarakat dan menambah sulitnya perkembangan potensi kaum perempuan dalam pengabdianya terhadap negara.

Keadaan diskriminasi terhadap perempuan mengakibatkan sangat kurangnya kesempatan perempuan untuk mendapatkan makanan yang cukup, pendidikan, pemeliharaan kesehatan, latihan latihan keterampilan, kesempatan kerja, kesempatan berpolitik dan akses terhadap perekonomian

Sejalan dengan keterbatasan perempuan dalam kesehatan, pendidikan dan perekonomian, terjadi kurangnya hak perempuan dalam pemanfaatan dan fungsi alat reproduksinya, sehingga timbul berbagai kekerasan terhadap perempuan, utamanya sehubungan dengan pemanfaatan dan fungsi alat reproduksi perempuan. Kekerasan dan pelecehan terhadap perempuan terjadi dimana mana seperti ditempat kerja, di masyarakat dan yang utama adalah kekerasan dalam rumah tangga. Kekerasan dalam rumah tangga dapat terjadi pada istri dan anak-anak dan merupakan masalah yang sulit diatasi, karena banyak orang menganggap bahwa perempuan dan anak-anak itu milik laki-laki, dan masalah kekerasan di Rumah Tangga adalah masalah pribadi yang tidak dapat dicampuri oleh orang lain.

Kekerasan terhadap perempuan dan anak telah berkembang menjadi perdagangan perempuan dan anak, dimana perempuan dan anak dijual dan dijadikan "pekerja seks" atau "budak belian dalam rumah tangga" yang harus kerja keras, disiksa dan dilecehkan. Dalam rangka menjamin dan melindungi hak perempuan dan anak terhadap tindak kekerasan dalam rumah tangga, telah ditetapkan Undang-undang No.23 tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga.

Masalah hak dan kesehatan reproduksi baru dibahas secara umum dalam Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (International Conference on Population and Development atau ICPD) di Cairo tahun 1994, dimana masalah Hak Reproduksi dan Kesehatan Reproduksi mendapat perhatian secara khusus. Dalam konferensi tersebut, pengelolaan masalah kependudukan dan pembangunan telah mengalami perubahan kearah pendekatan paradigma baru yaitu dari pendekatan pengendalian populasi dan penurunan fertilitas (Keluarga Berencana) menjadi pendekatan yang terfokus pada Hak Reproduksi dan Kesehatan Reproduksi perorangan. Dengan pendekatan baru tersebut, dimana manusia yang semula ditempatkan sebagai obyek, maka sejak pelaksanaan konferensi tersebut telah ditempatkan sebagai subyek yang harus dihargai hak-hak reproduksinya. Masalah Hak dan Kesehatan Reproduksi tidak terpisahkan dari hubungan laki-laki dan perempuan, dimana perempuan lebih rentan dalam menghadapi risiko kesehatan reproduksinya, seperti kehamilan, melahirkan, aborsi yang tidak aman dan pemakaian alat kontrasepsi. Dalam pelayanan kesehatan laki-laki dan perempuan cenderung diperlakukan secara berbeda.

Kesepakatan tersebut diperkuat dalam Konferensi Wanita yang ke IV di Beijing pada tahun 1995 yang menghasilkan Deklarasi dan Kerangka Aksi Beijing untuk melaksanakan 12 Bidang Kritis dalam meningkatkan persamaan hak dan mertabat kaum perempuan.

Untuk menanggulangi kekerasan terhadap perempuan, pada bulan Januari 1999 telah diselenggarakan semiloka penghapusan kekerasan terhadap perempuan (PKTP) yang hasilnya adalah komitmen bersama untuk mengadopsi “Zero Tolerance Policy” sebagai upaya menghapuskan kekerasan terhadap perempuan. Hal ini berarti pemerintah dari segala sektor, masyarakat, organisasi kemasyarakatan. LSM bersepakat harus meningkatkan kepeduliannya dan tindakannya untuk mengatasi PKTP. Bentuk kesepakatan ini diwujudkan dalam Rencana Aksi Nasional Penghapusan Kekerasan Terhadap Perempuan (RAN PKTP) yang merupakan sebuah program yang dihasilkan dari komitmen bersama.

Telah diketahui bahwa selama ini pendekatan pembangunan belum secara khusus mempertimbangkan manfaat pembangunan secara adil terhadap perempuan dan laki laki sehingga hal tersebut turut memberi kontribusi terhadap ketidak setaraan dan keadilan gender. Bentuk bentuk ketidak setaraan gender dan ketidakadilan gender dikenal sebagai kesenjangan gender (gender gap) dan pada gilirannya menimbulkan permasalahan gender (gender issues). Gender gap dan gender issue terwujud dalam keadaan kesenjangan dalam bidang pembangunan ditandai masih rendahnya peluang yang dimiliki perempuan untuk bekerja dan berusaha, rendahnya pendidikan perempuan, kurangnya akses pelayanan kesehatan terhadap perempuan, kekerasan terhadap perempuan dll, yang pada akhirnya sangat berpengaruh terhadap kesehatan reproduksi perempuan. rendahnya akses terhadap sumberdaya ekonomi seperti teknologi, informasi, pasar, kredit dan modal kerja. Meskipun penghasilan perempuan, pekerja memberikan kontribusi yang cukup signifikan terhadap penghasilan dan kesejahteraan keluarganya, akan tetapi perempuan tetap dianggap sebagai pencari nafkah tambahan dan pekerja keluarga. Selain itu perempuan tidak mempunyai kontrol terhadap penghasilan yang didapatnya sendiri. Kesemuanya ini berdampak pada masih rendahnya partisipasi, akses, kontrol dan manfaat yang dinikmati perempuan dalam pembangunan. Selain itu struktur hukum dan budaya dalam masyarakat masih kurang mendukung terwujudnya kesetaraan dan keadilan gender. Masih banyak peraturan perundang undangan yang bias gender dan netral gender sehingga pada pelaksanaannya menghambat partisipasi, akses, kontrol dan manfaat bagi perempuan

Sesuai dengan amanat GBHN 1999 – 2004 dan UU nomor 25 tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional (PROPENAS) 2000 –2004, dalam rangka mewujudkan kesetaraan dan keadilan gender perlu dikembangkan kebijakan nasional yang responsif gender. Salah satu strategi yang digunakan untuk mencapai tujuan tersebut adalah strategi pengarusutamaan gender dalam pembangunan. Hal ini dipertegas dengan diterbitkannya Inpres no 9 tahun 2000 tentang Pengarusutamaan Gender dalam Pembangunan Nasional yang menyatakan bahwa seluruh Departemen maupun Lembaga Pemerintah Non Departemen dan Pemerintah Provinsi dan

Kabupaten/Kota harus melakukan pengarusutamaan gender dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi dari seluruh kebijakan dan program pembangunan.

Diharapkan dengan menjalankan strategi pengarus-utamaan gender, akan mampu memperkecil kesenjangan tersebut; maka seluruh kebijakan program, proyek dan kegiatan pembangunan yang dikembangkan masa mendatang harus mengintegrasikan pengalaman, aspirasi, kebutuhan dan permasalahan perempuan dan laki laki kedalam proses perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi. Untuk mewujudkan pengarusutamaan gender dalam seluruh tingkat pemerintahan, telah dilaksanakan sosialisasi, pelatihan PUG disetiap Departemen dan Non Departemen, pemerintah Provinsi dan pemerintah Kabupaten /Kota.

## C. Permasalahan dan Harapan dalam Pelaksanaan Kesehatan Reproduksi

### 1. Permasalahan yang Dihadapi

Beberapa masalah yang dialami dalam pelaksanaan kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi sejak Lokakarya Nasional Kesehatan Reproduksi tahun 1996 adalah sebagai berikut:

#### a. Tingkat pengambil keputusan nasional

Kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi pada saat ini belum merupakan prioritas program pemerintah. Anggaran pembangunan untuk kesehatan di tingkat pusat, propinsi dan kabupaten masih belum bertambah. Hal ini sangat berpengaruh terhadap anggaran yang tersedia untuk program kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi sehingga program yang bisa dijalankan terbatas.

#### b. Tingkat koordinasi nasional

Koordinasi program antar sektor masih belum berjalan. Hal ini dicoba untuk diatasi dengan membentuk Komisi Kesehatan Reproduksi yang anggotanya terdiri dari wakil-wakil sektor terkait, perguruan tinggi dan LSM. Komisi ini memiliki sejumlah kendala

yang menyebabkan fungsi komisi tersebut kurang berjalan. Komisi ini dikukuhkan dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan yang menempatkan komisi di bawah koordinasi Departemen Kesehatan. Hal ini telah sedikit banyak membatasi kewenangan koordinasi antar sektor.

Selain masalah koordinasi, administrasi dan manajemen komisi dijalankan secara paruh waktu sehingga kurang dapat menunjang kebutuhan komisi untuk mencapai tujuannya. Keadaan ini turut memperlambat program kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi di Indonesia.

c. Tingkat pelaksanaan.

Oleh karena koordinasi di tingkat nasional belum berfungsi secara optimal, pelaksanaan program di tingkat pelayanan dasar kabupaten/kota juga belum terkoordinasi dengan baik. Selain itu, program dan kegiatan kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi dengan pendekatan komprehensif belum diketahui oleh para pelaksana di fasilitas pelayanan kesehatan dasar meskipun pelayanan konvensional yang dilaksanakan berbagai sektor sudah dijalankan oleh pelaksana lapangan.

d. Tingkat pencapaian indikator

Setiap sektor pemerintah yang terkait, LSM, organisasi profesi dan masyarakat memiliki indikator pencapaian program kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi mereka masing-masing. Jumlah indikator yang ingin ditangani cukup banyak dan tingkat pencapaiannya berbeda-beda. Keadaan ini kurang menguntungkan bagi pencapaian program kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi secara nasional.

2. Kondisi yang Diharapkan

Kondisi Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi yang diharapkan di masa datang dibagi dalam beberapa tingkat:

a. Tingkat nasional.

Sampai saat ini Rancangan Undang-Undang Kesehatan Reproduksi dan Hak-hak Reproduksi masih dalam proses

pengkajian oleh badan legislatif. Diharapkan dalam waktu yang tidak terlalu lama RUU tersebut dapat disahkan menjadi UU dan dikeluarkan Keputusan Presiden tentang kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi.

Demikian juga dengan anggaran kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi perlu ditingkatkan terutama melalui peningkatan anggaran sektor-sektor terkait. Dengan demikian setiap sektor dapat mengembangkan program kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi sebagai leading sector untuk komponen kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi yang menjadi tanggung jawabnya.

Selain itu, Komisi Kesehatan Reproduksi perlu ditempatkan pada tingkat pengambilan keputusan tertinggi sehingga dapat menjadi komisi yang disegani dan berfungsi dengan baik. Oleh karena itu, komisi diupayakan ditempatkan pada Menteri Koordinator Kesejahteraan Rakyat agar dapat mengatasi persoalan koordinasi di antara sektor. Administrasi dan manajemen komisi juga harus dijalankan secara lebih profesional .

b. Tingkat provinsi.

Desentralisasi ke kabupaten/kota pada saat ini belum berjalan seperti yang diharapkan. Untuk kebijakan dan program kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi di tingkat provinsi dan kabupaten/kota masih belum jelas, sehingga masih simpang siur siapa yang bertanggung jawab dan berapa besar anggaran yang disediakan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota untuk program kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi.

Oleh karena itu, DPRD tingkat provinsi dan kabupaten/kota diharapkan dapat menentukan kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi sebagai program prioritas di daerah dan dapat mengalokasikan dana yang proporsional untuk pelaksanaannya. Untuk mendukung hal itu, peraturan daerah yang menghambat program kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi dari berbagai sektor harus ditinjau kembali.

Agar kegiatan Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi komprehensif dapat berjalan dengan baik maka di tingkat provinsi dan kabupaten/kota perlu dibentuk Komisi Daerah Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi yang struktur dan kegiatannya secara realistis disesuaikan dengan sumber daya yang ada dan dapat disediakan.

c. Tingkat pelaksanaan

Program dan kegiatan Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi dengan pendekatan komprehensif belum diketahui oleh para pelaksana di fasilitas pelayanan kesehatan dasar meskipun pelayanan konvensional yang dilaksanakan berbagai sektor sudah dijalankan oleh pelaksana lapangan. Di masa depan, diharapkan fasilitas pelayanan dasar mampu melaksanakan pelayanan Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi yang komprehensif, terintegrasi dan terkoordinasi sehingga masyarakat dapat merasakan manfaatnya.

d. Pencapaian indikator

Jumlah indikator yang ingin ditangani oleh setiap sektor cukup banyak dan tingkat pencapaiannya berbeda-beda. Keadaan ini kurang menguntungkan bagi pencapaian program Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi secara nasional. Nilai indikator yang dapat digunakan oleh setiap sektor adalah dengan menggunakan “strong indicators” yang digunakan WHO ditambah dengan indikator lain yang sesuai dengan kebutuhan komponen.

Kondisi yang diharapkan adalah disepakatinya indikator minimal yang harus dicapai oleh program Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi nasional disesuaikan dengan Milenium Development Goals. Indikator tersebut adalah :

- (1) Maternal Mortality Ratio.
- (2) Child Mortality Rate.
- (3) Total Fertility Rate.
- (4) Prevalensi infeksi HIV pada umur 15 – 24 tahun menurun sebesar 20%
- (5) Setiap orang mampu melindungi dirinya dari penularan IMS dan HIV/AIDS

- (6) Penyediaan akses terhadap pelayanan Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi. untuk usia lanjut.
- (7) Gender Development Index (GDI)
- (8) Peningkatan peran serta masyarakat dalam penanganan kesehatan dan hak reproduksi
- (9) Human Development Indeks (HDI)
- (10) Gender Empowerment Measure (GEM)
- (11) Buta Huruf 15-45 tahun
- (12) Wajib Belajar 9 tahun

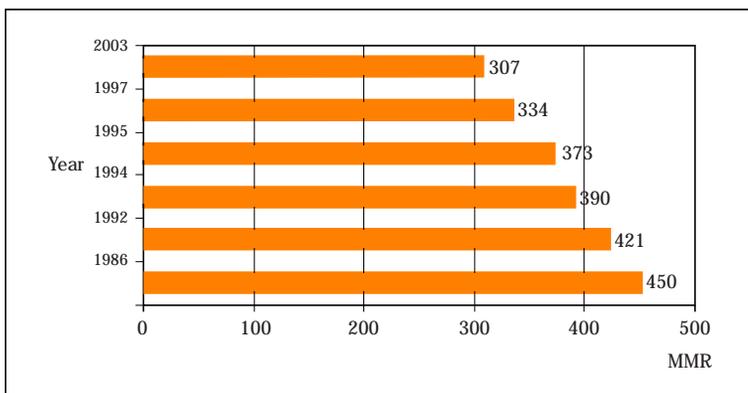
# Bab III | Analisis Situasi Kesehatan Reproduksi

Keadaan kesehatan reproduksi di Indonesia dewasa ini masih belum seperti yang diharapkan. Bila dibandingkan dengan keadaan di negara ASEAN lainnya, Indonesia masih tertinggal dalam banyak aspek kesehatan reproduksi. Di bawah ini keadaan dan masalah beberapa komponen kesehatan reproduksi yang dapat memberikan gambaran umum keadaan kesehatan reproduksi di Indonesia.

## A. Kesehatan Ibu dan Anak

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih sangat tinggi bila dibandingkan dengan negara-negara ASEAN lainnya. Pada tahun 1994 (SDKI) AKI di Indonesia adalah 390 per 100.000 kelahiran hidup. Penurunan AKI tersebut sangat lambat, yaitu menjadi 334 per 100.000 pada tahun 1997 (SDKI) dan 307 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI 2002-2003), sementara pada tahun 2010 ditargetkan menjadi 125 per 100.000 kelahiran hidup.

Angka Kematian Ibu di Indonesia 1986 – 2003



Besarnya AKI menggambarkan masih rendahnya tingkat kesadaran perilaku hidup bersih dan sehat, status gizi dan status kesehatan ibu,

cakupan dan kualitas pelayanan untuk ibu hamil, ibu melahirkan, dan ibu nifas, serta kondisi kesehatan lingkungan.

Penyebab kematian maternal dapat dikategorikan sebagai berikut :

### 1. Penyebab langsung

Penyebab langsung kematian ibu terjadi pada umumnya sekitar persalinan dan 90 % terjadi oleh karena komplikasi. Penyebab langsung kematian ibu menurut SKRT 2001 adalah : perdarahan (28%), eklamsia (24%), infeksi (11%), komplikasi puerperium (11%), abortus (5%), trauma obstetrik (5%), emboli obstetrik (5%), partus lama/macet (5%) serta lainnya (11%).

### 2. Penyebab tidak langsung

Penyebab tidak langsung kematian maternal adalah rendahnya status gizi, rendahnya status kesehatan serta adanya faktor risiko kehamilan pada ibu. SKRT 2001 menunjukkan bahwa 34% ibu hamil mengalami kurang energi kronis (KEK), sedangkan 40% menderita anemia gizi besi (AGB). SDKI 2002-2003 menunjukkan bahwa 22,4% ibu masih dalam keadaan “4 terlalu” yaitu 4,1% kehamilan terjadi pada ibu berumur kurang dari 18 tahun (terlalu muda), 3,8% terjadi pada ibu berumur lebih dari 34 tahun (terlalu tua), 5,2% persalinan terjadi dalam interval waktu kurang dari 2 tahun (terlalu sering) dan 9,3% ibu hamil mempunyai paritas lebih dari 3 (terlalu banyak).

Penyebab mendasar kematian maternal dipengaruhi oleh kondisi geografis, penyebaran penduduk, kondisi sosial ekonomi, budaya, kondisi bias gender dalam masyarakat dan keluarga dan tingkat pendidikan masyarakat pada umumnya. Hasil Audit Maternal Perinatal (AMP) menunjukkan bahwa kematian maternal lebih banyak terjadi pada ibu dengan karakteristik pendidikan di bawah Sekolah Lanjutan Pertama (SLP), kemampuan membayar biaya pelayanan persalinan rendah, terlambat memeriksakan kehamilannya, serta melakukan persalinan di rumah. Keadaan ini menyebabkan keterlambatan-keterlambatan sebagai berikut:

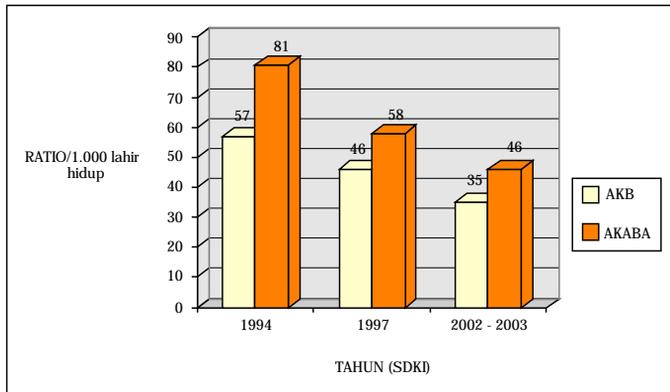
- a. Terlambat mengenali tanda bahaya dan mengambil keputusan untuk segera mencari pertolongan.
- b. Terlambat mencapai fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu memberikan pertolongan persalinan.
- c. Terlambat memperoleh pertolongan yang memadai di fasilitas pelayanan kesehatan.

Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia sebesar 35 per 1000 kelahiran hidup (SDKI, 2002-2003) masih di atas negara-negara seperti Malaysia (10), Thailand (20), Vietnam(18), Brunei (8) dan Singapura (3). Walaupun demikian AKB tersebut sudah menurun sebesar 41% selama 15 tahun ini yaitu dari 59 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 1989-1992, menjadi 35 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 1998-2002 (SDKI). Sekitar 40% kematian bayi tersebut terjadi pada bulan pertama kehidupannya. Penyebab kematian pada masa perinatal/neonatal pada umumnya berkaitan dengan kesehatan ibu selama hamil, kesehatan janin selama di dalam kandungan dan proses pertolongan persalinan yang diterima ibu/bayi, yaitu asfiksia, hipotermia karena prematuritas/ BBLR, trauma persalinan dan tetanus neonatorum.

Proporsi kematian bayi di Indonesia menurut SKRT 2001, kematian antara 0-7 hari (32%), 8-28 hari (8%) dan 28 hari-11 bulan (60%), sedangkan penyebab kematian neonatal di Indonesia adalah : BBLR (29%), asfiksia (27%), tetanus (10%), masalah pemberian minum (10%), infeksi (5%), gangguan hematologik (6%), dan lain-lain (13%).

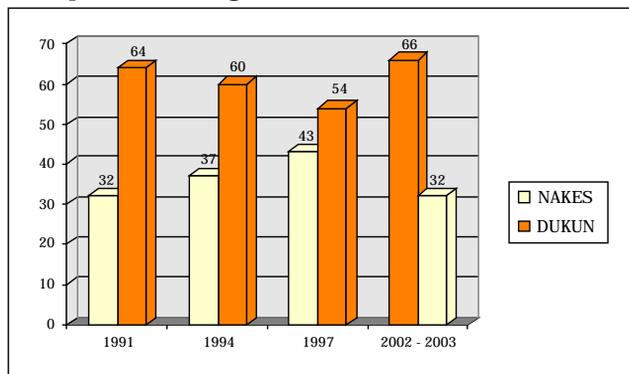
Penyebab kematian bayi terbanyak di Indonesia menurut SKRT tahun 2001 adalah karena gangguan perinatal (36%), gangguan pada saluran nafas (28%), diare (9%), gangguan saluran cerna (4%), penyakit syaraf (3%), tetanus (3%) dan gangguan lainnya (17%). Sedangkan penyebab kematian balita menurut SKRT 2001 adalah sebagai berikut : gangguan saluran nafas (23%), diare (13%), penyakit syaraf (12%), tifus (11%), gangguan saluran cerna (6%) serta gangguan lainnya (35%).

## Angka Kematian Bayi dan Angka Kematian Balita Tahun 1994 - 2003 (SDKI)



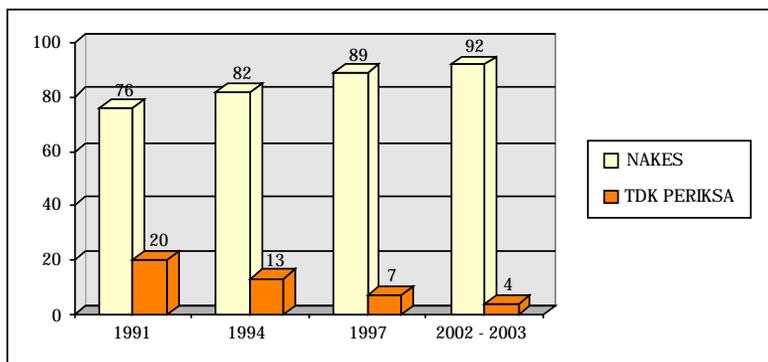
Dalam rangka mempercepat penurunan AKI dan AKB, sejak tahun 1989/1990 dimulai Program Pendidikan Bidan bagi para lulusan Sekolah Pendidikan Keperawatan (SPK) selama 1 tahun untuk menjadi bidan yang kemudian ditempatkan di desa. Sejak itu sampai tahun 1996 telah dihasilkan lebih dari 54.000 bidan, sehingga hampir semua desa di Indonesia mempunyai bidan. Bidan di desa yang semula direkrut sebagai pegawai negeri ini sejak tahun 1994 dipekerjakan berdasarkan kontrak selama 3 tahun, yang dapat diperpanjang selama 3 tahun lagi (2X masa kontrak), dan berdasarkan Kepmenkes No. 1212 tahun 2002, bahkan dapat dikontrak seumur hidup.

## Cakupan Pertolongan Persalinan 1991-2003 (SDKI)



Keberadaan bidan di desa tampaknya memberikan kontribusi nyata terhadap peningkatan cakupan pelayanan kebidanan dasar. Misalnya, cakupan akses pelayanan antenatal (K1) meningkat dari 74% pada tahun 1993 menjadi 89% pada tahun 1997 dan meningkat lagi menjadi 91,5% pada tahun 2002-2003 (SDKI). Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan meningkat dari 39,6% pada tahun 1993 menjadi 59,8% pada tahun 1997 dan 66,3% pada tahun 2002-2003 (SDKI), walaupun lebih dari 59% masih berlangsung di rumah.

#### Pemeriksaan Kehamilan 1991-2003 (SDKI)



## B. Keluarga Berencana

Angka Kesuburan Total (Total Fertility Rate/TFR) menurun pada kurun waktu 1967-1970 adalah 5,6. Angka kesuburan total ini dalam waktu dua puluh lima tahun telah turun menjadi hampir setengahnya, yaitu 2,8 pada periode 1995-1997 (SDKI, 1997). Berdasarkan SDKI 2002-2003, TFR saat ini sebesar 2,6 per perempuan. Data SDKI ini menunjukkan penurunan tingkat fertilitas.

Cakupan pelayanan KB (Contraceptive Prevalence Rate, CPR) pada tahun 1987 adalah 48%, yang meningkat menjadi 57% pada tahun 1997 dan 60,3% pada tahun 2002. Partisipasi pria baik dalam ber-KB maupun dalam pemeliharaan kesehatan ibu dan anak termasuk pencegahan kematian maternal hingga saat ini masih rendah. Indikatornya antara lain masih sangat rendahnya kesertaan KB pria, yaitu hanya lebih kurang 4,4 %. Secara rinci angka ini meliputi penggunaan kondom 0,9%, vasektomi 0,4%, sanggama terputus 1,5% dan pantang berkala 1,6% (SDKI 2002-2003).

Sampai saat ini keadaan pencapaian peserta KB pria 1,74%, masih jauh jika dibandingkan dengan harapan pencapaian sebesar 5,34% untuk tahun 2003 dan sekitar 8% tahun 2004 (PROPENAS). Masih rendahnya kesertaan KB pria, selain disebabkan karena terbatasnya jenis kontrasepsi yang tersedia, juga dipengaruhi beberapa hal. Sosialisasi kondom sebagai alat pencegah IMS, HIV/AIDS lebih gencar daripada sosialisasi kondom sebagai kontrasepsi. Di lain pihak kampanye kondom untuk double protection masih perlu ditingkatkan.

Gambaran persentase pemakai kontrasepsi ada 8 (delapan) provinsi terjadi penurunan dari tahun 1997-2002/2003, yaitu:

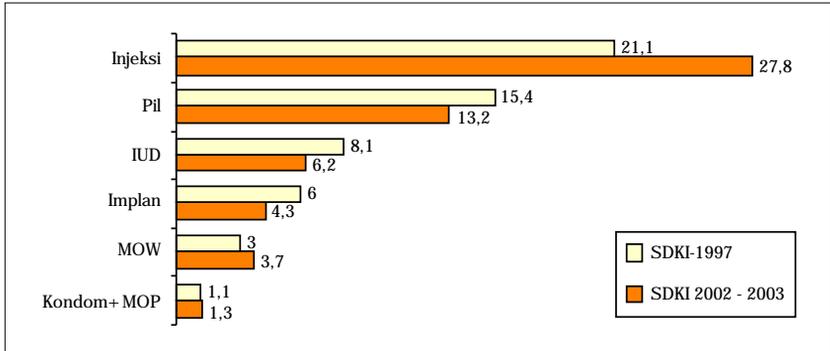
No	Provinsi	% Pemakai Kontrasepsi		% Pemakai Kontrasepsi Modern	
		1997	2002-2003	1997	2002
1.	Jambi	61,8	59,0	60,3	57,9
2.	Lampung	66,5	61,4	64,7	58,9
3.	D I Y	72,9	75,6	63,7	63,2
4.	N T B	56,5	53,5	54,3	52,5
5.	N T T	39,3	34,8	35,2	27,5
6.	Kalimantan Selatan	60,2	57,6	58,5	56,2
7.	Sulawesi Tengah	51,7	54,6	50,2	49,8
8.	Sulawesi Tenggara	53,1	48,6	46,7	40,9

Sedangkan persentase pemakai kontrasepsi terdapat 3 (tiga) provinsi konsisten turun sejak tahun 1994 – 2002/2003, dapat ditunjukkan sbb.:

No	Provinsi	% Pemakai Kontrasepsi			% Pemakai Kontrasepsi Modern		
		1994	1997	2002-03	1994	1997	2002-03
1.	Bali	68,4	68,1	61,2	66,5	66,2	58,5
2.	Kalimantan Timur	60,5	59,3	56,2	54,7	54,5	52,3
3.	Sulawesi Utara	72,2	71,2	70,1	69,1	63,5	66,4

Dalam SDKI 2002-2003 ternyata bahwa 6 dari 10 perempuan kawin umur 15-19 tahun di Indonesia memakai kontrasepsi, di mana hampir seluruhnya memakai kontrasepsi modern (57%) sementara 3,6% memakai kontrasepsi tradisional. Kontrasepsi yang paling populer adalah suntik (28%), pil (13%) dan IUD (6%).

## Trend Cara Kontrasepsi Apa yang Populer digunakan di Indonesia



Proporsi drop-out peserta KB (discontinuation rate) menurut SDKI 1997 adalah 24%. Alasan penghentian antara lain adalah 10% karena efek samping/alasan kesehatan, 6% karena ingin hamil dan 3% karena kegagalan. Pada tahun 2003 (SDKI), angka putus pemakaian turun menjadi 20,7% dengan alasan kegagalan 2,1%, ingin hamil 4,8%, ganti cara lain 9% dan alasan lain 4,8%.

Unmet need menurut SDKI tahun 1997 adalah 9,2% dan menurun menurut SDKI 2002 turun menjadi 8,6%.

Dari segi pemenuhan terhadap kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan KB, tingkat unmet need masih cukup tinggi. Menurut hasil SDKI 1997 tercatat sebanyak 9,7%, sedangkan berdasarkan hasil pencapaian program tahun 2001 tercatat sebanyak 14,6% yang kebutuhan KB nya tidak terpenuhi. Keadaan ini menunjukkan bahwa upaya menurunkan tingkat unmet need memerlukan upaya yang jauh lebih besar lagi. Harapan tahun 2001 turun menjadi 8 % dan tahun 2004 turun menjadi 6,5%.

Namun, seperti dikemukakan di atas, sekitar 65% ibu hamil mempunyai satu atau lebih keadaan "4 terlalu" (terlalu muda, tua, sering dan banyak). Menurut SDKI 2002-2003 keadaan "4 terlalu" didapatkan pada 22,4% dari seluruh persalinan. Hal ini menunjukkan bahwa masih jauh lebih banyak terjadi kehamilan walaupun angka unmet need hanya 8,6% yang juga sekaligus menunjukkan bahwa kesadaran ber-KB pada pasangan yang paling membutuhkan pelayanan KB (karena umur isteri terlalu muda/tua, masih mempunyai anak kurang dari 2 tahun, atau mempunyai anak lebih dari 3) belum mantap.

Menurut perundangan yang berlaku saat ini, tindakan aborsi di luar tindakan medis adalah illegal. Diperkirakan aborsi terkomplikasi yang menjadi penyebab kematian ibu adalah sebesar 15%. Masih tingginya angka kejadian aborsi merupakan refleksi banyaknya kasus kehamilan yang tidak dikehendaki. Berdasarkan hasil survei tentang kejadian aborsi di 10 kota besar dan 6 kabupaten tahun 2000 ditemukan bahwa alasan melakukan aborsi untuk klien di kota karena cukup jumlah anak (43,7%) disusul karena belum siap menikah (24,3%). Sedangkan di kabupaten persentase tertinggi alasan aborsi adalah karena masih sekolah (46,5%), disusul dengan jumlah anak yang sudah cukup.

## C. Pencegahan Infeksi Menular Seksual, termasuk HIV/AIDS

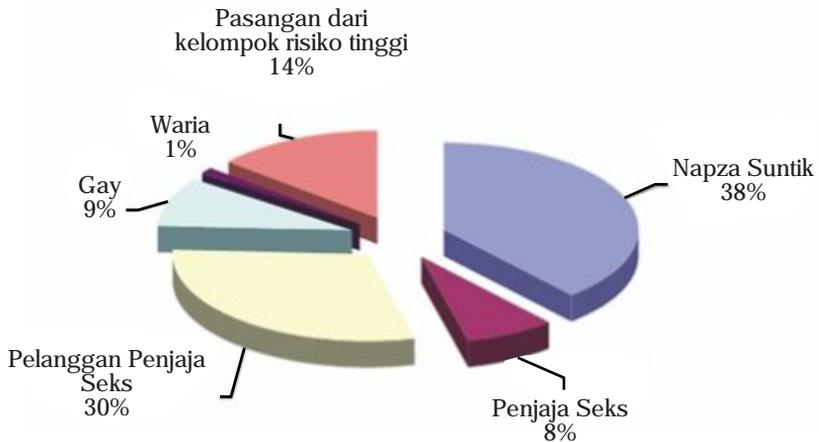
Dari berbagai penelitian terbatas diketahui angka prevalensi ISR di Indonesia cukup tinggi, misalnya penelitian pada 312 perempuan klien KB di Jakarta Utara (1997): angka prevalensi ISR 24,7%, dengan infeksi klamidia yang tertinggi, yaitu 10,3%, kemudian trikhomonas 5,4%, dan gonore 0,3%.

Penelitian lain di Surabaya pada 599 perempuan hamil didapatkan infeksi virus herpes simpleks sebesar 9,9%, klamidia 8,2%, trikhomonas 4,8%, gonore 0,8% dan sifilis 0,7%. Suatu survei di 3 puskesmas di Surabaya (1999) pada 194 perempuan pengunjung KIA/KB diperoleh proporsi tertinggi infeksi trikhomonas 6,2%, kemudian sifilis 4,6%, dan klamidia 3,6%.

Berdasarkan hasil base-line survey yang dilakukan oleh Lembaga Demografi Universitas Indonesia (LDUI) di 4 (empat) provinsi (Jatim, Jateng, Jabar dan Lampung) pada tahun 1999, menunjukkan bahwa: a) hanya 42% remaja yang mengetahui tentang HIV/AIDS; b) hanya 24% remaja mengetahui tentang IMS; c) hanya 55% mengetahui tentang proses kehamilan; d) 53% remaja tidak mengetahui bahwa sekali saja berhubungan dapat mengakibatkan kehamilan; e) 45% remaja beranggapan bahwa HIV/AIDS bisa disembuhkan; dan f) 42% beranggapan orang yang nampak sehat tidak mungkin mengidap HIV/AIDS.

SDKI 2002-2003 menunjukkan bahwa 59% responden perempuan pernah kawin dan 73% responden pria pernah kawin, pernah mendengar tentang AIDS. Presentase perempuan pernah kawin yang pernah mendengar tentang AIDS meningkat 8 persen dibandingkan SDKI 1997.

### Perkiraan Kelompok rawan yang tertular HIV sampai tahun 2002



#### Risiko penularan:

1. Perilaku seks berisiko tidak hanya terbatas pada kelompok perempuan penjaja seks dan pelanggannya saja.
2. Perilaku Pengguna Napza suntik yang menggunakan jarum suntik tidak steril.
3. Tingkat penularan yang tinggi terjadi pada kelompok waria penjaja seks.
4. Terjadi peningkatan penularan HIV hampir 4 kali di tahun 2002 dibandingkan tahun 1997.
5. Data kumulatif sampai dengan Juni 2005, infeksi HIV 3.740 dan kasus AIDS 3.358.

#### Perkiraan penularan HIV/AIDS di Indonesia:

1. Ada 90 ribu-130 ribu orang dengan HIV di Indonesia (prakiraan tahun 2002).
2. Pada tahun mendatang kemungkinan akan bertambah cepat, terutama penularan pada penggunaan napza suntik.
3. Penularan terus meningkat melalui jalur seksual berisiko.

## D. Kesehatan Reproduksi Remaja

Survei Depkes tahun 1995/1996 pada remaja 13-19 tahun di Jawa Barat dan Bali didapatkan angka 7% dan 5% kehamilan pada remaja.

Data tentang kehamilan tidak dikehendaki (KTD) dari beberapa sumber adalah: 61% pada usia 15-19 tahun (N= 1310, SDKI oleh Pradono 1997), diantaranya sebesar 12,2% (N= 98 orang) melakukan pengguguran di mana 7,2% ditolong oleh dokter dan bidan, 10,2% oleh dukun dan 70,4% tanpa pertolongan.

Berdasarkan hasil base-line survey yang dilakukan oleh LDUI di 4 (empat) provinsi (Jatim, Jateng, Jabar dan Lampung) pada tahun 1999, menunjukkan bahwa:

1. hanya 42% remaja mengatakan HIV tidak ditularkan oleh orang yang tampak sehat;
2. hanya 24% remaja mengetahui tentang IMS;
3. hanya 55% mengetahui tentang proses kehamilan;
4. 53% remaja tidak mengetahui bahwa sekali saja berhubungan dapat mengakibatkan kehamilan;
5. 46% remaja beranggapan bahwa HIV/AIDS bisa disembuhkan; dan
6. 26% remaja mengatakan kondom tidak dapat mencegah HIV/AIDS.
7. 57,1% remaja puteri mengidap anemia (SKRT 1995)
8. 23% remaja kekurangan energi kalori (survai Bali, Jabar, 1995)
9. 74% kebiasaan makan tidak teratur (Survai SMU Surabaya, 1998)
10. 61% kehamilan yang tidak diinginkan pada remaja usia 15-19 tahun dengan melakukan solusi 12% dari mereka melakukan aborsi yang dilakukan di:
  - a. dilakukan sendiri 70%
  - b. dilakukan dukun 10%
  - c. tenaga medis 7%
11. hanya 45,1% remaja mempunyai pengetahuan yang baik tentang organ reproduksi, pubertas, menstruasi dan kebersihan diri (FKMUI, 2001)
12. hanya 16% remaja yang mengetahui tentang masa subur (SDKI 1997)

Masalah reproduksi remaja selain berdampak secara fisik, juga dapat berpengaruh terhadap kesehatan mental dan emosi, keadaan ekonomi

dan kesejahteraan sosial dalam jangka panjang. Dampak jangka panjang tersebut tidak hanya berpengaruh terhadap remaja itu sendiri, tetapi juga terhadap keluarga, masyarakat dan bangsa pada akhirnya. Permasalahan kesehatan reproduksi pada remaja dapat dikelompokkan sebagai berikut:

1. perilaku berisiko
2. kurangnya akses pelayanan kesehatan
3. kurangnya informasi yang benar dan dapat dipertanggungjawabkan
4. banyaknya akses pada informasi yang salah tanpa tapisan
5. masalah IMS termasuk infeksi HIV/AIDS,
6. tindak kekerasan seksual, seperti pemerkosaan, pelecehan seksual dan transaksi seks komersial,
7. kehamilan dan persalinan usia muda yang berisiko kematian ibu dan bayi, dan
8. kehamilan yang tak dikehendaki, yang seringkali menjurus kepada aborsi yang tidak aman dan komplikasinya. Menurut Biran (1980) kehamilan remaja kurang dari 20 tahun berisiko kematian ibu dan bayi 2-4 kali lebih tinggi dibanding ibu berusia 20-35 tahun.

Penyebab mendasar dari keadaan tersebut adalah :

1. rendahnya pendidikan remaja
2. kurangnya keterampilan petugas kesehatan
3. kurangnya kesadaran semua pihak akan pentingnya penanganan kesehatan remaja

## E. Kesehatan Reproduksi Usia Lanjut

Menurut hasil Sensus Penduduk tahun 2000, jumlah perempuan yang berusia 50 tahun dan memasuki usia menopause sebanyak 15,5 juta orang sedangkan laki-laki yang berusia di atas 55 tahun dan diperkirakan telah memasuki usia andropause adalah sebesar 14,2 juta orang. Diperkirakan pada tahun 2002 menurut perhitungan statistik jumlah perempuan yang hidup dalam usia menopause adalah 30,3 juta dan jumlah laki-laki di usia andropause akan mencapai 24,7 juta orang.

Masalah kesehatan reproduksi pada usia menopause adalah terjadi penurunan atau hilangnya estrogen yang akan menyebabkan perempuan mengalami banyak keluhan dan gangguan yang seringkali dapat mengganggu aktivitas sehari-hari bahkan menurunkan kualitas hidupnya.

Gangguan kesehatan yang akan timbul pada masa menopause antara lain nyeri tulang dan sendi, nyeri waktu sanggama, meningkatnya insiden penyakit jantung koroner, insiden keganasan, demencia tipe Alzheimer, dan banyak lagi gangguan kesehatan lainnya sebagai akibat kurangnya perhatian terhadap kesehatan reproduksi yang dapat mengganggu produktivitas lanjut usia.

Pada laki-laki gangguan kesehatan yang terjadi pada masa andropause yang berkaitan dengan penurunan fungsi hormon androgen dan testosteron adalah impotensi, keluhan tulang dan sendi, pembesaran kelenjar ataupun kanker kelenjar prostat.

Keterbatasan data yang ada pada kesehatan usia lanjut bukan berarti bahwa kesehatan reproduksi usia lanjut tidak bermasalah.

## F. Gender dan Kekerasan terhadap Perempuan

Bias gender dalam keluarga dan diskriminasi terhadap perempuan masih tinggi, sehingga perempuan belum memperoleh hak untuk mencapai derajat kesehatan tertinggi yang mungkin dicapainya. Keadaan ini sangat merugikan kesehatan perempuan, seperti gangguan pertumbuhan, gangguan terhadap janin yang dikandungnya (bila sedang hamil). Dengan adanya sifat kodrati yang khas pada perempuan yaitu hamil, melahirkan, haid dan menyusui yang tidak dimiliki oleh kaum laki-laki, menyebabkan derajat kesehatan reproduksi masyarakat sangat ditentukan oleh keadaan kesehatan perempuan. Oleh karena itu perempuan merupakan kelompok rawan dalam kesehatan reproduksi sehingga perlu mendapat perhatian khusus. Nilai-nilai sosial budaya juga memorduakan anak perempuan misalnya, di dalam memperoleh asupan gizi dan kesempatan mengenyam pendidikan karena yang dinomorsatukan adalah anak laki-laki.

Perempuan seringkali terpaksa menikah pada usia muda karena tekanan ekonomi atau orangtua yang mendorongnya untuk cepat menikah, agar terlepas dari beban ekonomi.

Kurangnya hak perempuan dalam pengambilan keputusan terutama untuk kepentingan kesehatan dirinya misalnya dalam ber-KB, menentukan kapan akan hamil, memilih bidan sebagai penolong persalinan atau

mendapat pertolongan segera di rumah sakit ketika diperlukan, di samping kurangnya kesempatan untuk mendapatkan penghasilan bagi keluarga.

Anak perempuan masih belum diprioritaskan untuk sekolah, sehingga tingkat pendidikan perempuan secara rata-rata masih jauh lebih rendah daripada laki-laki. Hal ini mengakibatkan sulitnya memberikan informasi tentang kesehatan reproduksi dan tentang kesehatan secara umum. Apabila pendidikan perempuan cukup tinggi, maka perempuan dapat meningkatkan rasa percaya diri, wawasan, dan kemampuan untuk mengambil keputusan yang baik bagi diri dan keluarga, termasuk yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi.

Masalah kesehatan yang berkaitan dengan pemberian ASI dapat diungkapkan sebagai berikut: Target Nasional pemberian ASI eksklusif pada tahun 2000 adalah 80%. Namun kenyataannya situasi pemberian ASI di Indonesia masih kurang menggembirakan, masih banyak ibu-ibu di Indonesia yang belum memberikan ASI secara benar. Berdasarkan SDKI tahun 1994 hanya 47% ibu-ibu yang dapat memberikan ASI saja, tetapi itupun hanya selama 1,7 bulan. Pada penelitian lain di DKI Jakarta, Ibu yang memberikan ASI secara eksklusif selama 4 bulan hanya sekitar 5-10% saja. Sedang untuk pemberian ASI eksklusif 6 bulan belum ada penelitian dan datanya.

Data tentang tindak kekerasan terhadap perempuan, khususnya di dalam rumah tangga masih belum banyak diketahui, namun demikian ada indikasi hal tersebut merupakan fenomena gunung es karena berbagai kasus tersebut cukup sering terjadi walaupun jarang mengemuka. Data yang berasal dari Kalyanamitra periode 1997-1999 menunjukkan bahwa selama tahun 1997 telah terjadi 299 perkosaan, 46 pelecehan seksual dan 42 kasus tindak kekerasan dalam rumah tangga. Angka tersebut meningkat cukup signifikan di tahun 1998 dan 1999 dengan jumlah kasus secara keseluruhan adalah 673 kasus perkosaan, 96 pelecehan seksual dan 66 tindak kekerasan dalam rumah tangga. Kekerasan tersebut dilakukan tidak saja oleh pasangan hidup, namun juga oleh anggota keluarga lainnya, tanpa dapat dibendung oleh perempuan itu sendiri. Bentuk-bentuk tindak kekerasan tidak saja secara fisik, namun juga dapat berupa non-fisik seperti pelecehan, penghinaan, makian dan penghardikan. Bentuk tindak kekerasan lainnya adalah

perdagangan perempuan dan anak yang merupakan bentuk eksploitasi perempuan dalam aspek ekonomi misalnya perempuan dan anak dijadikan pengemis, pembantu rumah tangga, maupun pekerja tanpa upah. Sementara eksploitasi perempuan dan anak dalam aspek komersial dilakukan dalam bentuk perempuan dan anak yang dilacurkan, menjadi pelacur, menjadi bintang film porno/foto porno, sampai kepada mail-ordered-bride (dikawinkan dengan orang yang tidak kenal dari luar negeri). Bentuk-bentuk eksploitasi perempuan dan anak dalam aktivitas ekonomi yang marak akhir-akhir ini adalah dijadikannya perempuan sebagai penjual obat NAPZA, diperdagangkan (trafficking) dan penjualan organ tubuh (bagi anak).

Kekerasan terhadap perempuan juga merupakan masalah serius dalam bidang kesehatan karena melemahkan energi perempuan, mengikis kesehatan fisik dan harga diri perempuan. Di samping menyebabkan luka-luka, kekerasan juga memperbesar risiko jangka panjang, cacat fisik, penyalahgunaan obat dan alkohol serta depresi. Perempuan dengan riwayat penganiayaan fisik dan seksual juga meningkat risikonya untuk mengalami kehamilan yang tidak diinginkan, penyakit menular seksual dan hasil kehamilan yang kurang baik. Rendahnya kualitas hidup perempuan di bidang pendidikan, kesehatan, dan ekonomi dapat mengakibatkan rentannya perempuan terhadap tindak kekerasan.

Dalam rangka mencapai tujuan kesehatan reproduksi perlu disusun kebijakan dan strategi umum yang dapat memayungi pelaksanaan upaya seluruh komponen kesehatan reproduksi di Indonesia. Upaya penanganan kesehatan reproduksi harus dilaksanakan dengan memperhatikan nilai-nilai agama dan budaya/norma kemasyarakatan dan kegiatannya diarahkan untuk peningkatan kualitas hidup manusia.

### A. Kebijakan Umum

1. Menempatkan upaya kesehatan reproduksi menjadi salah satu prioritas Pembangunan Nasional.
2. Melaksanakan percepatan upaya kesehatan reproduksi dan pemenuhan hak reproduksi ke seluruh Indonesia.
3. Melaksanakan upaya kesehatan reproduksi secara holistik dan terpadu melalui pendekatan siklus hidup.
4. Menggunakan pendekatan keadilan dan kesetaraan gender di semua upaya kesehatan reproduksi.
5. Menyediakan pelayanan kesehatan reproduksi berkualitas bagi keluarga miskin.

### B. Strategi Umum

1. Menempatkan dan memfungsikan Komisi Kesehatan Reproduksi (KKR) pada tingkat Menteri Koordinator serta membentuk KKR di provinsi dan kabupaten/kota.
2. Mengupayakan terbitnya peraturan perundangan di bidang kesehatan reproduksi.
3. Meningkatkan advokasi, sosialisasi dan komitmen politis di semua tingkat.
4. Mengupayakan kecukupan anggaran/dana pelaksanaan kesehatan reproduksi.
5. Masing-masing penanggungjawab komponen mengembangkan upaya kesehatan reproduksi sesuai ruang lingkupnya dengan menjalin kemitraan dengan sektor terkait, organisasi profesi dan LSM.

6. Masing-masing komponen membuat rencana aksi mengacu pada kebijakan yang telah ditetapkan.
7. Mengembangkan upaya kesehatan reproduksi yang sesuai dengan masalah spesifik daerah dan kebutuhan setempat, dengan memanfaatkan proses desentralisasi.
8. Memobilisasi sumber daya nasional dan internasional baik pemerintah dan non pemerintah.
9. Menyediakan pembiayaan pelayanan KR melalui skema Jaminan Sosial Nasional.
10. Melakukan penelitian untuk pengembangan upaya KR.
11. Menerapkan Pengarus-utamaan Gender dalam bidang KR.
12. Melaksanakan pemantauan dan evaluasi untuk kemajuan upaya KR.

## C. Kebijakan dan Strategi Komponen

- 1.a. Kebijakan Kesehatan Ibu dan Anak
  - (1) Setiap ibu menjalani kehamilan dan persalinan dengan sehat dan selamat serta bayi lahir sehat.
  - (2) Setiap anak hidup sehat, tumbuh dan berkembang secara optimal.
  
- 1.b. Strategi Kesehatan Ibu dan Anak
  - (1) Pemberdayaan perempuan, suami dan keluarga.
    - (a) Peningkatan pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan, persalinan, nifas, bayi dan balita (health seeking care).
    - (b) Penggunaan buku KIA
    - (c) Konsep SIAGA (Siap, Antar, Jaga)
    - (d) Penyediaan dana, transportasi, donor darah untuk keadaan darurat
    - (e) Peningkatan penggunaan ASI eksklusif
  - (2) Pemberdayaan Masyarakat
    12. Pemantapan GSI
    13. Penyelenggaraan Polindes, Posyandu, Tempat Penitipan Anak (TPA)
  - (3) Kerjasama lintas sektor, mitra lain termasuk pemerintah daerah dan lembaga legislatif.
    - (a) Advokasi dan sosialisasi ke semua stakeholders.
    - (b) Mendorong adanya komitmen, dukungan, peraturan, dan kontribusi pembiayaan dari berbagai pihak terkait.

- (c) Peningkatan keterlibatan LSM, organisasi profesi, swasta dan sebagainya
- (4) Peningkatan cakupan dan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak secara terpadu dengan komponen KR lain.
  - (a) Pelayanan antenatal.
  - (b) Pertolongan persalinan, pelayanan nifas dan neonatal esensial.
  - (c) Penanganan kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal
  - (d) Pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi pascakeguguran.
  - (e) Manajemen Terpadu Bayi Muda dan Balita Sakit.
  - (f) Pembinaan tumbuh kembang anak.
  - (g) Peningkatan keterampilan tenaga kesehatan dan pemenuhan kelengkapan sarannya.
  - (h) Mengoptimalkan pemanfaatan fasilitas pelayanan.

#### 2.a. Kebijakan Keluarga Berencana.

- (1) Memaksimalkan akses dan kualitas pelayanan KB.
- (2) Mengintegrasikan pelayanan Keluarga Berencana dengan pelayanan lain dalam komponen kesehatan reproduksi
- (3) Jaminan pelayanan KB bagi orang miskin.
- (4) Terlaksananya mekanisme operasional pelayanan.
- (5) Meningkatkan peran serta LSOM, swasta dan organisasi profesi.
- (6) Tersedianya informasi tentang program KB bagi remaja.
- (7) Terjadinya pemanfaatan data untuk pelayanan.

#### 2.b. Strategi Keluarga Berencana

- (1) Prinsip integrasi artinya dalam pelaksanaannya tidak hanya bernuansa demografis tapi juga mengarah pada upaya meningkatkan kesehatan reproduksi yang dalam pelaksanaannya harus memperhatikan hak-hak reproduksi serta kesetaraan dan keadilan gender.
- (2) Prinsip Desentralisasi, kebijakan pelayanan program keluarga berencana perlu menyesuaikan dengan perubahan lingkungan institusi daerah sesuai dengan UU No. 22 tahun 1999 dan PP No. 25 tahun 2000.
- (3) Prinsip pemberdayaan, dengan ditingkatkannya kualitas kepemimpinan dan kapasitas pengelola dan pelaksana program nasional KB dengan memberdayakan institusi masyarakat, keluarga dan individu dalam rangka meningkatkan kemandirian.

- (4) Prinsip kemitraan, meliputi koordinasi dalam rangka kemitraan yang tulus dan setara serta meningkatkan partisipasi aktif masyarakat dan kerjasama internasional.
- (5) Prinsip segmentasi sasaran, meliputi keberpihakan pada keluarga rentan, perhatian khusus pada segmen tertentu berdasarkan ciri-ciri demografis, sosial, budaya dan ekonomi dan keseimbangan dalam memfokuskan partisipasi dan pelayanan menurut gender.

### 3.a. Kebijakan Pencegahan dan Penanggulangan IMS termasuk HIV/AIDS

- (1) Penanggulangan dilaksanakan dengan memutuskan mata rantai penularan yang terjadi melalui hubungan seks yang tidak terlindungi, penggunaan jarum suntik tidak steril pada pengguna Napza suntik, penularan dari ibu yang hamil dengan HIV (+) ke anak/ bayi.
- (2) Kerjasama lintas sektoral dengan melibatkan organisasi profesi, masyarakat bisnis, LSM, organisasi berbasis masyarakat, pemuka agama, keluarga dan para Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA).
- (3) Setiap orang mempunyai hak untuk memperoleh informasi yang benar tentang HIV/AIDS.
- (4) Setiap ODHA dilindungi kerahasiaannya.
- (5) Kesetaraan gender dalam pelaksanaan penanggulangan HIV/AIDS.
- (6) Adanya hak memperoleh pelayanan pengobatan perawatan dan dukungan tanpa diskriminasi bagi ODHA.
- (7) Pemerintah berkewajiban memberi kemudahan untuk pelayanan pengobatan, perawatan dan dukungan terhadap ODHA dan mengintegrasikan ke dalam sistem kesehatan yang telah tersedia.
- (8) Prosedur untuk diagnosis HIV harus dilakukan dengan sukarela dan didahului dengan memberikan informasi yang benar, pre dan post test konseling.
- (9) Setiap darah yang ditransfusikan, serta produk darah dan jaringan transplan harus bebas dari HIV.

### 3.b. Strategi Pencegahan dan Penanggulangan IMS termasuk HIV/AIDS

- (1) Pelaksanaan mengikuti azas-azas desentralisasi sedangkan pemerintah pusat hanya menetapkan kebijakan nasional.

- (2) Koordinasi dan penggerakan di bentuk KPA di pusat dan di daerah/ kabupaten/ kota, pelaksanaan Program melalui jejaring (networking) yang sudah dibentuk di masing-masing sektor terkait.
- (3) Suveilans dilakukan melalui laporan kasus AIDS, surveilans sentinel HIV, SSP dan surveilans IMS
- (4) Setiap prosedur kedokteran tetap memperhatikan universal-precaution atau kewaspadaan universal.
- (5) Melengkapi PP - UU menjamin perlindungan ODHA.
- (6) Pembiayaan pencegahan dan penanggulangan IMS termasuk HIV/AIDS terutama akan menggunakan sumber-sumber dalam negeri. Pemerintah mengupayakan Bantuan Luar Negeri.
- (7) Melakukan monitoring dan evaluasi program dilakukan berkala, terintegrasi dengan menggunakan indikator-indikator pencapaian dalam periode tahunan maupun lima tahunan.

#### 4.a. Kebijakan Kesehatan Reproduksi Remaja

- (1) Pemerintah, masyarakat termasuk remaja wajib menciptakan lingkungan yang kondusif agar remaja dapat berperilaku hidup sehat untuk menjamin kesehatan reproduksinya.
- (2) Setiap remaja mempunyai hak yang sama dalam memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi remaja yang berkualitas termasuk pelayanan informasi dengan memperhatikan keadilan dan kesetaraan gender.
- (3) Upaya kesehatan reproduksi remaja harus memberikan manfaat yang sebesar-besarnya untuk mendukung peningkatan derajat kesehatan remaja dengan disertai upaya pendidikan kesehatan reproduksi yang seimbang.
- (4) Upaya pendidikan kesehatan reproduksi remaja dilaksanakan melalui jalur pendidikan formal maupun nonformal, dengan memberdayakan para tenaga pendidik dan pengelola pendidikan pada sistem pendidikan yang ada.
- (5) Upaya kesehatan remaja harus dilaksanakan secara terkoordinasi dan berkesinambungan melalui prinsip kemitraan dengan pihak-pihak terkait serta harus mampu membangkitkan dan mendorong keterlibatan dan kemandirian remaja.

#### 4.b. Strategi Kesehatan Reproduksi Remaja

- (1) Pembinaan kesehatan reproduksi remaja disesuaikan dengan kebutuhan proses tumbuh kembang remaja dengan

- menekankan pada upaya promotif dan preventif yaitu penundaan usia perkawinan muda dan pencegahan seks pranikah.
- (2) Pelaksanaan pembinaan kesehatan reproduksi remaja dilakukan terpadu lintas program dan lintas sektor dengan melibatkan sektor swasta serta LSM, yang disesuaikan dengan peran dan kompetensi masing-masing sektor sebagaimana yang telah dirumuskan di dalam Pokja Nasional Komisi Kesehatan Reproduksi.
  - (3) Pembinaan kesehatan reproduksi remaja dilakukan melalui pola intervensi di sekolah mencakup sekolah formal dan non formal dan di luar sekolah dengan memakai pendekatan “pendidik sebaya” atau peer counselor.
  - (4) Pemberian pelayanan kesehatan reproduksi remaja melalui penerapan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) atau pendekatan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Integratif di tingkat pelayanan dasar yang bercirikan “peduli remaja” dengan melibatkan remaja dalam kegiatan secara penuh.
  - (5) Pelaksanaan pendidikan kesehatan reproduksi remaja melalui integrasi materi KRR ke dalam mata pelajaran yang relevan dan mengembangkan kegiatan ekstrakurikuler seperti: bimbingan dan konseling, Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat (PKHS) dan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS).
  - (6) Pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi remaja bagi remaja di luar sekolah dapat diterapkan melalui berbagai kelompok remaja yang ada di masyarakat seperti karang taruna, Saka Bhakti Husada (SBH), kelompok anak jalanan di rumah singgah, kelompok remaja mesjid/gereja, kelompok Bina Keluarga Remaja (BKR).

#### 5.a. Kebijakan Kesehatan Reproduksi Usia Lanjut

- (1) Meningkatkan dan memperkuat peran keluarga dan masyarakat dalam penyelenggaraan upaya kesehatan reproduksi usia lanjut dan menjalin kemitraan dengan LSM, dunia usaha secara berkesinambungan.
- (2) Meningkatkan koordinasi dan integrasi dengan LP/LS di pusat maupun daerah yang mendukung upaya kesehatan reproduksi usia lanjut.
- (3) Membangun serta mengembangkan sistem jaminan dan bantuan social agar usia lanjut dapat mengakses pelayanan kesehatan reproduksi.

- (4) Meningkatkan dan memantapkan peran kelembagaan dalam kesehatan reproduksi yang mendukung peningkatan kualitas hidup usia lanjut.

#### 5.b. Strategi Kesehatan Reproduksi Usia Lanjut

- (1) Melakukan advokasi, sosialisasi untuk membangun kemitraan dalam upaya kesehatan reproduksi usia lanjut baik di pusat, provinsi dan kabupaten/kota.
- (2) Memantapkan kemitraan dan jejaring kerja dengan LP/LS, LSM dan dunia usaha untuk dapat meningkatkan upaya kesehatan reproduksi usia lanjut yang optimal.
- (3) Mendorong dan menumbuhkembangkan partisipasi dan peran serta keluarga dan masyarakat dalam pelayanan kesehatan reproduksi usia lanjut dalam bentuk pendataan, mobilisasi sasaran dan pemanfaatan pelayanan.
- (4) Peningkatan profesionalisme dan kinerja tenaga serta penerapan kendali mutu pelayanan melalui pendidikan/pelatihan, pengembangan standar pelayanan dll.
- (5) Membangun sistem pelayanan kesehatan reproduksi usia lanjut melalui pelayanan kesehatan dasar dan rujukannya serta melakukan pelayanan pro aktif dengan mendekati pelayanan kepada sasaran.
- (6) Melakukan survei/penelitian untuk mengetahui permasalahan kesehatan reproduksi usia lanjut dan tindak lanjutnya untuk pemantapan pelayanan kesehatan reproduksi usia lanjut.

#### 6.a. Kebijakan Pemberdayaan Perempuan.

- (1) Peningkatan kualitas hidup perempuan.
- (2) Pengarusutamaan Gender.
- (3) Penguatan pranata dan kelembagaan pemberdayaan perempuan.

#### 6.b. Strategi Pemberdayaan Perempuan

- (1) Peningkatan pendidikan perempuan dan penghapusan buta huruf perempuan.
- (2) Peningkatan peran serta suami dan masyarakat dalam kesehatan reproduksi.
- (3) Peningkatan akses perempuan terhadap perekonomian dan peringanan beban ekonomi keluarga.
- (4) Perlindungan Perempuan dan peningkatan hak azasi perempuan.

- (5) Peningkatan penanganan masalah sosial dan lingkungan perempuan.
- (6) Penyadaran gender dalam masyarakat.
- (7) Pengembangan sistem informasi gender.
- (8) Penyebarluasan Pengarusutamaan gender di semua tingkat pemerintahan.
- (9) Pembaharuan dan pengembangan hukum dan peraturan perundang undangan yang sensitif gender dan memberikan perlindungan terhadap perempuan.
- (10) Penghapusan kekerasan terhadap perempuan dengan Zero Tolerance Policy.
- (11) Advokasi, sosialisasi, fasilitasi dan mediasi PUG dan KHP
- (12) Pengembangan sistem penghargaan.

## D. Target yang akan dicapai

Target yang akan dicapai oleh masing-masing komponen dalam Kesehatan Reproduksi adalah sebagai berikut.

### 1. Kesehatan Ibu dan Anak.

Pada tahun 2015 diharapkan komponen Kesehatan Ibu dan anak akan mencapai target :

- a. Menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) sebanyak tiga perempat dari kondisi tahun 1990.
- b. Menurunkan Angka Kematian Neonatal (AKN), Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Bawah lima tahun (AKBalita) sebanyak dua pertiga dari kondisi tahun 1990.
- c. Cakupan pelayanan antenatal menjadi 95%.
- d. Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan menjadi 90%.
- e. Penanganan kasus komplikasi obstetri dan neonatal 80%.
- f. Cakupan pelayanan neonatal 90 %.
- g. Cakupan program kesehatan bagi balita dan anak prasekolah 80%.

### 2. Keluarga Berencana.

- a. Penurunan Unmet Need KB sebesar 6%.
- b. Cakupan pelayanan KB pada PUS 70%.
- c. Penurunan prevalensi kehamilan “4 terlalu” menjadi 50 % dari angka pada tahun 1997.

- d. Penurunan kejadian komplikasi KB.
  - e. Penurunan angka drop out.
3. Penanggulangan IMS, HIV/AIDS.
    - a. % Puskesmas melaksanakan upaya pencegahan dan penanggulangan IMS dengan pendekatan sindrom.
    - b. % Puskesmas yang menjalankan pencegahan umum terhadap infeksi.
  4. Kesehatan Reproduksi Remaja.
    - a. Penurunan prevalensi anemia pada remaja menjadi kurang dari 20%.
    - b. Cakupan pelayanan kesehatan remaja melalui jalur sekolah 85%, dan melalui jalur luar sekolah 20%.
    - c. Prevalensi permasalahan remaja secara umum menurun.
  5. Kesehatan Reproduksi Usia lanjut.
    - a. Cakupan pelayanan kepada usia lanjut minimal 50%.
    - b. % Puskesmas yang menjalankan pembinaan kesehatan reproduksi kepada usia lanjut 60 %.
  6. Pemberdayaan Perempuan
    - a. Meningkatnya kualitas hidup perempuan
    - b. Terlaksananya PUG di seluruh tingkat dan sektor pemerintahan
    - c. Meningkatnya pemahaman para pengambil keputusan dan masyarakat tentang kesetaraan dan keadilan gender
    - d. Terlaksananya penghapusan segala bentuk tindak kekerasan terhadap perempuan

## E. Penjabaran Strategi

Kegiatan yang perlu dilakukan sebagai penjabaran strategi di atas dapat dikategorikan dalam tiga kelompok sebagai berikut.

### 1. Manajemen Program

Setiap komponen Program Kesehatan Reproduksi perlu:

- a. Menyusun:
  - (1) Kebijakan dan strategi yang mengakomodasikan keterpaduan dengan komponen kesehatan reproduksi lainnya.
  - (2) Standar pelayanan masing-masing komponen sesuai dengan kebijakan dan strategi program.
  - (3) Instrumen untuk memantau (indikator) kemajuan program.
- b. Mengupayakan penerapan program secara luas dan merata.
- c. Memantau dan mengevaluasi kemajuan program.

## 2. Pelayanan

Setiap komponen Program Kesehatan Reproduksi dilaksanakan mengikuti standar pelayanan yang menampung aspek kesehatan reproduksi lainnya yang relevan.

- a. Kesehatan Ibu dan Anak
  - (1) Pelayanan antenatal, persalinan dan nifas memasukkan unsur pelayanan pencegahan dan penanggulangan IMS serta melakukan motivasi klien untuk pelayanan KB dan memberikan pelayanan KB postpartum. Dalam pertolongan persalinan dan penanganan bayi baru lahir perlu diperhatikan pencegahan umum terhadap infeksi.
  - (2) Pelayanan pasca abortus memasukkan unsur pelayanan pencegahan dan penanggulangan IMS serta konseling/pelayanan KB pasca-abortus.
  - (3) Penggunaan Buku KIA sejak ibu hamil sampai anak umur 5 tahun.
  - (4) Pelaksanaan kunjungan neonatal.
  - (5) Pelayanan kesehatan neonatal esensial yang meliputi perawatan neonatal dasar dan tata-laksana neonatal sakit.
  - (6) Pendekatan MTBS bagi balita sakit.
  - (7) Pemantauan dan stimulasi tumbuh kembang anak.
- b. Keluarga Berencana
  - (1) Pelayanan KB memasukkan unsur pelayanan pencegahan dan penanggulangan IMS, termasuk HIV/AIDS.
  - (2) Pelayanan KB difokuskan selain kepada sasaran muda-usia paritas rendah (mupar) yang lebih mengarah kepada kepentingan pengendalian populasi, juga diarahkan untuk sasaran dengan penggarapan “4 terlalu” (terlalu muda, terlalu banyak, terlalu sering dan terlalu tua untuk hamil).

- c. Pencegahan dan Penanggulangan IMS, termasuk HIV/AIDS. Pelayanan pencegahan dan penanggulangan IMS, termasuk HIV/AIDS dimasukkan ke dalam setiap komponen pelayanan kesehatan reproduksi.
- d. Kesehatan Reproduksi Remaja.
  - (1) Pelayanan kesehatan reproduksi remaja terfokus pada pelayanan KIE/konseling dengan memasukan materi-materi family life education (yang meliputi 3 komponen di atas).
  - (2) Pelayanan kesehatan reproduksi remaja memperhatikan aspek fisik agar remaja, khususnya remaja putri, untuk menjadi calon ibu yang sehat.
  - (3) Pelayanan KRR secara khusus bagi kasus remaja bermasalah dengan memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan dan masalahnya.
- e. Kesehatan Reproduksi Usia Lanjut.

Pelayanan kesehatan reproduksi usia lanjut lebih ditekankan untuk meningkatkan kualitas hidup pada usia lanjut. Dalam kesehatan reproduksi usia lanjut, fokus diberikan kepada pelayanan dalam mengatasi masalah masa menopause/ andropause, antara lain pencegahan osteoporosis dan penyakit degeneratif lainnya.

### 3. Kegiatan Pendukung

Kegiatan pendukung meliputi berbagai kegiatan untuk mengatasi masalah yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi.

- a. Masalah sosial yang berkaitan erat dengan kesehatan reproduksi adalah Pemberdayaan Perempuan dimana didalamnya tercakup:
  - (1) Peningkatan Kualitas Hidup Perempuan
  - (2) Terlaksananya pengarusutamaan gender (PUG) diseluruh tingkat dan sektor pemerintahan
  - (3) Perwujudan kesetaraan dan keadilan gender.
  - (4) Penghapusan kekerasan terhadap perempuanUntuk mengatasi masalah ini perlu pelaksanaan secara lintas program dan lintas sektor dengan Kementerian Pemberdayaan Perempuan sebagai penanggung jawab.

- b. Advokasi, sosialisasi dan mobilisasi sosial.  
Kegiatan advokasi, sosialisasi dan mobilisasi sosial diperlukan untuk pemantapan dan perluasan komitmen serta dukungan politis dalam upaya mengatasi masalah kesehatan reproduksi. Kegiatan ini merupakan salah satu tugas Komisi Kesehatan Reproduksi. Contoh kegiatan advokasi dan mobilisasi sosial antara lain adalah Gerakan Sayang Ibu (GSI), Kelangsungan Hidup Perkembangan dan Perlindungan Ibu dan Anak (KHPPIA) dan Gerakan Pita Putih.
- c. Koordinasi lintas sektor.  
Dalam penanganan masalah kesehatan reproduksi diperlukan koordinasi lintas sektor dan lintas program. Untuk itu digunakan forum Komisi Kesehatan Reproduksi seperti yang diuraikan di atas.
- d. Pemberdayaan masyarakat.  
Kegiatan pemberdayaan masyarakat diperlukan untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan reproduksi sesuai dengan peran masing-masing, misalnya pengorganisasian transportasi untuk rujukan ibu hamil/bersalin, arisan peserta KB, tabulin, dsb.
- e. Logistik.  
Dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi diperlukan dukungan sarana dan prasarana yang memadai.
- f. Peningkatan keterampilan petugas.  
Dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan reproduksi antara lain diperlukan kegiatan untuk meningkatkan keterampilan. Kegiatan ini diupayakan agar terlaksana secara terpadu, efektif dan efisien.
- g. Penelitian dan Pengembangan  
Penelitian dan pengembangan program dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan reproduksi perlu dilakukan agar pelaksanaan program kesehatan reproduksi yang komprehensif dan integratif di berbagai tingkat pelayanan dapat berjalan secara efektif dan efisien.

# Bab V | Peran Sektor Terkait

Agar kebijakan, strategi dan program kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi dapat dilaksanakan dengan baik, maka perlu dilakukan upaya terpadu antara berbagai sektor pemerintah (pusat, provinsi, kabupaten/kota, kecamatan dan desa), DPR dan DPRD provinsi dan kabupaten/kota, LSM dan lembaga non-pemerintah, sektor swasta dan dunia usaha, tenaga profesional dan organisasi profesi, perguruan tinggi, dan masyarakat.

Menggalang kemitraan dan kerja sama diantara begitu banyak komponen pemerintah dan masyarakat memerlukan rencana, koordinasi, upaya dan sumber daya yang memadai. Setiap sektor perlu mempunyai peran dan tanggung jawab sebagai berikut:

## A. Pemerintah Pusat

1. Peran dan tanggung jawab pemerintah pusat dalam hal ini presiden dan kabinetnya merupakan yang terpenting dalam Program Kesehatan Reproduksi dan Hak-hak Reproduksi. Pemerintah perlu menempatkan kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi sebagai salah satu prioritas utama pembangunan nasional dengan mulai mengalihkan prioritas ekonomi ke prioritas kesejahteraan rakyat. Program Kesehatan Reproduksi dan Hak-hak Reproduksi adalah program yang secara langsung meningkatkan kesejahteraan dan kesehatan rakyat Indonesia.
2. Pemerintah pusat perlu mengundang Undang-undang Kesehatan Reproduksi dan Hak-hak Reproduksi dalam waktu yang tidak terlalu lama dan mengeluarkan Keputusan Presiden tentang Kesehatan Reproduksi dan Hak-hak Reproduksi.
3. Pemerintah pusat perlu mengalokasikan anggaran yang cukup agar Program Kesehatan Reproduksi dan Hak-hak Reproduksi dapat dijalankan secara optimal.
4. Selain itu, pemerintah pusat perlu mengambil prakarsa koordinasi dari semua unsur yang terkait dengan Program Kesehatan Reproduksi dan Hak-hak Reproduksi termasuk pihak luar negeri.

5. Pemerintah pusat, dalam hal ini departemen-departemen terkait, perlu melakukan advokasi ke pemerintah provinsi, DPRD, pemerintah kabupaten/kota untuk menempatkan Program Kesehatan Reproduksi dan Hak-hak Reproduksi sebagai prioritas pembangunan di daerahnya.
6. Melakukan monitoring dan evaluasi program secara nasional.
7. Melaksanakan rapat kabinet dimana kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi diagendakan secara khusus dan secara berkala.

## B. Pemerintah Provinsi

1. Dengan pelaksanaan desentralisasi ke tingkat kabupaten/kota, pemerintah provinsi perlu menentukan kebijakan umum dan strategi Program Kesehatan Reproduksi dan Hak-hak Reproduksi yang cocok dan realistis untuk dilaksanakan di provinsinya.
2. Pemerintah provinsi perlu melakukan monitoring dan evaluasi Program Kesehatan Reproduksi dan Hak-hak Reproduksi di provinsinya terutama pelaksanaan teknis program di tingkat kabupaten/kota.
3. Pemerintah provinsi juga perlu berperan untuk melakukan koordinasi Program Kesehatan Reproduksi dan Hak-hak Reproduksi antara unsur pemerintah, LSM, organisasi profesi, dan pihak swasta. Hal ini dilakukan dengan membentuk Komisi Kesehatan Reproduksi tingkat provinsi.
4. Pemerintah provinsi perlu mengusahakan anggaran yang memadai dalam Rencana Startegis Daerah untuk mensukseskan Program Kesehatan Reproduksi dan Hak-hak Reproduksi, khususnya untuk pelaksanaan program, pendidikan, pelatihan dan penelitian.
5. Melaksanakan rapat pimpinan dan rapat koordinasi dimana kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi diagendakan secara khusus dan secara berkala.

## C. Pemerintah kabupaten/kota

Kabupaten/Kota merupakan pelaksana terdepan dari Program Kesehatan Reproduksi dan Hak-hak Reproduksi. Pemerintah kabupaten/kota harus memiliki komitmen yang tinggi untuk meningkatkan kesejahteraan dan kesehatan rakyatnya. Oleh karena itu peran dan tanggung jawab pemerintah kabupaten/kota sangat penting:

1. Menentukan komponen yang mana dari Program Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi secara realistis dapat dilaksanakan di kabupaten/kotanya berdasarkan ketersediaan sumber dana, tenaga dan peralatan yang dimilikinya.
2. Menyusun rencana Program Kabupaten/Kota Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi yang lebih bersifat teknis dengan mengkoordinasi dan bekerjasama dengan sektor pemerintah daerah yang terkait dengan menentukan tujuan dan target yang sesuai.
3. Mengalokasikan anggaran, melatih tenaga, dan melengkapi berbagai sarana, prasarana dan peralatan yang memadai bagi terlaksananya Program Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi yang sukses.
4. Memotivasi masyarakat dan sektor swasta untuk ikut serta dalam Program Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi.
5. Melakukan monitoring dan evaluasi program dilihat dari masukan, proses, dan luaran Program Kesehatan Reproduksi dan Hak-hak Reproduksi.
6. Di kabupaten/kota yang memiliki universitas atau institusi pendidikan tinggi lainnya, menjalin kerja sama dalam bidang pendidikan, pelatihan dan penelitian.
7. Pemerintah kabupaten/kota juga perlu berperan untuk melakukan koordinasi Program Kesehatan Reproduksi dan Hak-hak Reproduksi antara unsur pemerintah, LSM, organisasi profesi, dan pihak swasta. Hal ini dilakukan dengan membentuk Komisi Kesehatan Reproduksi tingkat kabupaten/kota.

8. Melakukan monitoring dan evaluasi program.
9. Melaksanakan Rapat Pimpinan dan Rapat Koordinasi dimana Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi diagendakan secara khusus dan secara berkala

## D. Pemerintah Kecamatan

Pada tingkat Kecamatan, upaya berikut ini perlu dilaksanakan:

1. Melaksanakan program Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi sesuai dengan kebijakan dan strategi yang disusun di tingkat kabupaten/kota.
2. Mengumpulkan data program Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi dengan baik dan benar untuk dilaporkan ke tingkat kabupaten/kota.
3. Perluasan penyebaran pelayanan dan peningkatan mutu pelayanan dengan meningkatkan ketrampilan tenaga, menjamin ketersediaan sarana, prasarana, peralatan dan obat serta vaksin yang dibutuhkan untuk melaksanakan program.
4. Mengikutsertakan unsur masyarakat, LSM dan pihak lain dalam program.
5. Melakukan monitoring dan upaya pengembangan program sesuai dengan keadaan dan kebutuhan setempat.
6. Melaksanakan rapat pimpinan dan rapat koordinasi dimana Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi diagendakan secara khusus dan secara berkala.

## E. Dewan Perwakilan Rakyat, Provinsi dan Kabupaten/Kota

Dalam era dimana dewan mempunyai wewenang yang besar untuk menentukan kebijakan dan anggaran di tingkat pusat, provinsi dan

kabupaten/kota, peran dewan sangat menentukan dalam Program Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi.

Yang perlu dilaksanakan oleh Dewan adalah:

1. Menempatkan Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi sebagai prioritas dalam Pembangunan Nasional, provinsi, dan kabupaten/kota.
2. DPR dalam waktu singkat mengundang Undang-undang tentang Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi dan Peraturan Pemerintah tentang Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi.
3. DPRD dalam waktu singkat mengeluarkan peraturan daerah baru yang diperlukan untuk melancarkan Program Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi dan membatalkan peraturan daerah yang menghambat kelancaran program.
4. Memutuskan alokasi anggaran yang memadai untuk Program Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota.

## F. LSM dan Lembaga Non-Pemerintah

LSM dan Lembaga Non-Pemerintah perlu melakukan hal berikut:

1. Melaksanakan kegiatan yang sesuai dengan visi dan misinya dalam Program Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi dengan meningkatkan penyebaran pelayanan dan meningkatkan mutu pelayanan.
2. Membantu pemerintah dan masyarakat dalam hal sumber daya yang diperlukan untuk mensukseskan program.
3. Melaksanakan inovasi baru yang dapat mempercepat pencapaian program dan meningkatkan kualitas program.
4. Mengusahakan pencarian sumber dana untuk kepentingan program.

## G. Sektor Swasta dan Dunia Usaha

Sektor swasta dan dunia usaha merupakan unsur yang belum banyak diikutsertakan dalam program. Yang dapat dilakukan sektor swasta dan dunia usaha adalah:

1. Memproduksi peralatan dan obat yang diperlukan oleh program dan dijual dengan harga yang terjangkau.
2. Membantu program dalam upaya advokasi, KIE, pendidikan dan pelatihan.
3. Membantu universitas, institusi pendidikan tinggi dan organisasi profesi dalam melaksanakan penelitian dan pengembangan inovasi baru untuk menunjang program.

## H. Tenaga Profesi, Organisasi Profesi dan Perguruan Tinggi

Kelompok masyarakat ini perlu diikutsertakan dalam program karena mereka dapat berperan dalam hal berikut:

1. Menentukan, memonitor dan mengevaluasi standar profesional dari berbagai prosedur dilihat dari pendekatan teknis program.
2. Menentukan jenis teknologi yang cocok digunakan dan berdaya guna.
3. Melakukan penelitian dan pengembangan inovasi baru untuk menunjang program.
4. Membantu dalam berbagai jenis pendidikan, pelatihan dan penambahan pengetahuan dan ketrampilan bagi petugas pelaksana program.

## I. Masyarakat

Masyarakat merupakan objek dan subjek dari Program Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi. Dari sejumlah pengalaman dengan program lain, partisipasi masyarakat adalah unsur utama dalam keberhasilan program. Oleh karena itu masyarakat perlu berperan sebagai berikut:

1. Ikut serta dan berperan dalam menentukan pelaksanaan kegiatan untuk mensukseskan Program Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi.
2. Membantu program dengan menggunakan sumber daya yang mereka miliki.
3. Menentukan tingkat Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi dan pilihan pelayanan yang mereka perlukan.



## Bab VI | Desentralisasi

Desentralisasi ke tingkat kabupaten/kota mempunyai dampak besar terhadap keberhasilan program kesehatan reproduksi di Indonesia. Keterbatasan sumber daya di tingkat kabupaten/kota yang memegang kewenangan termasuk kewajiban di dalam menangani program kesehatan reproduksi merupakan hambatan maupun tantangan agar kesehatan reproduksi bisa berhasil.

Oleh karena itu perlu ditetapkan beberapa kebijakan agar program di tingkat kabupaten/kota yang merupakan ujung tombak dari program Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi di Indonesia tidak gagal:

- A. Kebijakan pelaksanaan advokasi tentang Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi ke sebanyak mungkin DPRD dan para pejabat kabupaten/kota oleh Komisi Kesehatan Reproduksi. Advokasi harus mencakup:
  1. Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi sebagai prioritas pembangunan kabupaten/kota.
  2. Perubahan peraturan daerah yang ada atau pengembangan peraturan daerah baru yang dapat menunjang dan menggerakkan program Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi di daerahnya.
  3. Pengalokasian anggaran untuk program Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi yang mencakup sektor-sektor terkait.
- B. Kebijakan untuk memberikan wewenang yang luas kepada pemerintah kabupaten/kota untuk menentukan sendiri prioritas program dan kegiatan Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi sesuai dengan kondisi anggaran, ketenagaan, sarana prasarana, dan peralatan yang ada. Prioritas program dan kegiatan harus mengacu kepada konsensus dan keputusan nasional tentang Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi.
- C. Kebijakan menggerakkan masyarakat untuk berpartisipasi dalam Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi.



# Bab VII | Kerjasama Internasional

Sesuai dengan kesepakatan internasional dalam ICPD 1994 di Cairo dan konferensi internasional lain, kerja sama internasional perlu digalang untuk membantu negara-negara berkembang dalam program Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi mereka masing-masing. Negara-negara maju diharapkan dapat membantu negara tersebut dalam berbagai aspek program.

Di Indonesia, berbagai badan internasional telah dan masih perlu membantu Program Nasional Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi di Indonesia. Badan-badan tersebut adalah:

1. UNFPA.
2. WHO.
3. UNICEF.
4. UNDP.
5. US-AID.
6. World Bank.
7. JICA
8. ADB
9. AusAID, dll

Badan-badan internasional ini ada yang secara khusus membantu Program Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi, tetapi juga ada yang secara tidak langsung membantu komponen-komponen dari program.

Badan internasional lain yang belum masuk dalam daftar diatas perlu diadvokasi untuk dapat ikut serta dalam gerakan nasional Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi.

Jenis bantuan yang diberikan juga beraneka ragam. Bantuan tersebut berupa anggaran untuk:

1. Bantuan teknis berupa tenaga konsultan.
2. Bantuan peralatan dan teknologi.
3. Bantuan dalam mengirimkan tenaga untuk pendidikan di dalam dan di luar negeri.
4. Bantuan dalam melakukan advokasi dan KIE.
5. Bantuan untuk menggerakkan dan meningkatkan koordinasi berbagai unsur yang terlibat dalam program.

Dengan menggunakan Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi 2003-2007, maka bantuan dari badan-badan internasional dapat dilakukan lebih terkoordinasi, terarah dan terencana.

# Bab VIII | Indikator untuk Memantau Kemajuan Program

Untuk memantau kemajuan program kesehatan reproduksi digunakan beberapa indikator strategis secara komposit untuk menjamin keberhasilan program, sebagai berikut:

1. Kesehatan ibu dan anak:
  - a. Penurunan angka kematian ibu dan angka kematian bayi.
  - b. Penurunan angka kematian balita.
  - c. Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan.
  - d. Proporsi penanganan kasus komplikasi obstetri terhadap persalinan total.
2. Keluarga Berencana:
  - a. Penurunan Unmet Need KB
  - b. Cakupan pelayanan KB (CPR).
  - c. Persentase kegagalan dan komplikasi pemakaian kontrasepsi
  - d. Persentase dari tiap jenis kontrasepsi yang digunakan.
3. Pencegahan dan Penanggulangan IMS, termasuk HIV/AIDS:
  - a. Penurunan insidens kasus IMS.
  - b. Penurunan kasus HIV/AIDS
4. Kesehatan Reproduksi Remaja:
  - a. Trend kasus kesehatan reproduksi pada remaja.
5. Kesehatan Reproduksi Usia Lanjut.
  - a. Trend kasus gangguan pada masa menopause/andropause.
6. Keadilan dan kesetaraan gender serta menurunnya kasus Kekerasan terhadap Perempuan.



# Bab IX | Monitoring dan Evaluasi

Agar Program Nasional Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi dapat dilaksanakan sesuai dengan tujuan, perlu sekali ditentukan strategi monitoring dan evaluasi yang digunakan untuk menjamin keberhasilan program.

1. Monitoring dan evaluasi tentang pelaksanaan kebijakan dan strategi dilakukan oleh pemerintah di masing-masing tingkat yaitu Pemerintah Pusat melalui sektor-sektor yang terkait, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota melalui dinas-dinas terkait.
2. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan kebijakan dan strategi juga dilakukan oleh Komisi Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi dengan cara melakukan rapat-rapat koordinasi secara berkala.
3. Monitoring dan evaluasi tentang aspek teknis program di tingkat pelaksanaan dilakukan oleh Komisi Kesehatan Reproduksi, focal point, sektor terkait, universitas, organisasi profesi dan LSM.
4. Untuk monitoring dan evaluasi disusun rencana dan instrumen yang diperlukan.
5. Hasil monitoring dan evaluasi merupakan masukan untuk melakukan perbaikan, pengembangan dan peningkatan program.



Pendanaan untuk perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan pengembangan Program Nasional Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi di Indonesia berasal dari berbagai sumber:

1. APBN dan APBD.
2. Badan-badan internasional.
3. LSM dan masyarakat.
4. Sektor swasta dan dunia usaha.

Alokasi dana untuk kesehatan dan Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi dari Pemerintah Pusat dan Pemerintah Provinsi, dan Pemerintah Kabupaten/Kota perlu ditingkatkan. Alokasi dana saat ini tidak memadai untuk dapat membantu program untuk mencapai tujuannya.

Dana dari badan-badan internasional perlu diupayakan secara lebih serius dan intensif. Pada saat ini dan di masa yang akan datang sumber dana ini masih merupakan sumber andalan.

Dana dari LSM, masyarakat, sektor swasta dan dunia usaha perlu diupayakan meskipun dana dari sumber-sumber ini juga tidak akan dapat memenuhi kebutuhan dari program.



# Bab XI | Penutup

Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi 2005-2010 merupakan kebijakan yang diharapkan dapat menempatkan Kesehatan Reproduksi sebagai prioritas Pembangunan Nasional, karena dapat menentukan derajat kesehatan termasuk derajat kesehatan perempuan serta tingkat pembangunan dan perkembangan sumber daya manusia (SDM) Indonesia.

Dokumen ini juga merupakan dasar dan arah bagi sektor terkait, pemerintah daerah, lembaga swadaya masyarakat (LSM), perkumpulan profesi, sektor swasta dan dunia usaha untuk mensukseskan program Kesehatan Reproduksi di Indonesia.

Dokumen ini juga dapat digunakan untuk mengusahakan partisipasi dari negara sahabat, badan-badan internasional dan sektor swasta dalam Program Kesehatan Reproduksi.

Kebijakan dan Strategi Nasional ini hanya akan memberikan manfaat bagi rakyat Indonesia apabila dilaksanakan dan diamalkan oleh pemerintah Indonesia dan masyarakat.



# Daftar Ringkasan

AKN	:	Angka Kematian Neonatal
AIDS	:	Acquired Immunodeficiency Syndrome
AKI	:	Angka Kematian Ibu
AKB	:	Angka Kematian Bayi
AKBalita	:	Angka Kematian Bawah Lima Tahun
AMP	:	Audit Maternal Perinatal
AGB	:	Anemia Gizi Besi
APBN	:	Anggaran Pendapatan Belanja Negara
APBD	:	Anggaran Pendapatan Belanja Daerah
ASI	:	Air Susu Ibu
BKKBN	:	Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
BKLU	:	Bina Keluarga Lanjut Usia
BKR	:	Bina Keluarga Remaja
GDI	:	Gender Development Index
GEM	:	Gender Empowerment Measure
GSI	:	Gerakan Sayang Ibu
HDI	:	Human Development Index
HIV	:	Human Immunodeficiency Virus
ICPD	:	International Conference on Population and Development
IMS	:	Infeksi Menular Seksual
ISR	:	Infeksi Saluran Reproduksi
KDRT	:	Kekerasan Dalam Rumah Tangga
KB	:	Keluarga Berencana
KIA	:	Kesehatan Ibu dan Anak
KPAD	:	Komisi Penanggulangan AIDS Daerah
KEK	:	Kurang Energi Kronis
KHPPIA	:	Kelangsungan Hidup Perkembangan dan Perlindungan Ibu dan Anak
KKR	:	Komisi Kesehatan Reproduksi
KTD	:	Kehamilan Tidak Dikehendaki

LDUI	:	Lembaga Demografi Universitas Indonesia
LSM	:	Lembaga Swadaya Masyarakat
MPS	:	Making Pregnancy Safer
MUPAR	:	Muda Usia Paritas Rendah
NKKBS	:	Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera
ODHA	:	Orang Dengan HIV/AIDS
PBB	:	Perserikatan Bangsa Bangsa
PKRE	:	Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial
PKRK	:	Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif
PKPR	:	Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja
PERMI	:	Perkumpulan Menopause Indonesia
PROPENAS	:	Program Pembangunan Nasional
PKHS	:	Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat
PMR	:	Palang Merah Remaja
PKTP	:	Penghapusan Kekerasan Terhadap Perempuan
PTT	:	Pegawai Tidak Tetap
RAN	:	Reencana Aksi Nasional
RPJM	:	Rencana Pembangunan Jangka Menengah
SBH	:	Saka Bhakti Husada
SDM	:	Sumber Daya Manusia
SPK	:	Sekolah Pendidikan Keperawatan
TPA	:	Tempat Penitipan Anak
UNDP	:	United Nations Development Program
UNFPA	:	United Nations Population Fund
UNICEF	:	United Nations Childrens Fund
UKS	:	Usaha Kesehatan Sekolah
USAID	:	US Agency for International Development
WHO	:	World Health Organization
YFHS	:	Youth Friendly Health Services