

KESEHATAN REPRODUKSI, HAK REPRODUKSI, DAN REALITAS SOSIAL

*Biran Affandi**

Abstract

Reproduction process is really not a dangerous activity because it has gender rights reflected in the supporting components, i.e. ability, success, and safety. In the social reality, however, it is found different, as the high mortality rates of mothers and children, the appearance of sexual intercourse disease, and the side effects of contraceptive use. Biran Affandi, in his writing, describes social realities of the reproduction health which tends to be in the high risky point especially for women. All of these are as the consequence of the individuals who do not adhere their reproduction right.

Pendahuluan

Yang dimaksud dengan kesehatan dalam Undang-Undang Pokok Kesehatan Nomor 32, Tahun 1992 adalah meliputi kesehatan badan, rohani (mental), dan sosial; bukan hanya keadaan yang bebas dari penyakit, cacat, dan kelemahan.

Reproductive health is a state of complete physical, mental and social well-being in all matters relating to the reproductive system and to its functions and processes. It implies that people have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so. Implicit in this is that right of men and women to be informed and to have access to safe, effective, affordable and acceptable methods of family planning of their choice, as

well as other methods of their choice for regulation of fertility, which are not against the law, and the right of access to health-care services that will enable women to go safely through pregnancy and childbirth. Reproductive health care also includes sexual health, the purpose of which is the enhancement of life and personal relations (ICPD, 1994).

Kesehatan reproduksi mencakup tiga komponen yaitu: kemampuan (*ability*), keberhasilan (*success*), dan keamanan (*safety*). Kemampuan berarti dapat bereproduksi. Keberhasilan berarti dapat menghasilkan anak sehat yang tumbuh dan berkembang. Keamanan (*safety*) berarti semua proses reproduksi termasuk hubungan seks,

* Dr. Biran Affandi adalah Ketua Perkumpulan Obstetri Ginekologi Indonesia (POGI), Jakarta.

kehamilan, persalinan, kontrasepsi dan abortus seyogianya bukan merupakan aktivitas yang berbahaya.

Reproductive rights embrace certain human rights that are already recognized in national laws, international human rights documents and other relevant UN consensus documents. These rights rest on the recognition of the basic rights of all couples and individuals to decide freely and responsibly the number, spacing and timing of their children and to have the information and means to do so, and the right to attain the highest standard of sexual and reproductive health. They also include the right of all to make decisions concerning reproduction free of discrimination, coercion and violence. Full attention should be given to promoting mutually respectful and equitable gender relations and particularly to meeting the education and service needs of adolescents to enable them to deal in a positive and responsible way their sexuality (ICPD, 1994)".

Jadi, hak reproduksi merupakan hak setiap individu/pasangan untuk mendapatkan:

- kemampuan reproduksi,
- keberhasilan reproduksi, dan
- keamanan reproduksi,

Ada empat pilar utama kesehatan reproduksi sebagai berikut.

1. Maternal Care
2. Infant and child care
3. Prevention and treatment of STDs
4. Fertility Regulation

Tulisan ini merupakan tinjauan kesehatan reproduksi di Indonesia.

Maternal Care

Masalah utama yang dihadapi dalam maternal care adalah masih tingginya angka kematian ibu (Tabel 1).

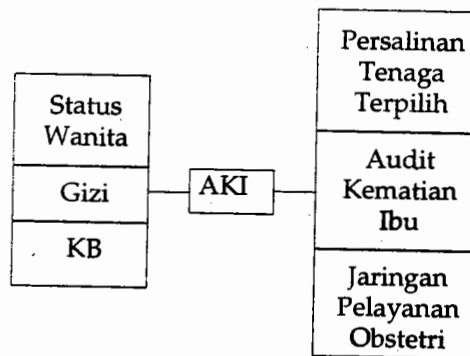
Tabel 1.
Profil Kesehatan Ibu Indonesia, 1990

Jumlah penduduk	180 juta
Wanita hamil	3.2 %
Kelahiran per tahun	5.4 juta
Pemakaian ASI	Cenderung turun
Pemeriksaan hamil	55 %
Anemia kehamilan	60 %
Kematian Ibu	420/100.000

Sumber: Dep. Kes, 1990

Masalah lain yang dihadapi adalah rendahnya tingkat pendidikan dan peranan wanita.

Gambar 1.
Faktor yang menentukan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI)



Pengalaman menunjukkan bahwa dalam jangka panjang kombinasi antara pendidikan, peningkatan status dan karir wanita, serta keluarga berencana (dengan tersedianya kontrasepsi) mempunyai dampak yang paling besar dalam penurunan AKI. Akan tetapi, dalam jangka pendek, upaya penurunan AKI harus berupa intervensi terhadap pelayanan obstetri sebagai berikut.

1. Pemeriksaan antenatal bagi semua wanita hamil memakai *risk approach*.
2. a. Semua persalinan ditolong oleh tenaga terlatih.
b. Peningkatan standar pelayanan persalinan.
3. Pendidikan dan pelatihan yang terus-menerus bagi petugas untuk memberikan pelayanan gawat darurat serta *essential obstetrics function* untuk bidan di desa, dokter

puskesmas, serta DSOG di RS kabupaten.

4. *Medical audit* terhadap kematian ibu oleh panitia Kematian Ibu

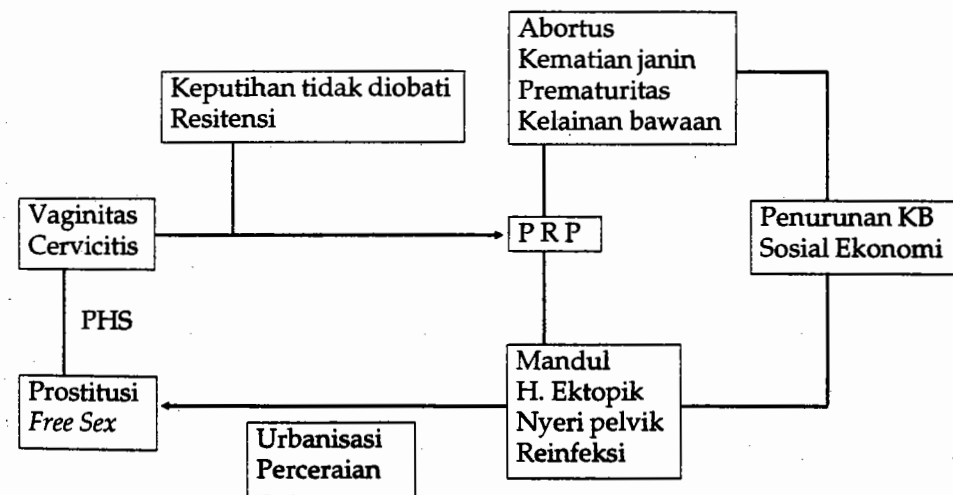
Infant and Childcare

Dalam bidang *infant and child care*, angka kematian bayi dan anak di Indonesia cenderung menurun dengan tajam. Bila dibandingkan dengan negara ASEAN lainnya, angka itu masih merupakan angka yang tertinggi.

Penyakit Hubungan Seksual (PHS)

Sexual Transmitted Diseases (STDs) atau Penyakit Hubungan Seksual (PHS) merupakan salah satu masalah kesehatan reproduksi karena cenderung meningkat dan menyebabkan dampak negatif terhadap keluarga dan keturunannya.

Gambar 2.
Rangkaian Sebab-Akibat PHS



Tabel 2.
Penyebab Infertilitas pada Wanita di Jakarta, 1980

Faktor	%
Uterus	33
Tuba/saluran telur	42
Peritoneum	9
Ovarium	52
Tidak diketahui	9

Sumber: Sumapraja, 1980.

Dampak negatif yang ditimbulkannya antara lain infertilitas, kanker serviks, bahkan dapat berakhir dengan kematian.

Sumapraja menemukan 42 persen dari infertilitas pada wanita disebabkan

faktor tuba, sedangkan sebagian besar faktor tuba disebabkan PHS (*ginires* dan *chlamydia*).

Beberapa jenis PHS dapat menyebabkan dampak negatif terhadap kehamilan (abortus, IUFD, BBLR), janin (kelainan bawaan), dan infeksi bayi baru lahir.

Tabel 2 menggambarkan kuman penyebab PHS dan penyakit/keadaan yang dapat ditimbulkannya.

Fertility Regulation

Sekitar 60 persen (22,5 juta) pasangan usia subur (PUS) di Indonesia pada Maret 1994 telah memakai kontrasepsi (Tabel 4).

Sampai saat ini tidak ada satu pun cara KB (kontrasepsi) tanpa kegagalan,

Tabel 3.
Major STD Microbial Agents and the Conditions They Produce

Agent	Acute disease	Pregnancy-associated condition	Chronic conditions
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Urethritis Cervicitis Salpingitis	Prematurity Septic abortion Ophthalmia Postpartum endometritis	Infertility Ectopic pregnancy
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Urethritis Cervicitis Salpingitis	Ophthalmia Pneumia Postpartum endometriosis	Infertility Ectopic pregnancy
<i>Treponema pallidum</i>	Primary and secondary syphilis	Spontaneous abortion Stillbirth Congenital syphilis	Neurosyphilis Cardiovascular syphilis
<i>Haemophilus ducreyi</i>	Genital	None knows	? Impotence
HIV	Mononucleosis syndrome	Prematurity Stillbirth Perinatal HIV	AIDS
HPV	Genital warts	Laryngeal papillomatosis.	Genital cancer
HSV-2	Genital ulcer	Neonatal HSV Prematurity	? Genital cancer
HBV	Acute hepatitis	Perinatal HBV	Chronic hepatitis Cirrhosis Hepatoma Vasculitis

Sumber: Wasserbeit, 1988

Tabel 4.
Akteptor Kontrasepsi di Indonesia, Maret 1994

Kontrasepsi	Akteptor	%
Pil KB	8.072.500	35,8
Suntik	6.283.728	27,8
IUD	5.135.681	22,8
Implant	1.461.200	6,5
Sterilisasi	1.211.045	5,4
Lain-lain	382.695	1,7
Total	22.547.849	100,0

Sumber: BKKBN, 1994

Tabel 5.
Kegagalan Kontrasepsi

Kontrasepsi	Kegagalan per 100 wanita	
	Teoritis	Praktis
Tubektomi	0,04	0,1 - 0,5
Vasektomi	0,15	0,2 - 0,6
Pil	0,34	4 - 10
Suntikan	0,25	3 - 5
Susuk	0,3	1 - 3
Minipil	1 - 1,5	5 - 12
IUD	1 - 3	5 - 6
Kondom	3	10 - 20
Spermatisid	3	20 - 30
Coitus interruptus	9	20 - 40
Kalender	13	20 - 40
Laktasi	15	40 - 50
Tanpa kontrasepsi	90	- 90

efek samping, atau komplikasi. Memang kontrasepsi yang ideal seperti itu belum ditemukan. Di lain pihak, petugas kesehatan dituntut untuk

Tabel 6.
Perkiraan Kegagalan Kontrasepsi 1993-1994

Kontrasepsi	Kegagalan
Pil	322.900 - 807.250
IUD	257.780 - 308.136
Suntikan	188.511 - 319.185
Implant	14.612 - 43.836
Kontap	1.211 - 7.266
Lain-lain	38.369 - 153.476
Jumlah	822.383 - 1.634.149

dapat menanggulangi setiap kegagalan, efek samping, atau komplikasi itu.

Dengan patokan jumlah peserta KB pada tahun 1993-1994 adalah 22.547.849, maka perkiraan jumlah kegagalan kontrasepsi pada tahun 1993-1994 dilukiskan pada Tabel 6.

Di pihak lain diperkirakan sekitar 10 persen dari 33 juta pasangan usia subur merupakan pasangan infertilitas.

Penutup

Telah dikemukakan tinjauan kesehatan reproduksi di Indonesia. Untuk meningkatkan status kesehatan reproduksi, setiap individu dituntut untuk menghayati hak reproduksinya. Hanya dengan cara itu ia diharapkan dapat melakukan pencegahan terhadap risiko yang membahayakan kesehatan pada umumnya dan kesehatan reproduksi pada khususnya.

- Affandi B. 1986. "Kemandulan dan PHS", disampaikan pada Seminar Penyakit Hubungan Seksual, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta: s.n.
- Affandi B. 1991. "Research collaboration with WHO: highlights from the Indonesian experience", presented at the Symposium on Reproductive Health: A Key to a Brighter Future, Tokyo, 4 November. Tokyo?: Special Programme of Research Training in Human Reproductive, World Health Organization.
- Bertrand J., et al. 1994. "Access, quality of care and medical barriers in international family planning programs". Presented at the Meeting of the USAID Cooperating Agencies, Washington D.C., 22-24 February.
- Blinical, Affandi B. 1987. *Pharmacological and epidemiological studies on a levonorgestrel implant contraceptive*. Jakarta: University of Indonesia. Dissertation University of Indonesia.
- Fathalla M.F., Rosenfield. 1983. "A synthesis of various experiences and problems encountered with available methods of fertility regulation in developing countries", dalam Diczfalusy E. and A. Diczfalusy, ed., *Research on the regulation of human fertility needs for developing countries and priorities for the future*. Scriptor, Copenhagen: s.n.
- Gunawan, N. 1991. "Program for mother and child care", presented at the Seminar on Location and Postpartum Contraception. Jakarta: BKS PENFIN.
- Indonesia. National Family Planning Coordinating Board. 1990. *Saving life and making it better*. Jakarta.
- Liskin Laurie, et al. 1989. *AIDS education: a beginning*. Population Reports Series L, Number 8, September.
- Potts M. dan Thapa S. 1990. *Child survival, the role of family planning*. Durham: Family Health International.
- Shelton J.D.; Angle M.A.; Jacobstein RA. 1992. "Medical barriers to access to family planning", *Lancet*, 340: 1334-5.
- Sherris, Jacqueline D., dan Gordon Fox. 1983. *Infertility and sexually transmitted disease: a public health challenge*. Population Reports Series L, Number 4, July.
- Sumapraja S. 1980. *Studies on infertile couples in Jakarta*. Jakarta: University of Indonesia. Dissertation University of Indonesia.
- Wasserheit J.N. 1988. "Reproductive tract infections: the significance and scope of the problem for third world women", presented at the Christopher Tietze International Symposium, Rio de Janeiro, Brazil, 29-30 October.

Joyce S. H. Djaelani*

Abstract

Indonesian adolescents are 37 per cent of the total of population of this country. The large quantity, however, is comparatively unequal to the right of reproduction health service they receive. They are often seen in the position as an "isolated tribe". Consequently, not only few adolescents, especially the female ones become victims of "Mimi Momo". This writing begins with a description of a case related to the reproduction health hitting an adolescent, then besides being related to the Cairo action program, it is also correlated with the recommendation on the policies of the reproduction service for adolescents.

Zaman yang Berubah

Indonesia dalam upayanya menekan laju pertumbuhan penduduk hingga nol pada tahun 2000 telah mendorong kaum muda menunda perkawinan dan mengejar pendidikan yang lebih tinggi. Memang saat ini semakin banyak remaja yang menunda perkawinan, namun di sisi lain, sikap permisif dalam hal seksualitas juga bisa dilihat kian meningkat. Seks di luar nikah hingga pada kehamilan di luar nikah dan aborsi, jika saja kita mau jujur, merupakan hal yang kerap kita dengar pada masa sekarang ini.

Keadaan seperti ini membuat kita mengelus dada, lantas bertanya, "Di mana salah kita?" Mungkin tidak ada yang disalahkan. Usia saat remaja mulai aktif secara seksual mungkin

justu sama dengan dulu, atau bahkan kian lambat. Hanya saja, jika dulu pada usia yang sama dorongan seksualnya bisa dilampiaskan secara sehat di dalam perkawinan, saat ini mereka kawin juga belum (bisa/boleh). Oleh karena itu, penyesuaian program perlu dilakukan agar dapat membantu remaja bertahan lebih lama tanpa seks, dan membantu mereka mengatasi 'kebingungan' berkaitan dengan dorongan seksualitas mereka yang mulai matang, yang tidak dapat tersalurkan. Simak kasus Dono (bukan nama sebenarnya) berikut ini.

Kadang-kadang rasanya nggak bisa nahan diri, Mbak. Apa saya nih normal, gitu? Onani katanya bikin gila dan dengkul jadi

* Dra. Joyce S. H. Djaelani adalah pengurus Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia Pusat (Panitia Tetap Program), Jakarta.