

Kebijaksanaan Pelayanan Tubektomi dan Vasektomi Sukarela Aspek Pelaksanaan¹⁾

Oleh: R. Soeprono

Bagian Obstetri-Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada,
PUSDIKLAT Sterilisasi Sukarela dan PUSSI Cabang Yogyakarta

ABSTRACT

R. Soeprono — *Implementation aspect of sterilization policy*

Formulation and implementation of a program providing service on voluntary tubectomy and vasectomy in Indonesia need to be based on clearly defined goals to be pursued and on dynamic ways and means to be utilized.

It should be unequivocally understood, that the successful outcome of such a program in support of the national population program, with the end in view of creating a more prosperous community both spiritually and materially, will solely depend on the farsighted vision and determination of the community itself to shape its own future.

Key Words: tubectomy — vasectomy — population policy — laparoscopy — sterilization

Kebijaksanaan pelayanan tubektomi dan vasektomi sukarela, khususnya yang mengenai aspek pelaksanaan seperti tenaga, fasilitas, metodik dan sebagainya perlu mencakup pokok-pokok berikut, bila dikehendaki program pelaksanaannya dapat menjadi mantap dan mencapai hasil-hasil yang bermakna bagi kepentingan masyarakat dan bangsa Indonesia di hari depan.

Pokok-pokok itu adalah:

1. *Perlu ada gagasan dasar yang jelas*

Kebijaksanaan harus didasarkan atas pemenuhan kebutuhan yang mendesak sekarang (*the pressing needs*) berkaitan dengan kepentingan vital hari depan (*the vital future*), bukan saja untuk individu dan keluarga, tetapi dalam jangkauan yang lebih luas juga untuk masyarakat bangsa dan negara. Setidak-tidaknya ia harus mampu mempunyai "impact" atas pertumbuhan dasar masyarakat dalam dua dasa warsa mendatang.

¹⁾ Dikemukakan sebagai bahan pembahasan di Seminar Tubektomi dan Vasektomi Sukarela dan Rapat Koordinasi III Antar Direktur Pusdiklat PUSSI Se-Indonesia, 27-30 Oktober 1980, memenuhi permintaan PUSSI.

Pandangan ke depan ini mutlak perlu, karena keraguan sekarang berarti keterlambatan dan kegagalan di hari depan.

2. *Perlu ada dasar kerja yang terarah*

Kebijaksanaan harus berorientasi kepada kepentingan dan bersumber pada kemampuan dan kondisi masyarakat, bangsa dan negara sendiri.

Pemanfaatan bantuan dari dunia luar, tidak boleh berakibatkan ketergantungan, baik dari segi materi, maupun —dan ini yang lebih penting lagi— dari segi idea dan norma.

3. *Perlu ada ketegasan sasaran kerja*

Umum:

Melengkapi program pengendalian kesuburan (*fertility control*) pasangan berkeluarga dengan cara yang mantap dan lestari, untuk menciptakan keluarga caturwarga (dengan dua anak) demi kemandirian pembinaan bangsa dan negara —sosial, ekonomis, dan politis— dalam kerangka program pengendalian laju pertumbuhan penduduk nasional (*population control*).

Harus disadari bahwa dengan program kontrasepsi sementara saja sasaran sedemikian tidak akan tercapai. Legalisasi aborsi bukan merupakan sarana yang baik dan tidak akan diterima di sini. Jumlah penduduk yang besar bukan merupakan selalu keuntungan untuk mencapai taraf hidup lahiriah yang layak, apalagi bila pertumbuhan produksi tidak sepadan dengan pertumbuhan populasi. Dengan keluarga caturwarga stabilisasi jumlah penduduk pada tingkat yang masih memungkinkan keseimbangan lebih cepat tercapai dibanding dengan keluarga pancawarga.

Khusus:

Menyediakan cara kontrasepsi lestari yang efektif, aman, mudah, murah, tanpa mondog, tanpa narkosa umum, dan diterima oleh masyarakat.

Menyediakan fasilitas yang mampu memberikan pelayanan kontrasepsi lestari tersebut secara murah, apapun metode yang dipilih: dekat dan mudah dicapai oleh siapa pun yang menghendakinya; khususnya golongan penduduk yang sangat membutuhkan, yakni rakyat di desa dan di kota dengan penghasilan rendah.

4. *Harus ada kebijaksanaan dan kewaspadaan pelaksana*

Mampu mencapai golongan masyarakat yang memerlukan, tanpa menimbulkan keresahan dan tantangan golongan yang merasa belum memerlukan.

Mampu memanfaatkan faktor-faktor yang menunjang dan menghindarkan yang menghambat yang ada di masyarakat sendiri.

5. *Harus ada fisibilitas dan fleksibilitas dalam pelaksanaan, termasuk sistem pengamanan dan penampungan kegagalan*

Kebijaksanaan harus dapat dituangkan dalam program pelaksanaan yang merata, luas, efisien, mencapai masyarakat di desa. Diterapkan secara

masal, didukung oleh organisasi nasional; sebaiknya lewat saluran pemerintah, setidak-tidaknya lewat kegiatan golongan profesi dan golongan masyarakat sendiri.

Perlu ada sistem konsultasi, rujukan, untuk menampung komplikasi dan kegagalan, serta permintaan penyambungan kembali.

6. *Harus ada interelasi dan koordinasi yang positif*

Kebijakan ini harus terkait dan terintegrasi dengan kebijaksanaan lain yang terarah dan searah, seperti keluarga berencana, kependudukan, kesehatan keluarga dan lingkungan, pendidikan, penerangan, pemerataan pembangunan dan hasilnya, kesejahteraan keluarga dan sebagainya.

Individu, keluarga, masyarakat, dan terutama pemimpin-pemimpin masyarakat di dalam dan di luar pemerintah perlu ada kerjasama yang baik. Masyarakat yang sadar akan kepentingan hari depannya tentu memberikan dukungannya.

7. *Harus didukung tenaga pemikir, pelaksana dan penunjang yang penuh motivasi dan dedikasi*

Pengalaman di Indonesia menunjukkan bahwa banyak orang dengan motivasi dan dedikasi yang tinggi mampu memberikan hasil yang besar, jauh melebihi daripada yang oleh khalayak dipikirkan sebagai batas kemungkinan.

Pada tenaga-tenaga ini perlu dibangkitkan "a sense of urgency" menanggapi hari depan bangsa yang masih banyak ketidakpastiannya.

Pendidikan, penyuluhan, penerangan, latihan ketrampilan dan penguasaan teknik, sangat diperlukan pada golongan tenaga masing-masing.

Pemuka-pemuka sosial, agama, pemerintah dan profesi perlu ada refleksi dan perspektif yang tepat mengenai tugas tanggungjawabnya terhadap masa kini dan masa depan bangsa dan negaranya.

Peranan dokter ahli (bedah, kebidanan) penting, namun peranan dokter bukan ahli yang terlatih, baik sendiri maupun sebagai tim dengan tenaga paramedik, mutlak perlu ditingkatkan pemanfaatannya dan peranan medisnya diperluas.

PENGALAMAN 1970—79

Pengalaman-pengalaman dalam dasa warsa 1970—1979 memberikan gambaran yang cukup menggembirakan, meskipun sebenarnya dapat dicapai hasil yang lebih baik, andaikata dapat ditempuh sikap yang lebih tegas, dinamis, bebas dan aktif.

1. *Hasil-hasil yang positif*

Pemantapan organisasi PUSSI sebagai penampung dan koordinator kegiatan sterilisasi sukarela secara nasional.

Formulasi syarat-syarat medis sosial untuk sterilisasi sukarela yang sudah lebih maju daripada dalam dasa warsa sebelumnya.

Didirikannya pusdiklat sterilisasi sukarela nasional di enam tempat yang telah dapat mendidik ratusan dokter umum dan ahli, dan tenaga paramedik, dalam tubektomi dan vasektomi beserta asistensi dan instrumentasinya. Mereka ini direncanakan dapat menjadi inti-inti baru dalam gerakan penyebaran dan pemerataan kontrasepsi lestari. Alat dan teknik mutakhir telah dapat digunakan pula.

Didirikannya pusat pemeliharaan alat-alat endoskopis.

Penerimaan oleh masyarakat makin meluas, terbukti dari jumlah akseptor yang terus meningkat dan munculnya paguyuban-paguyuban akseptor yang kemudian bergerak sebagai motivator.

Pemanfaatan tenaga paramedik (dengan pengawasan dokter) untuk vasektomi, baik di rumah sakit maupun di lapangan (Yogyakarta), sedemikian pula program untuk membawa tubektomi dan vasektomi kepada rakyat desa di lapangan. Kalau hal ini dalam tahun 1976 dipermasalahkan (Konperensi PUSSI, Medan), di tahun 1979 hal ini sudah dapat diterima dan dianjurkan untuk dipelajari dan dikembangkan di tahun 1980.

Pemantapan gagasan keluarga kecil sebagai keluarga pancawarga.

Dukungan Menteri Kesehatan terhadap gagasan keluarga pancawarga dan tanggapan yang positif terhadap pemakaian kontrasepsi lestari sebagai satu jalan untuk mencapainya dapat pula dianggap suatu kemajuan (Menteri Kesehatan, 1979).

Pengalaman menunjukkan pula bahwa di rumah sakit dan di lapangan para petugas pelayanan kontrasepsi lestari tidak mengalami kesulitan apapun yang bersumber pada ucapan-ucapan keberatan beberapa pemuka agama terhadap tubektomi dan vasektomi.

Kerjasama PUSSI dan IPAVS dan keanggotaan dalam WFAVS banyak segi positifnya, namun cenderung pula berakibatkan beberapa bentuk ketergantungan.

2. *Hal-hal yang menghambat perkembangan*

Belum dimasukkannya sterilisasi sukarela dalam program resmi keluarga berencana nasional, meski telah diberikan bantuan pengembangan institusi berbentuk bantuan biaya untuk pendidikan dan penelitian bidang ini sebagai metode kontrasepsi baru, diikuti penyediaan peralatan untuk mini-laparotomi, vasektomi dan laparoskopi.

Masih saja ada interpretasi pasal ajaran agama berdasar keketatan keyakinan yang dikemukakan oleh pemuka agama dan politik, yang tidak menunjang terbentuknya kebijaksanaan nasional untuk memanfaatkan kontrasepsi lestari sebagai unsur penting dalam program pemecahan secara nasional masalah pengendalian kesuburan dan kependudukan.

Sebagaimana juga terlihat dalam banyak bidang kehidupan lain, iklim budaya, sosial dan politik Indonesia belum juga memungkinkan diambilnya sikap tegas dalam bidang ini demi stabilitas kehidupan bangsa di hari depan. Kerepotan dan labilitas yang melanda diri bangsa karena sikap yang terlalu kompromistis di hari silam belum lagi dapat dijadikan kaca benggala untuk mengarah kepada kebijaksanaan yang semestinya.

Di kalangan profesi, dokter bedah belum lagi menunjukkan kegiatan yang berarti dalam pelayanan vasektomi. Hal ini nyata dari laporan-laporan di Konperensi PUSSI dan WFAVS di Denpasar 1980. Sementara sikap berkisar dari yang ekstrim klinis, bahwa vasektomi harus dijalankan oleh urolog (ingat Medan 1976), sampai yang ekstrim apatis yang menganggap vasektomi terlalu rendah untuk ahli bedah. Perkecualian ada, dan sikap inilah menurut hemat kami mencerminkan kebutuhan masyarakat yang semestinya (d. a. Yogyakarta, Banyumas).

Demikian pula pembatasan wewenang laparoskopi hanya pada para ahli harus dianggap hambatan, karena tidak sesuai dengan situasi dan tuntutan kebutuhan di Indonesia. Apalagi dengan perkembangan alat dan teknologi sterilisasi sekarang ini, laparoskopi sudah sangat berkurang bahaya dan kemungkinan komplikasinya (sekarang tanpa elektrokoterisasi dan dapat dengan metoda "terbuka"). Sebenarnya merupakan suatu ironi, bahwa dokter Indonesia yang terlatih karena pengalaman bedah di perifer dan terbiasa sudah untuk menjalankan operasi yang berpuluh-puluh kali lebih besar derajat risiko dan kesukarannya, dengan "satu kalimat persyaratan berkaitan dengan bantuan asing" harus dikucilkan dari kewenangan menjalankan operasi yang di dunia luar pun dianggap operasi ringan dan sederhana.

Ketergantungan logistik alat dan dana dari luar, demikian pula belum adanya industri alat medis yang mampu memproduksi alat yang sederhana sekalipun dengan baik, menghambat usaha intensifikasi dan ekstensifikasi fasilitas perluasan program yang diperlukan. Sebenarnya potensi domestik perlu mulai diarahkan untuk mengurangi dan meniadakan ketergantungan ini. Dan yang lebih pokok lagi meniadakan restriksi terhadap konsepsi dan norma-norma yang semestinya pantas dikembangkan untuk kebutuhan masyarakat Indonesia sendiri.

KEBIJAKSANAAN 1980—99

Dengan memperhatikan apa yang disebutkan sebagai pokok-pokok kebijaksanaan di atas dan pengalaman perkembangan dalam sepuluh tahun yang lewat, baik yang menunjang maupun yang menghambat, maka menjelang dua dasa warsa yang berikut (1980—1999) perlu dikembangkan hal-hal di bawah ini untuk menjadikan kebijaksanaan pelayanan tubektomi dan vasektomi, khususnya yang mengenai aspek pelaksanaan, menjadi lebih mantap, lebih efektif dan lebih merata.

Dalam hal itu yang berikut ini perlu juga mendapat perhatian:

Formulasi kebijaksanaan perlu menegaskan cita-cita yang maksimal yang ingin dicapai. Pelaksanaan kebijaksanaan perlu memperhitungkan realitas-realitas yang dijumpai.

"The art of the game is to skillfully achieve the impossible out of the possibilities" atau (bila ingin pragmatis saja) *"to resignedly accept the possible out of the impossibilities"*. Di antara keduanya tergambar dinamika dan militansi, —atau— dedikasi dan motivasi kita.

Aspek-aspek pelaksanaan kebijaksanaan pelayanan tubektomi dan vasektomi sukarela di Indonesia yang sebaiknya mendapat perhatian dan perwujudan adalah sebagai berikut:

1. Fasilitas

a. *Pengadaan dan penyebaran fasilitas*

- 1) Mutlak perlu diadakan tidak hanya di ibukota *propinsi* saja, melainkan juga di tiap-tiap ibukota *kabupaten*.
- 2) Sebaiknya juga di *kecamatan*.
- 3) Yang di kecamatan dapat ditempatkan di *puskesmas* yang terpilih baik.
- 4) *Tim keliling* yang berpangkalan di kota kabupaten dapat secara periodik melayani puskesmas lain.

Bila karena satu dua alasan puskesmas ini tidak dapat digunakan, tim keliling dengan bekerjasama dengan potensi penunjang setempat dapat bekerja di suatu tempat lain yang terpilih atau diciptakan sementara untuk poliklinik lapangan ini.

- 5) Tim keliling kabupaten bekerjasama dengan tim puskesmas kecamatan, atau sebaliknya tim kecamatan sendiri, dapat dengan bekerjasama dengan potensi penunjang setempat secara insidental memberikan pelayanan pada sejumlah akseptor yang telah disiapkan di desa.

b. *Fungsi, tugas dan wewenang kemampuan fasilitas masing-masing*

- 1) Semua fasilitas mengusahakan KIE, pelayanan, pengawasan lanjutan, sesuai dengan *ruang lingkup kerja* dan *kebijaksanaan setempat*. Dan membina kerjasama yang baik dengan *potensi penunjang setempat*.
- 2) Sistem pengawasan, evaluasi, konsultasi, rujukan, asistensi perlu diadakan *secara dua arah* dengan baik. Demikian pula sistem komunikasi dan transportasi.
- 3) Fasilitas propinsi harus mampu memberikan *pelayanan yang selengkap-lengkapnya* berhubungan dengan tindakan bedah klinis untuk tubektomi dan vasektomi; semua metoda yang mungkin, perlu dikembangkan.
- 4) Fasilitas kabupaten mampu menjalankan tubektomi postpartum; berkaitan dengan *sectio caesaria* atau laparotomi; pada masa antarkonsepsi, dengan minilap dan juga *laparoskopii* (laproktor dengan cincin Falope); juga vasektomi satu insisi.

Harus mampu mengatasi *komplikasi* perdarahan dan perlukaan (termasuk pada usus) dengan laparotomi darurat (yang sangat jarang diperlukan sesuai dengan pengalaman sekarang ini).

- 5) Fasilitas puskesmas kecamatan mampu menjalankan *minilap* dan vasektomi. *Komplikasi abdominal* dilayani *tim keliling* yang diminta datang atau dikirim ke fasilitas kabupaten.
- 6) Tim keliling dilengkapi dan mampu memberikan pelayanan tubektomi *interval* dengan *minilap* dan *laproktor*, memberikan asistensi untuk komplikasi abdominal, dan vasektomi. Baik dalam fasilitas stasioner di

puskesmas, di lapangan, maupun secara ambulator. Bekerja aktif mendekati masyarakat.

- c. Fasilitas bedah mikro untuk *reanastomosis* diadakan di beberapa propinsi sesuai dengan pembagian *rayon*.
- d. Fasilitas untuk memberikan pelayanan bila terjadi *kegagalan* kehamilan.
- e. Sistem pencatatan data akseptor dan pelaporan dibuat *seragam*.
- f. *Pengadaan keperluan bahan* dan obat-obatan diusahakan baik-baik.
- g. Sistem pemeliharaan alat-alat dan penyediaan suku cadang diatur untuk setiap propinsi dan kabupaten.

Alangkah baiknya bila alat kebutuhan dapat dihasilkan sendiri oleh *industri alat medis domestik*, bila perlu dengan lisensi: cincin Falope, laproktor, set untuk minilap dan vasektomi.

2. Tenaga

a. Jenis dan kuantitas tenaga

- 1) Untuk menjalankan program pelaksanaan ini secara ekstensif dan merata, dibutuhkan tenaga yang tidak sedikit. Mengandalkan pada tenaga *dokter ahli* (bedah, kebidanan, anestesi) saja *tidak akan cukup dan tidak akan merata*.
- 2) Tenaga *dokter di puskesmas* yang sudah tersebar luas di kecamatan-kecamatan harus dimanfaatkan, dibantu dengan sejumlah *perawat terlatih* sehingga merupakan *tim* kompak.
- 3) Tenaga *paramedis terlatih* harus dimanfaatkan untuk pelayanan *tubektomi* dengan tanggungjawab dokter di rumah sakit dan di puskesmas atau lapangan.

Tenaga paramedis lain dilatih untuk *asistensi, instrumentasi, anestesi, pemeliharaan alat dan administrasi*.

Sebagai anggota tim keliling mereka-ini perlu dilatih pula untuk mengemudikan mobil dan menyiapkan *set-up* lapangan.

b. Kualifikasi dan kualitas tenaga

- 1) Tenaga-tenaga yang terlibat dalam program pelaksanaan ini di semua eselon, sebaiknya memiliki *dedikasi, motivasi, dan dinamika*, selain memiliki pengetahuan dan ketrampilan teknis yang diperlukan. Hal ini secara khusus harus ditanamkan dan dibina.
- 2) Dokter ahli harus juga dilatih dalam prosedur mutakhir untuk minilap, laparoskopi dan vasektomi.
- 3) *Dokter bukan ahli* dengan dasar pengalaman dan latihan bedah harus dilatih dan diberikan wewenang untuk *menjalankan laparoskopi*, selain minilap dan vasektomi.
- 4) *Tenaga paramedis* dengan dasar pengalaman dan latihan bedah harus dilatih dan diberi wewenang untuk *menjalankan vasektomi* dengan tanggung jawab dokter.

c. Pendidikan dan latihan tenaga

- 1) *Program pendidikan dan latihan* tenaga untuk paramedik, dokter umum, dokter ahli, tenaga administrasi, ahli teknik pemeliharaan alat, tenaga lapangan dan sebagainya perlu diperkuat dan diperluas.
Perlu dipertimbangkan penambahan jumlah puskdiklat, khususnya yang juga mempunyai program latihan untuk vasektomi.
- 2) Dalam pendidikan dokter kepada *koasisten dan residen*, selain teori dan asistensi, harus juga sudah diajarkan dan diberi cukup *latihan untuk menjalankan tubektomi dan vasektomi*.
- 3) *Dokter umum* puskesmas atau rumah sakit kabupaten dengan dua atau tiga perawat dilatih sebagai tim pendidikan komprehensif mengenai masalah-masalah yang berkaitan dengan kebijaksanaan dan pelaksanaannya; selain untuk minilap dan vasektomi, juga dilatih dalam laparoskopi.
- 4) Pengadaan buku-buku petunjuk dan pegangan yang telah dimulai diperluas dan ditingkatkan mutu dan dayagunanya.

3. Metodik untuk tubektomi dan vasektomi

- a. 1) Prosedur teknik untuk tubektomi dan vasektomi supaya dibuat cukup beragam.
- 2) Perkembangan baru dalam teknik dan peralatan perlu dipelajari dan bila sesuai diterapkan di sini.
- b. 1) Untuk tubektomi seyogyanya dipergunakan metoda:
 - Pomeroy untuk yang mulai belajar, dan dokter umum, dan bilamana akseptor ada kemungkinan memerlukan penyambungan kembali.
 - Fimbriektomi untuk yang sudah lebih terlatih, dan untuk akseptor yang tidak boleh mengalami kegagalan menjadi hamil.
- 2) Untuk tubektomi laparoskopis sebaiknya dipergunakan:
 - Laproktor dengan cincin Falope atau *clip* jenis lain.
 - Sebaiknya dengan satu insisi dan dengan cara "terbuka".
 - Kuldoskopi tidak perlu dikembangkan dalam program ini.
- 3) Tubektomi dengan kolpotomi posterior jangan dikembangkan.

c. Anestesi

- 1) Supaya dicukupi dengan narkolepsi dan analgesi intravena dan/atau anestesi lokal. Narkosa umum dihindarkan sejauh mungkin.
- 2) Kemungkinan pemanfaatan akupunktur medis untuk minilap dan laparoskopi perlu dipelajari.

d. Laparoskopi untuk program masal

Kemungkinan penggunaannya untuk program masal, baik di rumah sakit maupun di luar dan di lapangan, perlu mendapat pemikiran serius.

Berdasarkan pertimbangan, bahwa tindakan sudah berkembang jadi sederhana, aman tanpa koterisasi, cepat, cukup anestesi lokal dan narkolepsi,

dan tanpa mondok. Dibanding dengan minilaparotomi yang memerlukan narkosa, lebih lama, lebih menyebabkan sakit sewaktu operasi (kalau dengan anestesi lokal), dan memerlukan pemondokan (minimal 2×24 jam), laparoskopopi dengan laproktor ada banyak segi-untungnya.

4. Interelasi dan kerjasama

Di mana saja, kapan saja, dan bagaimana juga, untuk kelancaran dan keberhasilan program pelaksanaan, setiap unit pelaksana dengan segala unsur ketenagaan dan sistem kerjanya, harus membina interelasi yang baik dan kerjasama yang erat dengan potensi-potensi penunjang di masyarakat setempat, baik yang ada dalam pemerintahan (pamong daerah, dinas kesehatan, dinas sosial, BKKBN, dan sebagainya), dalam ikatan profesi (IBI, IDI, POGI, IKABI, dan sebagainya), maupun dalam masyarakat luas dengan organisasi sosial (kewanitaan, PKK, Dharma Wanita, Paguyuban Akseptor Lestari, dan sebagainya).

Di Indonesia dengan pola budaya dan sosial yang bercorak paternal dan feodal, cara kerja sedemikian yang menjamin keterlibatan dan partisipasi masyarakat, mutlak perlu dan merupakan unsur keberhasilan, seperti sudah terwujud dalam keberhasilan program keluarga berencana. Dengan kesadaran, masyarakat sendiri juga yang nantinya akan mensukseskan program kependudukan, termasuk komponen tubektomi dan vasektomi sukarela ini.

Karena itu juga suatu Puslitbang Kemasyarakatan — Kependudukan — Pedesaan dalam lingkungan kebijaksanaan ini akan berfaedah.

Perlu dikemukakan bahwa sebagian dari gagasan-gagasan di atas sudah dicanangkan sekitar permulaan dasa warsa yang silam, sebagian lagi berkembang dalam pengalaman tahun-tahun terakhir. Sebagian sudah terwujud, sebagian besar lagi masih menjadi angan-angan belaka. Namun tidak boleh dilupakan bahwa kita menjelang tahun 2000 dengan segala ketidak-pastiannya, tetapi juga dengan segala harapan-harapan kegemilangannya. Asal saja kita semuanya sadar, bertekad kuat dan berani melihat realitas. Tuhan hanya mengubah nasib seseorang atau sesuatu bangsa, bilamana orang atau bangsa itu sendiri berusaha untuk mengubah nasibnya.

IKHTISAR

Kebijaksanaan pelayanan tubektomi dan vasektomi sukarela di Indonesia, khususnya yang mengenai aspek pelayanannya, perlu dilandasi gagasan dasar yang jelas, sasaran kerja yang terarah dan cara kerja yang dinamis.

Harus disadari bahwa keberhasilannya sebagai komponen program kependudukan nasional untuk meningkatkan taraf kesejahteraan kehidupan batiniah dan lahiriah yang merata untuk seluruh rakyat, semata-mata tergantung pada pandangan ke depan dan kebulatan tekad masyarakat sendiri untuk sepenuhnya menunjang program ini.

KEPUSTAKAAN

- Commission on Population Growth and the American Future 1972 *Population and the American Future*. New American Library, New York.
- Menteri Kesehatan/Kepala BKKBN 1979 *Laporan Lengkap Konperensi Tahunan PUSSI Pertama*, pp. 29-33. Yogyakarta.
- Soeprono, R. 1976 Perkembangan kegiatan dan program sterilisasi sukarela di daerah Yogyakarta. *Konp. Khusus PUSSI*, Medan, 3—5 Juni 1976, pp. 52-64. Penerbit PUSSI, Jakarta.
-