

HASIL KONFERENSI KEPENDUDUKAN DI KAIRO: IMPLIKASINYA PADA PROGRAM KESEHATAN KEPRODUKSI DI INDONESIA

*Siswanto Agus Wilopo**

Abstract

The World Population Conference in Cairo has received substantial attention and comments from the mass media and a large circle of experts, although a more basic explanation is still needed due to the result of the conference. Since abortion is considered a very important issue which dominates the field of reproductive health, it needs to further analyze the relations between abortion and the 'new concept' of reproductive health. This paper broadly analyzes the objectives and the agreed result of the conference. It also proposes several implications on the reproductive health program in Indonesia. Even though, as the mass media reported, the Cairo Conference seemed to be a conference on abortion, the theme of the conference was: Population, Sustainable Economic Growth, and Sustainable Development. Indonesia takes a very active role in the preparation of the world's population conference, including to conduct and initiate the summit population conference of the Non-Aligned Ministerial level prior the Cairo Conference. The Cairo World Population Conference has resulted in a substantially broad Population Action Program, in which the implementation needs serious consideration on the heterogeneity of the respective countries according to the priorities of development, cultural considerations, norms, religion, and law that prevails in the respective countries, yet the Conference should consider the norms of the universal human rights. Out of various materials covered in the Population Action Program, reproductive health problems have become one of the important controversial sources. For this reason it has thus been agreed to accept a "new concept" of reproductive health. Out of this 'new concept', some implications of several reproductive health programs emerge, particularly the family planning program of the country which should be expanded and qualified. Even though the "new concept" of reproductive health covers sexual reproductive rights, it has been wholly agreed that abortion would not be promoted as one of the implementations of the family planning method. The target of quantity in various fields could be optimistically achieved except the maternal mortality decline. Without a breakthrough effort in the new reproductive health sector the quantitative aims to reduce the maternal mortality rate in Indonesia could never be achieved.

Pendahuluan

Pelaksanaan Konferensi Kependudukan Sedunia di Kairo telah mendapat liputan dan perhatian yang hangat oleh media massa dan beberapa kalangan yang berkepentingan dalam masalah penduduk dan pembangunan.

* Dr. Siswanto Agus Wilopo, S.U. M.Sc., Sc.D., adalah staf pengajar Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta dan pada saat ini diperbantukan pada Kantor Menteri Negara Kependudukan Bidang Pengendalian Kuantitas Penduduk.

Meskipun demikian, masalahnya ialah masih diperlukan penjelasan yang lebih mendasar dari hasil konferensi tersebut khususnya bidang kesehatan reproduksi sehingga tidak terkesan bahwa konferensi hanya membahas masalah aborsi yang terlepas dari konteks rekomendasi secara keseluruhan. Karena aborsi merupakan isu penting yang mendominasi di bidang kesehatan reproduksi (WHO, 1994 a,b.), perlu diuraikan lebih lanjut keterkaitan antara aborsi dengan "konsep baru" kesehatan reproduksi serta program keluarga berencana dan kesehatan seksual. Begitu pula konsep tentang hak reproduksi dan seksual menjadi isu sangat penting (The World Bank, 1994 a; WHO, 1994 b,c) karena hak tersebut diterima sebagai bagian dari hak-hak asasi manusia yang universal, yang diperjuangkan dengan gigih dalam proses konferensi ini oleh negara-negara donor di bidang kependudukan.

Tulisan ini menguraikan secara garis besar tujuan dan hasil konferensi yang disepakati, serta memfokuskan pada beberapa implikasinya pada program kesehatan reproduksi di Indonesia. Dengan memahami duduk permasalahan kesehatan reproduksi, yang menjadi pangkal kontroversi selama konferensi, diharapkan pemahaman masalah kesehatan reproduksi tidak terbelenggu pada isu kontroversi semula tentang: "setuju atau tidak setuju terhadap pelaksanaan aborsi". Perlu benar-benar disadari bahwa konsep dan upaya di bidang kesehatan reproduksi mencakup keluarga berencana dan kesehatan seksual, yang memiliki aspek-aspek lain yang amat penting untuk segera ditangani pada masa depan. misalnya

masalah kematian maternal dan epidemi HIV/AIDS (WHO, 1994 b,f; World Bank, 1994 d; UN, 1994 a). Dengan pemahaman tersebut diharapkan arahan dan sasaran kebijaksanaan, program, dan penelitian di bidang kesehatan reproduksi sejalan dengan rekomendasi hasil konferensi Kairo, yang tidak bertentangan dengan tujuan dan program pembangunan nasional. Meskipun demikian, pemusatan pada aspek kesehatan reproduksi adalah bukan dimaksudkan untuk mengecilkan aspek-aspek lain yang lebih luas, yang tidak kalah pentingnya dalam pembangunan kependudukan. Akan tetapi, semata-mata agar masalah yang sudah dibahas sangat hangat ini dapat didudukkan sesuai dengan yang semestinya, yaitu melalui pemahaman yang lebih lengkap pada permasalahan kesehatan reproduksi yang dibahas dalam Konferensi Kependudukan Sedunia di Kairo yang lalu.

Arti, Manfaat, dan Ruang Lingkup Konferensi Kairo

1. Apakah Arti dan Manfaat Konferensi Ini?

Setiap sepuluh tahun sekali, negara-negara anggota Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) membahas peluang dan masalah kependudukan secara bersama-sama melalui Konferensi Kependudukan Sedunia (The World Bank, 1994 d). Dalam kesempatan tersebut, diidentifikasi pula kesempatan dan upaya-upaya yang sekiranya dapat dilakukan dalam 10-20 tahun mendatang agar penduduk menjadi lebih berkualitas dan lebih dapat menikmati hasil pembangunan dengan

selayaknya. Biasanya, perdebatan dalam konferensi tidak dapat dihindari, dan bahkan bersifat sangat kontroversial karena apa yang akan terjadi pada masa mendatang tidak sepenuhnya dapat diperkirakan. Di samping itu, polarisasi paham, dan konsep pembangunan kependudukan selalu terjadi, apakah polarisasi itu terjadi karena berasal dari kelompok negara donor dan penerima bantuan, atau antara kelompok yang lebih mempertahankan konsep-konsep religius dengan kelompok-kelompok yang semakin menjahui unsur-unsur pertimbangan keagamaan.

Pada Konferensi Kependudukan di Bucharest pada tahun 1974, perdebatan terpusat pada isu: bagaimana kebijaksanaan dan program untuk mengurangi pertumbuhan penduduk yang melaju sangat pesat di negara-negara yang sedang berkembang? Pada konferensi tersebut, negara-negara donor dalam pembangunan kependudukan, terutama Amerika Serikat, mendorong sangat kuat perlunya pengaturan kelahiran, sedangkan negara-negara sedang berkembang memegang teguh slogannya bahwa: *development is the best contraceptive method*. Sepuluh tahun kemudian, di Meksiko diselenggarakan Konferensi Kependudukan Sedunia yang kedua. Pada konferensi kependudukan tahun 1984 tersebut, Amerika Serikat sebagai negara donor di bidang pembangunan kependudukan yang terbesar justru mengendor dukungannya (*The World Bank, 1994 d*). Dukungan tersebut mengendor karena ketakutan bahwa aborsi akan dipromosikan menjadi salah satu metode pengaturan kelahiran. Di lain pihak, pada saat itu negara-negara

sedang berkembang mulai menyadari sepenuhnya betapa pentingnya upaya penurunan angka kelahiran sebagai salah satu strategi untuk menjamin laju pertumbuhan ekonomi.

Pada Konferensi Kependudukan Sedunia yang diselenggarakan dari tanggal 5-13 September tahun 1994 di Kairo, tantangan, masalah dan peluang di bidang kependudukan selama abad ke-21 yang akan datang menjadi agenda pokok konferensi ini (*UN, 1994 b,c,d*). Pembahasan tidak terbatas pada isu untuk mempercepat transisi demografi bagi negara-negara yang masih ketinggalan, ataupun menghadapi permasalahan lain bagi negara yang sudah selesai transisi demografinya. Permasalahan yang dibahas mencakup sangat luas dari bagaimana memampukan wanita sampai dengan keterkaitan antara pembangunan kependudukan dan lingkungan hidup. Meskipun demikian, karena masalah aborsi yang belum secara tuntas dibahas di Meksiko serta tersisihkan dari perbincangan dalam Konferensi Bumi di Rio, Kairo dijadikan ajang perdebatan lanjutan dalam masalah ini sehingga karena hangatnya kontroversi tentang masalah aborsi ini, seakan-akan konferensi ini seperti konferensi tentang aborsi. Hal ini karena masalah aborsi dikaitkan dengan: *pertama*, masalah hak-hak reproduksi sebagai bagian dari hak asasi umumnya; *kedua*, dikaitkan dengan masalah agama; dan *ketiga*, pertimbangan moral yang sifatnya sangat menyentuh pribadi; padahal, agenda konferensi yang dituangkan dalam Program Aksi Kependudukan tahun 1994 sangat luas dan menyangkut

berbagai bidang dan sektor (Lihat Lampiran 1).

2. Tema dan Tujuan Konferensi

Konferensi Kependudukan Sedunia di Kairo mempunyai tujuan sesuai dengan yang digariskan dalam resolusi Komisi Sosial-Ekonomi PBB nomor 1989/91, 1991/93 dan 1992/37 dan diketuai oleh Sekretaris Jenderal *United Nation Found For Population Activities (UNFPA) (UN, 1994 d,e,f)*. Tema konferensi ini ialah: **Penduduk, Pertumbuhan Ekonomi yang Berlanjut dan Pembangunan Berkelanjutan**. Adapun pokok objektif dari konferensi ini ialah sebagai berikut.

- a. Memberikan kontribusi melalui hasil *review* dan pengkajian kembali perkembangan yang dicapai dari objektif, tujuan, dan rekomendasi "Rencana Aksi Kependudukan Dunia" (*The World Population Plan of Action*) yang digariskan pada konferensi sebelumnya, termasuk identifikasi hambatan-hambatan yang ditemukan sampai saat ini.
- b. Mengidentifikasi instrumen dan mekanisme untuk menjamin peaksanaan rekomendasi dalam "Rencana Aksi Kependudukan Dunia" (*Population Plan of Action*).
- c. Memelihara dan memperkuat tingkat kesadaran secara Internasional terhadap masalah-masalah kependudukan dan kaitannya dengan pembangunan.
- d. Mempertimbangkan peningkatan langkah-langkah terpilih sesuai dengan yang diinginkan pada tingkat global, regional, dan nasional, serta cara dan tujuan yang ditempuh

dalam menangani masalah kependudukan pada abad-abad mendatang dalam perspektif pembangunan yang tepat.

- e. Menyepakati beberapa rekomendasi-rekomendasi untuk dekade mendatang dalam menjawab tantangan kependudukan dan pembangunan yang dirasakan penting, seperti yang diutarakan pada resolusi yang akan disepakati.
- f. Meningkatkan mobilisasi sumber dana yang diperlukan untuk menjalankan rekomendasi dari hasil konferensi, terutama untuk kepentingan negara-negara sedang berkembang.

Di samping keenam pokok objektif yang digariskan tersebut, semula ada enam isu pokok yang harus dimasukkan dalam rekomendasi hasil konferensi, yaitu sebagai berikut.

- a. Pertumbuhan penduduk, perubahan struktur demografi, termasuk usia lanjut, dan perbedaan tingkat perubahan tersebut menurut wilayah, dengan perhatian khusus pada keterkaitan antara faktor demografis dan pembangunan sosial-ekonomi.
- b. Kebijakan dan program kependudukan, dengan penekanan pada mobilisasi sumber dana untuk negara-negara yang sedang berkembang, pada tingkat nasional dan internasional, tetapi menurut kapasitas dan kepentingan masing-masing negara.
- c. Keterkaitan antara penduduk, pembangunan, lingkungan, dan hal-hal lain yang berkaitan.
- d. Perubahan distribusi penduduk, termasuk determinan sosial-

ekonomi dari migrasi internal dan konsekuensi pembangunan daerah urban dan rural, dan semua determinan dan konsekuensi dari migrasi internasional.

- e. Keterkaitan antara peningkatan peranan dan sosial ekonomi wanita dengan dinamika penduduk, termasuk perkawinan usia remaja, kesehatan ibu dan anak, pendidikan dan pekerjaan wanita, dengan perhatian khusus pada kemudahan akses wanita pada sumber dan pelayanan yang diberikan.
- f. Program keluarga berencana, kesehatan, dan kesejahteraan keluarga.

Dari keenam topik tersebut, rekomendasi akhir dari Aksi Program Kependudukan Dunia tahun 1994 berkembang menjadi lebih luas dengan topik-topik seperti yang tertera pada Lampiran 1. Dengan demikian, meskipun dalam media massa konferensi Kairo seakan-akan seperti konferensi tentang aborsi, sesungguhnya hal tersebut hanya merupakan sekelumit prinsip di antara konsep-konsep pembangunan yang lain.

3. Persiapan Pelaksanaan dan Peran Indonesia

Semenjak diputuskan akan diselenggarakan Konferensi Kependudukan Sedunia, telah diselenggarakan 6 kali pertemuan kelompok para-ahli (*expert group meeting*) yang diorganisasi oleh UNFPA pada topik-topik tersebut di atas. *Pertemuan pertama* yang diselenggarakan di New York pada tanggal 20-24 Januari 1992, membahas masalah

penduduk, lingkungan, dan pembangunan. *Pertemuan kedua* diselenggarakan di Kairo pada tanggal 12-16 April 1992, membahas tentang kebijaksanaan dan program kependudukan. *Pertemuan ketiga* diselenggarakan di Gaborone tentang penduduk dan wanita dari tanggal 22-26 Juni 1992. *Pertemuan keempat* dari tanggal 26-29 Oktober tahun 1992 membahas tentang keluarga berencana, kesehatan, dan kesejahteraan keluarga. *Pertemuan kelima* tentang pertumbuhan penduduk dan perubahan struktur demografi diselenggarakan di Paris sejak tanggal 16-20 November 1992. *Pertemuan keenam* diselenggarakan di Santa Cruz, Bolivia sejak tanggal 18-22 Januari, 1993 yang membahas tentang distribusi penduduk dan migrasi (UN, 1994 e,f).

Pertemuan regional di kelima wilayah kerja menurut PBB (Asia Pasifik, Afrika, Arab dan Timur Tengah, Eropa dan Amerika Latin dan Karibia) juga dilaksanakan oleh UNFPA, dengan membahas topik yang relevan untuk masing-masing kelompok. UNFPA juga mengadakan pertemuan komisi persiapan konferensi (PREPCOM) sebanyak 3 kali, yaitu pertemuan untuk membahas pelaksanaan dan isi materi yang akan dibahas dalam konferensi. Pertemuan komisi persiapan konferensi yang pertama kali dilaksanakan pada tanggal 4-8 Maret 1991; pertemuan kedua pada tanggal 10-21 Mei 1993; dan pertemuan ketiga dari tanggal 4-22 April 1994. Dari hasil PREPCOM diharapkan Aksi Kependudukan Sedunia dapat disepakati oleh wakil-wakil dari peserta konferensi sehingga pada saatnya konferensi di Kairo berlangsung tinggal

mengadopsi rekomendasi tersebut. Meskipun demikian, banyak masalah yang belum mencapai kesepakatan pada akhir PREPCOM yang ke-III sehingga hal itu masih harus dibahas sebelum konferensi resmi tersebut berlangsung, yaitu melalui pertemuan dari pejabat-pejabat senior wakil anggota PBB (UN, 1994 e,f).

Di luar pertemuan-pertemuan formal tersebut, beberapa kelompok negara, organisasi, keahlian dan minat-minat lain melaksanakan pertemuan untuk menghadapi konferensi dunia tersebut. Misalnya, beberapa negara atau organisasi internasional yang tergolong donor di bidang kependudukan menyelenggarakan pertemuan bersama di Belgio, yang antara lain keluar dengan usulannya tentang pembiayaan inisiatif "Kerjasama Selatan-Selatan". Selama konferensi, persatuan anggota parlemen dan Lembaga Swadaya dan Organisasi Masyarakat (NGO) menyelenggarakan pertemuan secara terpisah dari pertemuan wakil-wakil negara anggota PBB.

Indonesia berperan sangat aktif dalam persiapan konferensi kependudukan dunia. Peran tersebut antara lain menjadi tuan rumah dari pertemuan kependudukan negara-negara Asia Pasifik (ESCAP) tahun 1992 di Bali. Sebagai ketua Non-Blok, Indonesia juga memprakarsai dan menyelenggarakan konferensi kependudukan pada tingkat ahli dan tingkat menteri menjelang konferensi di Kairo. Hasil konferensi tersebut merupakan kesepakatan bulat dari anggota-anggota negara Non-Blok yang dipakai sebagai acuan dalam negosiasi pada pertemuannya di Kairo. Di samping

itu, selama pertemuan persiapan dan berlangsungnya konferensi, Indonesia selalu duduk sebagai wakil ketua konferensi. Tentu saja pada saat konferensi berlangsung di Kairo Indonesia juga aktif sebagai anggota kelompok-kelompok kecil yang membahas kontraversi di dalam program aksi kependudukan tentang preambull, prinsip-prinsip, objektif kuantitatif, kesehatan reproduksi, aborsi, keluarga, dsb.

4. Mengapa Konferensi Memperoleh Tanggapan yang Luas?

Konferensi Kependudukan Dunia di Kairo memperoleh perhatian yang cukup besar. Luasnya perhatian ini tidak hanya ditandai dengan banyaknya jumlah peserta yang menghadiri konferensi, tetapi juga luasnya pemberitaan media massa sebelum, selama, dan sesudah konferensi berlangsung. Perhatian yang luas tersebut karena pada dekade inilah masalah-masalah dunia menjadi lebih kendor perhatiannya dari ketegangan polarisasi politik antar-Blok Barat dan Timur, dan beralih ke kutub menuju masalah-masalah pembangunan sosial dan ekonomi yang lebih mendasar (*The World Bank, 1994 c,d*).

Dengan berkurangnya polarisasi politik tersebut, pembangunan ekonomi dan sosial mulai diangkat ke permukaan kembali, bersamaan dengan penonjolan yang sedikit berlebihan tentang hak-hak asasi individu, yang selalu dikaitkan dengan berbagai aspek pembangunan umum lainnya. Masih berkaitan dengan hak-hak asasi ini timbul pula dorongan yang semakin kuat agar kedudukan

wanita menjadi sederajat dengan pria dan mempunyai kesempatan yang sama dalam partisipasinya pada proses pembangunan. Di samping itu, beberapa studi menunjukkan bahwa pembangunan sumber daya manusia yang semula dianggap sebagai proses yang dapat berjalan dengan sendirinya, sekarang semakin terlihat dengan jelas bahwa memerlukan perhatian khusus (*The World Bank, 1994 c*). Pembangunan jangka panjang akan lebih efisien dan menguntungkan apabila memperhatikan secara khusus pembangunan bidang sumber daya manusia, termasuk melakukan investasinya di bidang pelayanan kesehatan dan upaya pengentasan kemiskinan. Lebih dari itu, semakin pula disadari pentingnya kerja sama internasional dalam bentuk-bentuk kemitraan antarbangsa yang baru karena semua permasalahan di setiap sudut dunia dengan era globalisasi juga menjadi permasalahan seluruh bangsa di dunia.

5. Isu Pokok Kesehatan Reproduksi dan Seksual serta Hak-Hak Reproduksi dan Hak Seksual

Masalah kesehatan reproduksi sebenarnya relevan untuk semua jenis kelamin, namun karena naluri dan kodrat biologis wanita, menjadikan mereka memperoleh porsi pembahasan yang lebih banyak (*The World Bank, 1994 8*). Oleh sebab itu, meskipun dalam konferensi ini diarahkan untuk kedua jenis kelamin, diskusi dan kontroversi selalu diwarnai dengan masalah-masalah kesehatan reproduksi wanita.

Pada konferensi ini, sekitar 225 tempat dalam draf Aksi Program

Kependudukan mengandung kata kesehatan reproduksi dan seksual serta hak-hak reproduksi dan seksual (*UN, 1994 d*). Karena konsep kesehatan reproduksi ini dikaitkan dengan hak-hak reproduksi dan seksual, termasuk hak untuk melakukan aborsi, hal tersebut menjadi pangkal dari segala kontroversi di dalam konferensi ini. Hal ini karena di mana pun pendapat individu tentang pelaksanaan aborsi sangat berbeda-beda, tergantung pemahaman religius dan moral masing-masing penduduk. Oleh sebab itu, sebelum masalah kesehatan reproduksi dipecahkan, semula terjadi kemacetan dalam konferensi tersebut.

Agar negosiasi berjalan lancar, dibentuk komisi kecil dengan tugas membahas terlebih dahulu pasal yang berkaitan dengan isu aborsi, dan baru bergerak pada definisi kesehatan reproduksi dan seksual serta hak-hak reproduksi dan seksual yang terkait. Karena media massa umumnya memantau isu-isu yang sifatnya kontroversi, tidak aneh apabila selama 4-5 hari dalam membahas konsep-konsep tersebut timbul kesan bahwa konferensi Kairo seakan-akan merupakan konferensi aborsi. Dalam komisi kecil yang membahas tentang aborsi dan kesehatan reproduksi, kebetulan penulis memperoleh tugas untuk duduk dalam komisi kecil tersebut.

Kesepakatan Bersama dan Sasaran Kuantitatif yang Akan Dicapai

1. Sumber Permasalahan dari Perbedaan Konsep, Definisi dan Pelaksanaan Kebijakan

Selain perbedaan konsep yang berkaitan dengan masalah kesehatan reproduksi dan seksual, isu-isu tentang hak reproduksi dan seksual, aborsi, pencanangan tujuan kuantitatif, prinsip-prinsip pembangunan kependudukan, macam-macam bentuk keluarga, pengaturan kelahiran, hak migran internasional untuk bergabung dengan keluarganya, mekanisme dan besarnya pendanaan pembangunan kependudukan menjadi masalah yang mengganjal jalannya sidang. Oleh sebab itu, atas prakarsa ketua dan wakil ketua konferensi dibentuk kelompok-kelompok kecil untuk menyatukan pendapat agar konsep dapat diterima oleh semua pihak.

Perbedaan konsep yang timbul akhirnya dapat disepakati bersama dengan melalui negoisasi yang cukup alot. Misalnya, konsep keluarga yang menimbulkan permasalahan adalah diajukannya konsep *other form unions* yang akhirnya diperhalus menjadi *various forms of the family*. Dicanangkannya tujuan kuantitatif menimbulkan masalah karena dianggap akan mendorong timbulnya "paksaan" kepada petugas pelayanan untuk mencapai target kuantitatif tersebut, meskipun akhirnya diterima secara aklamatif berkat peran pertemuan-pertemuan informal yang dipimpin oleh Indonesia. Perlu dicatat bahwa dalam dokumen Program Aksi Kependudukan tidak ada target kuantitatif yang berhubungan dengan angka fertilitas total (TFR) yang akan dicapai pada tahun tertentu. Sejak persiapan konferensi (Prep Com ke-II) angka target ini memang telah dihapus dari usulan yang diajukan.

Pada masalah migrasi internasional, *recognize the right to family reunification* merupakan konsep yang belum diterima oleh negara-negara maju, tetapi kemudian hanya disepakati sebagai *the vital importance of the family reunification*. Negara-negara Afrika sangat mendesak untuk diakuinya *the right to family reunification* tersebut. Masih banyak konsep-konsep lain yang menjadi ganjalan selama konferensi sehingga sedikit melumerkan pemberitaan media massa tentang isu-isu kependudukan penting lainnya yang sudah disepakati bersama.

2. Landasan Pokok untuk Mencapai Kesepakatan Hasil Konferensi

Karena berbagai isu yang menjadi ganjalan tersebut berakar pada perbedaan konsep, definisi, dan interpretasi yang berkaitan dengan keanekaragaman bangsa anggota konferensi, perbedaan tersebut perlu dikenali. Hal-hal yang dikenali tersebut kemudian dijadikan landasan pokok dalam pelaksanaan Program Aksi Kependudukan ini pada tingkat negara masing-masing. Oleh sebab itu, landasan tersebut akhirnya disepakati, yaitu dengan memasukan dalam *chapeau* pada Bab II tentang Prinsip-prinsip (UN, 1994 d), yang antara lain:

- a. pelaksanaan Program Aksi Kependudukan ini adalah *sovereign right* dari masing-masing negara,
- b. harus sejalan dengan hukum yang berlaku di masing-masing negara,
- c. merupakan prioritas pembangunan masing-masing negara,
- d. menghargai sepenuhnya beberapa aspek religius, nilai-nilai etis, dan

latar belakang budaya dari masing-masing bangsa, dan

- e. sejalan dengan hak-hak asasi manusia yang bersifat universal.

Dengan adanya kesepakatan prinsip tersebut, maka isu-isu yang semula dirasakan sangat bertentangan dengan prinsip masing-masing negara dapat diterima secara aklamatif. Hal ini karena masing-masing Program Aksi Kependudukan tersebut dapat dipilahkan, apakah sudah memenuhi kaidah dari prinsip tersebut di atas atau belum? Apabila tidak memenuhi prinsip masing-masing negara, dapat diinterpretasikan secara khusus dalam pelaksanaannya. Di samping itu, kesepakatan bersama dipermudah dengan diterimanya prinsip kerja sama dan solidaritas universal dalam melaksanakan program aksi kependudukan, yang dituntun oleh piagam PBB serta spirit kemitraan dalam meningkatkan kualitas umat manusia.

3. Sasaran Kuantitatif sampai Tahun 2015

Secara kuantitatif objektif konferensi ini diarahkan pada 5 bidang sasaran pokok: 1) tercapainya pertumbuhan ekonomi yang senantiasa meningkat dalam konteks pembangunan berkelanjutan, 2) pencapaian pendidikan secara universal, utamanya untuk wanita, 3) persamaan dan pemerataan menurut *gender*, 4) penurunan angka kematian ibu, bayi dan anak, dan 5) pemberian akses pelayanan kesehatan reproduksi yang universal, termasuk di dalamnya pelayanan keluarga berencana dan kesehatan seksual. Pencapaian sasaran tersebut

diarahkan agar tercapai stabilitas penduduk dunia, yang berkaitan pula dengan perbaikan dalam hal konsumsi dan produksi yang tidak berkelanjutan, pertumbuhan ekonomi, dan pembangunan berkelanjutan (UN, 1994 d).

Secara kuantitatif, angka harapan hidup penduduk pada negara dengan angka kematian tinggi akan ditingkatkan menjadi 65 pada tahun 2005 dan 70 pada tahun 2015, sedang untuk negara dengan angka kematian rendah ditingkatkan menjadi 70 pada tahun 2005 dan 75 pada tahun 2015 (Tabel 1a). Untuk angka kematian bayi, tujuan yang hendak dicapai pada "World Summit for Children" tahun 1990 akan tetap dipertahankan. Dalam hal ini angka kematian bayi pada tahun 2000 harus lebih rendah dari 50 dan angka kematian anak harus lebih rendah dari 70 per 1000 kelahiran; atau secara kualitatif maka angka kematian bayi dan anak pada tahun 2000 diturunkan menjadi separo dari kondisi tahun 1990. Selanjutnya pada negara dengan kematian sedang, maka angka kematian bayi pada tahun 2005 harus lebih rendah dari 50 dan kematian anak lebih rendah dari 70 per 1000 kelahiran. Semua negara diharapkan pada akhir tahun 2015 telah memiliki angka kematian bayi di bawah 35 dan angka kematian anak di bawah 45 per 1000 kelahiran (Tabel 1b).

Angka kematian maternal (AKM) merupakan indikator kuantitatif yang berkaitan dengan program-program kesehatan reproduksi dan program-program untuk menampilkan wanita. Dari Program Aksi Kependudukan tahun 1994, maka disepakati agar AKM untuk

tahun 2000 diturunkan menjadi separo dari tingkat kematian pada tahun 1990, dan pada tahun 2015 diturunkan menjadi separonya dari tingkat kematian pada tahun 2000. Secara kuantitatif untuk semua negara diharapkan mempunyai AKM kurang dari 125 pada tahun 2005 dan kurang dari 75 per 100.000 kelahiran pada tahun 2015. Bagi negara-negara dengan angka kematian sedang, maka AKM diharapkan turun menjadi di bawah 100 pada tahun 2005 dan 60 per 100 000 kelahiran pada tahun 2015 (Tabel 1 c). Untuk semua angka-angka kuantitatif tersebut di atas, perlu diupayakan untuk mengurangi diferensial angka-angka kuantitatif tersebut, baik menurut *gender*, geografis, tingkat sosial-ekonomis, etnis, dan antara penduduk asli dan pendatang.

4. Keseiringan Sasaran Kuantitatif dan Kualitatif Hasil Konferensi dengan Tujuan Pembangunan Nasional

Secara umum, tujuan kuantitatif tersebut sejalan dengan apa yang ingin dicapai dari pemerintah (lihat Tabel 2). Misalnya, pada akhir tahun 1990 angka hidup waktu lahir dapat dinaikkan dari 62 pada akhir tahun 2020 menjadi 71,2 tahun. Angka kematian bayi pada akhir tahun 1990 adalah 60,7 diharapkan menurun menjadi 23,9 tahun per 1000 kelahiran pada akhir tahun 2020. Meskipun demikian, khusus untuk AKM agaknya hal itu memerlukan upaya-upaya khusus karena harus diturunkan sedikit lebih rendah daripada apa yang hendak kita capai. Pada buku Repelita VI, AKM akhir Repelita VI diperkirakan 225 akan diturunkan menjadi 80 per

100.000 kelahiran akhir PJP II (*Republik Indonesia, 1994 a*). Oleh sebab itu, tanpa adanya upaya terobosan baru dalam bidang kesehatan reproduksi dan bidang lain yang terkait, maka akan sulit untuk mencapai sasaran AKM yang telah disepakati bersama tersebut. Ini mempunyai implikasi bahwa pengadaan bidan, pemerataan dan peningkatan pelayanan kesehatan di masyarakat perlu segera ditingkatkan agar tujuan tersebut dapat tercapai.

5. Implikasi Umum Kesepakatan dalam Pelaksanaan Pembangunan Berkelanjutan di Indonesia

Dibandingkan dengan kesepakatan Program Aksi Kependudukan sebelumnya, program ini mencakup aspek yang lebih luas. Masuknya isu keluarga dalam bab tersendiri dan semakin menonjolnya isu pembangunan untuk kepentingan wanita (termasuk hak-hak reproduksi dan seksual yang akan lebih dijamin) maka pembangunan akan memberikan hasil yang lebih efektif dan meningkat dengan cepat. Misalnya, wanita adalah sasaran pembangunan yang relatif tertinggal dibandingkan dengan pria karena wanita terbukti memiliki tingkat pendidikan, penghasilan, dan jenis pekerjaan yang kurang menguntungkan (*The World Bank, 1994 d*). Oleh sebab itu, dengan menutup kekurangan tersebut berarti mempercepat tingkat pembangunan dengan menutup *gap* yang selama ini terjadi.

Di samping upaya mengentaskan wanita dari posisinya agar menjadi lebih berpendidikan dan lebih berpenghasilan, memfokuskan pembangunan pada wanita akan mempunyai dampak tidak

langsung, yaitu menurunnya tingkat fertilitas wanita. Dengan demikian, upaya pengendalian dan pengaturan kelahiran akan menjadi diperkuat, yang akhirnya akan mempercepat penurunan laju pertumbuhan penduduk secara keseluruhan. Penurunan angka laju pertumbuhan penduduk akan berkaitan dengan membaiknya pertumbuhan ekonomi.

Upaya tersebut akan menjadi semakin besar manfaatnya bagi negara kita, apabila masalah keterkaitan antara lingkungan dan penduduk juga dilaksanakan seperti yang dianjurkan dalam Program Aksi Kependudukan. Sisi yang perlu dilaksanakan sebagai hasil kesepakatan ini antara lain menjawab pertanyaan, apa yang bisa kita lakukan untuk memperbaiki lingkungan agar pembangunan dapat berjalan secara berkelanjutan (*The World Bank, 1994; UN, 1994 d*). Memfonis faktor kependudukan sebagai biang keladi permasalahan lingkungan saja tidak menyelesaikan ancaman yang ada, tetapi yang perlu adalah memanfaatkan potensi penduduk dan keluarga untuk melindungi dan memanfaatkan lingkungan sebaik-baiknya.

Perluasan Konsep dan Definisi Kesehatan Reproduksi Serta Hubungannya dengan Hak-hak Reproduksi dan Seksual

1. Konsep dan Definisi Kesehatan Reproduksi dan Kesehatan Seksual

Konsep dan definisi kesehatan reproduksi semula dipisahkan dari konsep dan definisi kesehatan seksual. Usulan tersebut sangat kuat dan datangnya dari negara-negara persatuan

Eropa. Usulan tersebut sangat beralasan karena meskipun secara keilmuan mungkin kurang tepat, tetapi upaya tersebut bertujuan agar permasalahan kesehatan seksual dapat lebih ditonjolkan. Alasannya ialah beberapa negara di Eropa dan Amerika mulai menghadapi permasalahan tersebut dengan sangat serius, dan akan menjadi semakin menonjol pada abad ke-21 nanti (misalnya masalah HIV/AIDS). Di lain pihak, untuk beberapa negara berkembang masalah keluarga berencana masih sangat dibutuhkan sehingga "konsep baru" kesehatan reproduksi perlu mengakomodasikan kepentingan kedua kelompok ini.

Usulan untuk menonjolkan masalah kesehatan seksual menjadi konsep yang terpisah dari kesehatan reproduksi tidak dapat diterima oleh beberapa negara yang menganut paham keagamaan secara kuat, termasuk Indonesia. Oleh sebab itu, dengan tanpa menghilangkan kepentingan dan esensi masalah tersebut, kesehatan seksual dimasukkan sebagai bagian dari konsep kesehatan reproduksi. Dengan memasukkan kesehatan seksual sebagai bagian dari kesehatan reproduksi sepenting dengan keluarga berencana, maka kesepakatan dapat dicapai. Dalam hal ini disebutkan bahwa: *reproductive health, including family planning and sexual health*.

"Konsep baru" tentang kesehatan reproduksi juga sedikit berbeda dengan konsep teknis yang sekarang ini dianut oleh WHO karena definisi teknis *fertility regulation* dari WHO mencakup aborsi di dalamnya (*WHO, 1994 a, b*), padahal tidak semua negara mau memasukkan atau mengakui bahwa aborsi merupakan salah satu hal yang perlu dilayani oleh

pemerintah dalam melaksanakan program *fertility regulation*. Untuk itu, disepakati untuk diganti dengan istilah *regulation of fertility which are not against the law*. Dengan demikian, akhirnya disepakati definisi kesehatan reproduksi sebagai berikut.

Reproductive health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity, in all matters relating to the reproductive system and to its functions and processes (UN, 1994 d).

Terlihat bahwa definisi tersebut berakar pada definisi sehat dari WHO dan memfokuskan pada sistem, fungsi, dan proses alat reproduksi. Lebih jauh dari itu disepakati bahwa.

Reproductive health therefore implies that people are able to have a satisfying and safe sex life and that they have capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so (UN, 1994 d).

Secara spesifik, bahwa definisi tersebut dikaitkan dengan hak masing-masing individu dalam memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi sehingga disebutkan sebagai berikut.

implicit in this last condition are the 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 appropriate health-care services that will enable women to go safely

through pregnancy and childbirth and provide couples with the best chance of having a healthy infant (UN 1994 d).

Dalam kaitan ini, perlu didefinisikan lebih lanjut apa yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan reproduksi sehingga tidak membingungkan para program manajer. Perlu dicatat bahwa pelayanan di sini tidak secara spesifik memasukkan atau mengesampingkan aborsi di dalamnya.

In line with the above definition of reproductive health, reproductive health care is defined as the constellation of methods, techniques and services that contribute to reproductive health and well-being through preventing and solving reproductive health problems (UN 1994 d).

Karena definisi kesehatan reproduksi mencakup pula kesehatan seksual, tujuan kesehatan seksual digariskan sebagai berikut.

It also includes sexual health, the purpose of which is the enhancement of life and personal relations, and not merely counselling and care related to reproduction and sexually transmitted diseases (UN 1994 d).

Dengan definisi tersebut disepakati bahwa semua pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi perlu mengacu definisi "konsep baru" tersebut di atas.

Secara spesifik disebutkan bahwa

the implementation of the Programme of Action is to be guided by the above comprehensive definition of reproductive health, which

includes sexual health UN 1994 d).

Karena dalam membahas kesehatan reproduksi selalu tercakup masalah-masalah aborsi, perlu didefinisikan secara jelas apakah yang dimaksud dengan aborsi dalam dokumen ini. Bahkan pada proses pembahasan, definisi aborsi ini dibahas terdahulu, yang secara keseluruhan memakan waktu hampir 4 hari penuh. Definisi aborsi yang tidak aman (*unsafe*) tersirat pada paragraf 8.25, yaitu paragraf yang hampir setiap delegasi yang menghadiri konferensi dengan sabar menunggununggu kelahirannya dari hasil diskusi kelompok kecil.

In no case should abortion be promoted as a method of family planning. All Governments and relevant intergovernmental and non governmental organization are urged to strengtben their commitment to women health, to deal with the health impact of unsafe abortion / as a major public health concern and to reduce the recourse to abortion through expanded and improved family planning services. Prevention of unwanted pregnancies must always be given the highest priority and all attempts should be made to eliminate the need for abortion. Women who have unwanted pregnancies should have ready access to reliable information and compasstonate counselling. Any measures or*

changes related to abortion within the health system can only be determined at the national or local level according to the national legislative process. In circumstances in which abortion is not against the law, such abortion should be safe. In all cases women should have access to quality services for the management of complication arising from abortion. Post-abortion counselling, education and family planning services should be afforded promptly which will also help to avoid repeat abortions (UN, 1994 d).

Perlu digarisbawahi bahwa di dalam paragraf ini ditulis *in circumstances in which abortion is not against the law* untuk menggantikan istilah *legal abortion* yang sangat tidak diinginkan oleh kelompok negara dengan penduduk mayoritas Katolik. Dengan pergantian istilah ini, mereka tidak perlu dipaksa bahwa ada negara-negara yang sebenarnya melegalisasi aborsi. Sebenarnya banyak negara yang dengan berbagai alasan melakukan aborsi sehingga upaya tersebut memang benar-benar beralasan politis saja. Pada Tabel 3 disajikan berbagai alasan pelaksanaan aborsi yang dikumpulkan dari 190 negara anggota PBB. Dari tabel ini dapat disimpulkan bahwa 91 persen negara-negara anggota PBB setuju dilakukan aborsi karena kehamilan mengancam jiwa ibu (*UN 1993 a,b; 1994 c,d*). Terlihat bahwa hanya 22 persen negara

* Unsafe abortion is defined as procedure for terminating an unwanted pregnancy either by lacking necessary skills or in an environment lacking the minimal medical standard of both.

menyetujui dilakukan aborsi atas permintaan ibu. Dalam paragraf 8.25 tersebut di atas ditegaskan bahwa pencegahan kehamilan yang tidak disengaja selalu menjadi prioritas program Indonesia. Bagi mereka yang terlanjur mengalami kehamilan tidak disengaja, akses pelayanan informasi dan konseling dilaksanakan secara hati-hati.

Posisi Indonesia dalam masalah aborsi sangatlah tegas karena telah disebutkan secara jelas dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 pasal 15 (Lampiran 2). Dalam kesempatan itu, secara tegas dikatakan bahwa aborsi dilarang di Indonesia, kecuali atas alasan medis mengancam jiwa ibu. Meskipun demikian, ini tidak berarti bahwa komplikasi *unsafe abortion* tidak perlu ditangani, tetapi justru harus ditingkatkan upaya-upayanya untuk menyelamatkan nyawa ibu (*Republik Indoncsia 1992 b*).

2. Definisi Hak-Hak Reproduksi dan Seksual

Berkaitan dengan "konsep baru" kesehatan reproduksi, maka hak reproduksi mencakup hak seksual yang disepakati sebagai berikut.

Bearing in mind the above definition, reproductive rights embrace certain human rights that are already recognized in national laws, international human right documents and other relevant United Nations consensus documents. These right rest on the recognition of the basic right 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. It also include the right of all to make decisions concerning reproduction free of discrimination, coercion and violence as expressed in human right documents (UN, 1994 d).

Perlu dicatat bahwa hak-hak individu harus dibarengi pula oleh hak dari masyarakat sehingga apa yang dilakukan haruslah bertanggung jawab pada masyarakat pula.

In the exercise of this rights they should take into account the needs of their living and future children and their responsibilities towards the community. The promotion of the responsible exercise of these right for all people should be the fundamental basis for government supported policies and programmes in the area of reproductive health, including family planning. As part of their commitment, full attention should be given to the promotion of mutually respectful and equitable gender relation and particularly to meeting the education and service needs of adolescents to enable them to deal in a positive and responsible way their sexuality (UN, 1994 d).

Beberapa faktor di luar individu dan masyarakat mempengaruhi pelaksanaan hak-hak reproduksi tersebut sehingga perlu ada pertimbangan lain dalam membandingkan hak-hak ini. Hal ini terjadi karena pelaksanaan dari hak-hak

ini dipengaruhi pula oleh tingkat pendidikan tentang informasi kesehatan seksual, risiko perilaku seksual yang menyimpang, dan sebagainya sehingga dipertegas sebagai berikut.

Reproductive health eludes many of the world people because of such factors as: inadequate levels of knowledge about human sexuality and inappropriate or poor-quality reproductive health information and services; the prevalence of high-risk sexual behavior; discriminatory social practices: negative attitudes towards women and girls; and the limited power many women and girls have over their sexual and reproductive levels. Adolescents are particularly vulnerable because of their lack of information and access to relevant services in most countries. Older women and men have distinct reproductive and sexual health issues which are often inadequately addressed (UN, 1994 d).

Dari uraian tersebut dapat disepakati bahwa pelaksanaan hak-hak universal harus dijamin, tetapi tidak boleh melupakan kondisi budaya, etnis, dan tingkat pembangunan yang dicapai oleh bangsa masing-masing. Perbedaan ini akan terbawa arus globalisasi sehingga pelaksana hak-hak tersebut tidak jauh berbeda dengan pelaksanaan di negara lain.

3. Kebijakan untuk Aksi di Bidang Kesehatan Reproduksi dan Seksual

Ada tiga tujuan pokok yang ingin dicapai dalam bidang kesehatan

reproduksi dan kesehatan seksual ini (UN, 1994 d).

- (a) *To ensure that comprehensive and factual information and a full range reproductive health care services, including family planning, which are accessible, affordable, acceptable and convenient to all users;*
- (b) *To enable and support responsible voluntary decisions about child-bearing and 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 to have information, education and means to do so;*
- (c) *To meet changing reproductive health needs over the life cycle and to do so in ways sensitive to the diversity of circumstances of local communities.*

Hampir semua tujuan tersebut dirinci lebih mendalam lagi pada Undang-Undang Nomer 10, Tahun 1992 dan Peraturan Pemerintah Nomor 21 dan 27 Tahun 1994 (*Republik Indonesia 1994 b,c*). Tidak ada satu hal pun yang bertentangan dengan nafas undang-undang dan peraturan pemerintah tersebut. Meskipun demikian, dalam pelaksanaan kebijaksanaan di sana-sini ada kendala yaitu perlu ditingkatkannya dana untuk pembiayaan sektor kesehatan reproduksi. Ada indikasi bahwa pendanaan di dalam sektor ini akan meningkat. Peningkatan tersebut terutama berasal dari berbagai komitmen baru dari donor asing, yang masih berada dalam tahap pembahasan awal (Tabel 4).

Implikasi Kebijakan dalam Pembangunan Program Kesehatan Reproduksi

Berbagai implikasi kebijaksanaan dan program kesehatan reproduksi setelah berlangsung konferensi Kairo ini telah dipersiapkan dengan penuh pertimbangan oleh Pemerintah. Kebijakan dan program pada hakikatnya telah diatur dan mengikuti sepenuhnya dengan GBHN-1993 serta Undang-Undang Nomor 10 Tahun 1992. Di samping Peraturan Pemerintah No. 21 dan 27 Tahun 1994, dilaksanakan pula program-program pembangunan yang digariskan selama Pelita VI dan PJP-II. Berikut ini disampaikan beberapa contoh implikasi tersebut yang berkaitan dengan program kesehatan reproduksi di Indonesia, khususnya melalui program KB.

Perilaku Reproduksi

Masyarakat Indonesia telah menetapkan seperangkat norma dan ketentuan hukum untuk memperoleh anak sebagai bagian dari keluarga. Oleh sebab itu, perilaku reproduksi adalah suatu bagian penting dari kehidupan berkeluarga yang perlu dibina dan diarahkan sesuai dengan keinginan masyarakat bersama melalui norma dan ketentuan hukum yang ada. Jadi, berbagai program kesehatan reproduksi di Indonesia sepenuhnya telah diarahkan oleh seperangkat peraturan dan perundang-undangan yang sesuai dengan kehendak rakyat banyak.

Pendidikan Reproduksi Sehat

Penduduk di bawah usia kawin merupakan prioritas sasaran dalam

pendidikan reproduksi sehat karena merekalah yang akan menentukan permasalahan dan kondisi kesehatan reproduksi pada masa mendatang. Derasnya "revolusi komunikasi" akan mengharuskan penyadaran pada pengetahuan mereka agar naluri biologis mereka dikendalikan sesuai dengan keinginan norma dan bangsa yang telah disepakati bersama. Dengan demikian, pendidikan reproduksi sehat akan menjadi bagian penting dalam program kesehatan reproduksi di Indonesia.

Masalah yang biasanya timbul dan perlu pencegahan awal melalui pendidikan reproduksi sehat ialah terjadinya kehamilan remaja. Masalah seksualitas remaja ini akan menuntut intervensi yang mendesak, karena: a) semakin banyaknya usia remaja sebagai akibat terjadinya "momentum populasi" dan b) sebagian besar dari mereka berkeinginan untuk merunda perkawinan mereka, tetapi mengalami pengaruh samping karena gagal untuk mengendalikan dorongan biologis sebelum perkawinan. Efek samping ini terutama melakukan hubungan premarital seksual dan kehamilan yang tidak disengaja pada usia remaja, di samping penyebaran penyakit kelamin pada kelompok remaja pria. Hubungan seksual premarital yang tidak dapat dicegah dapat meningkat apabila tidak ada upaya yang khusus untuk menanggulangi hal ini. Pada masyarakat modern, tampak kecenderungan menurunnya fungsi pengaturan seksual dalam keluarga, yang berakibat meningkatnya insidensi premarital seksual serta kehamilan remaja di luar nikah. Oleh sebab itu, program

kesehatan reproduksi perlu diarahkan pada masalah semakin mengendornya peran keluarga dalam pengaturan perilaku reproduksi anak-anaknya.

Jumlah remaja dan pemuda merupakan proporsi yang sangat besar pada struktur umur penduduk di Indonesia dan masih akan mengalami peningkatan untuk masa dua sampai tiga puluh tahun mendatang. Dengan demikian, pengarahannya dan pembinaan secara dini tentang pembahasan reproduksi sehat yang mengarah pada kehidupan keluarga kecil akan dapat mengurangi permasalahan yang timbul di kemudian hari. Kesiapan mereka akan perilaku reproduksi sehat akan sangat memberikan andil yang sangat besar dalam penurunan fertilitas pada masa depan, terutama kesanggupan mereka untuk menunda kelahiran anak pertama.

Pola Reproduksi Modern

Implikasi program pada kesehatan reproduksi perlu mengacu pola kehidupan reproduksi modern yang diikuti dengan melembaganya norma baru, yakni penundaan usia kawin yang lebih didasari oleh prinsip pertimbangan ekonomi. Pasangan baru akan memasuki kehidupan perkawinan setelah mereka benar-benar yakin akan kemandirian masa depan perekonomian mereka. Sejalan dengan norma modern ini berlaku pula norma mengenai jumlah anak yang selayaknya dibesarkan sebagai penerus harkat keluarga. Dalam hal ini masyarakat kita mengharapkan pula agar norma dua anak sebagai kondisi ideal saat ini akan menjadi pedoman rasional keluarga-keluarga modern di Indonesia. Penanaman

pemahaman norma keluarga kecil ini telah diberikan sedini dan seintensitas mungkin sehingga dapat memberikan dampak pada penghindaran terjadinya *stalling* fertilitas pada tingkat yang tinggi. Pola reproduksi modern inilah yang akan dipromosikan lebih luas sehingga mempunyai pengaruh yang lebih nyata.

Penundaan Usia Perkawinan

Keluarga berencana adalah bagian terpenting dan program kesehatan reproduksi, di samping program kesehatan seksual. Salah satu tugas pokok program keluarga berencana menurut UU Nomor 10 Tahun 1992 adalah penundaan usia perkawinan yang juga merupakan salah satu dari *proximate determinants* untuk fertilitas. Walaupun saat ini penundaan usia perkawinan ini sudah melembaga dan lebih didasarkan oleh prinsip pertimbangan ekonomi, kemandirian norma baru ini harus tetap dijaga arahnya agar tidak bertentangan dengan tujuan pembangunan nasional. Misalnya perlu dilakukan pengkajian lebih lanjut tentang batasan usia kawin pertama menurut UU No. 1 Tahun 1974 tentang usia perkawinan, yaitu bagi laki-laki minimal 19 tahun dan wanita 16 tahun. Berdasarkan fakta yang ada, usia perkawinan pertama perlu dinaikkan, yaitu menjadi 20 tahun bagi wanita dan usia 25 tahun bagi laki-laki. Diharapkan daya upaya penundaan perkawinan ini dapat ikut menjamin kesehatan reproduksi yang ideal bagi wanita sehingga ketahanan keluarga dapat dicapai dan dipertahankan.

Pengaturan Kelahiran

Dalam kesehatan reproduksi, upaya yang sangat penting untuk dilaksanakan ialah pengaturan kelahiran. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera menyebutkan bahwa salah satu tugas pokok pembangunan keluarga berencana menuju pembangunan keluarga sejahtera adalah melalui upaya pengaturan kelahiran. Dalam kaitan ini, maka kebijaksanaan yang dapat dilakukan adalah hal-hal yang berkaitan dengan:

- 1) jumlah ideal anak,
- 2) jarak kelahiran anak yang ideal, dan
- 3) usia ideal untuk melahirkan.

Pengaturan kelahiran yang telah dilaksanakan lebih dari 22 tahun dan telah berhasil dengan baik dapat semakin diintensifkan, yang menyangkut hal-hal sebagai berikut.

Perluasan Jangkauan Pelayanan

Salah satu implikasi Pencanangan Program Aksi Kependudukan Kairo ialah perlunya dilakukan perluasan Jangkauan Pelayanan KB. Masalah perluasan jangkauan dan aksesibilitas terhadap jasa pelayanan KB telah disepakati sebagai hal yang penting dalam Repelita VI dan selanjutnya (*Republik Indonesia, 1994 a*). Upaya yang kini dijalankan berfacit ganda, di satu pihak diberikan penyediaan pelayanan yang lebih bermutu dan tersebar, di lain pihak disediakan pula pelayanan yang bersifat selektif dan lebih mandiri. Proporsi pelayanan kemandirian ini mengalami peningkatan sehingga menjadi lebih besar

dibandingkan dengan kurun waktu sebelumnya. Lebih seperlima (22 persen) dari pemakai alat kontrasepsi dapat digolongkan secara mandiri (*Republik Indonesia, 1994 a*).

Berkaitan dengan aksesibilitas adalah penggarapan terhadap wilayah pemukiman terpencil, sesuai dengan yang dituangkan dalam Buku Repelita VI. Kelompok penduduk tersebut masih tetap ada, meskipun jumlahnya tidak sangat banyak. Akan tetapi, karena luasnya wilayah Republik Indonesia, masalah ini akan tetap harus dihadapi dengan lebih serius. Dalam hal ini masalah komunikasi dan aksesibilitas akan menjadi tantangan program yang perlu ditanggulangi secara integratif.

Sejalan dengan ini, usaha perluasan pendidikan bidan dan "pengadaan tenaga paramedis" sebagai tenaga lapangan KB akan ditingkatkan. Dalam hal ini tenaga paramedis dapat ditingkatkan pengetahuannya setara dengan bidan sehingga akan dapat berfungsi ganda. Pungsi tersebut ialah selain bertindak sebagai penyuluh KB, mereka juga dapat bertindak sebagai tenaga pelayanan kesehatan dan keluarga berencana.

Mutu Pelayanan yang Semakin Meningkat

Sejalan dengan peningkatan mutu pendidikan wanita dan terjadinya peningkatan kesejahteraan masyarakat pada masa depan, maka dapat diperkirakan bahwa masyarakat akan menuntut mutu pelayanan kesehatan dan KB yang lebih sempurna. Mutu ini tidak hanya menyangkut sarana, tetapi

juga tenaga dan sajian pilihan alat kontrasepsi.

Peningkatan Kualitas Pelayanan KB

Kualitas pelayanan yang perlu ditingkatkan adalah upaya baru yang dilaksanakan dengan penuh harapan. Peningkatan kualitas pelayanan sangat perlu agar dapat diperoleh dampak demografis yang besar dan juga peningkatan kepuasan penduduk yang memperoleh pelayanan (*World Bank, 1994 b*). Sejalan dengan peningkatan mutu pendidikan dan terjadinya peningkatan kesejahteraan masyarakat pada masa depan, maka dapat diperkirakan bahwa masyarakat akan menuntut mutu pelayanan kesehatan dan KB yang lebih sempurna. Mutu ini tidak hanya menyangkut sarana, tetapi juga tenaga dan alat kontrasepsi yang disediakan oleh pemerintah.

Berkaitan dengan upaya peningkatan kualitas pelayanan, perlu ditingkatkan mutu pengelolaan program yang lebih terarah sehingga lebih peka terhadap tuntutan dan aspirasi masyarakat yang meningkat. Terkait dengan ini adalah upaya peningkatan kualitas pengelola dan jaringan informasi yang lebih baik karena program harus dapat memenuhi kriteria kekhususan dan kebhinekaan daerah.

Kontrasepsi yang Lebih Efektif dan Efisiensi

Salah satu isu penting dalam melaksanakan program kesehatan reproduksi di Indonesia ialah mewujudkan penurunan tingkat fertilitas dengan menggunakan alat kontrasepsi. Seperti diketahui bahwa

sasaran dalam penurunan fertilitas ialah mewujudkan tingkat *replacement level* (NRR = 1) pada tahun 2005-2010 (*Republik Indonesia, 1994 a*) sehingga nantinya terwujud "penduduk tanpa pertumbuhan" pada menjelang abad XXII, atau pertengahan abad XXI. Upaya yang menjadi kunci pokok untuk mencapai sasaran ini adalah upaya pemakaian kontrasepsi yang lebih efektif dan tingkat kelangsungan penggunaannya cukup tinggi serta murah harganya. Dalam hal ini perlu diperhatikan bahwa mutu kontrasepsi akan menuntut peran aktif pengelola program dan petugas yang lebih kompeten serta berkualitas. Untuk itu, pengelola program harus ikut melaksanakan kendali mutu pelayanan dengan seksama agar membantu tercapainya tujuan tersebut (*World Bank, 1994 b; WHO 1994 g*).

Dalam kegiatan kesehatan reproduksi, keberhasilan untuk mencapai tingkat penduduk tanpa pertumbuhan tergantung pada penerimaan metode kontrasepsi yang benar-benar efektif, lama pemakaiannya, dan murah harganya. Oleh karena itu, perlu didukung oleh suatu iklim yang menguntungkan bagi masyarakatan metode kontrasepsi mantap sebagai salah satu implikasi program kependudukan di bidang kesehatan reproduksi.

Peningkatan pendidikan dan motivasi akan meningkatkan efektivitas dari suatu alat kontrasepsi. Penggunaan suatu alat seperti kondom atau pil dapat meningkat efektivitasnya bila pemakainya lebih disiplin (*World Bank, 1994, b; WHO, 1994 g*). Biasanya tingkat kedisiplinan dan motivasi tinggi terdapat pada mereka yang berpendidikan lebih

tinggi. Oleh sebab itu, pendidikan dan motivasi dalam KB perlu ditingkatkan dan harus sesuai dengan perkembangan teknologi kontrasepsi. Upaya ini merupakan perwujudan dari program Aksi Kependudukan yang akan dilaksanakan pada masa yang akan datang.

Peserta KB baru diperkirakan masih berkisar pada angka 4,5 juta per tahun mengingat jumlah wanita yang memasuki pasangan usia subur masih cukup tinggi. Dalam menggarap peserta baru ini, maka akan diarahkan pada lima kriteria sebagai berikut.

1. Perhatian akan diberikan kepada peserta KB yang *drop-out* karena alasan selain masih ingin anak lagi.
2. Upaya akan ditekankan kepada mereka yang telah menginginkan untuk membatasi jumlah anaknya dengan memakai alat kontrasepsi.
3. Beberapa pendekatan yang khusus akan dilakukan kepada mereka yang ingin membatasi atau menjarangkan kelahiran anak mereka, tetapi masih belum ingin memakai alat kontrasepsi (*unmet-need*).
4. Sasaran diarahkan pada mereka yang masih belum atau tidak termotivasi untuk melakukan pengaturan kelahiran anak-anaknya.

Peningkatan dalam upaya-upaya tersebut akan meningkatkan efektivitas dan efisiensi program KB.

Promosi Air Susu Ibu (ASI)

Di samping pengaturan kelahiran melalui pemakaian alat kontrasepsi, pengaturan kelahiran sebagai bagian dari program kesehatan reproduksi, ialah melalui pemberian ASI yang cukup

ideal (sekitar 2 tahun). Pemberiaan ASI jangka lama akan memperpanjang periode siklus reproduksi tanpa ovulasi (pembuahan) atau *postpartum infecundability*, yaitu masa ketika wanita tidak mengalami ovulasi atau memperlambat kembalinya kesuburan ibu. Promosi ASI juga berkaitan langsung dengan kondisi kesehatan bayi karena ASI mempunyai daya lindung tubuh dari beberapa infeksi yang membahayakan bayi dan anak serta mempengaruhi status gizinya secara keseluruhan. Di samping itu, ASI berkaitan dengan pengeluaran keluarga yang dapat dihemat, apabila dibandingkan keperluan bayi yang tidak pernah diberikan ASI sama sekali sehingga memerlukan susu buatan. Oleh sebab itu, salah satu bagian penting dalam program kesehatan reproduksi adalah promosi penggunaan ASI yang ideal (*The World Bank, 1994 a; WHO, 1994 e*).

Kesimpulan

Konferensi Kependudukan Sedunia di Kairo menghasilkan Program Aksi Kependudukan yang sangat luas dan dapat dilaksanakan dengan penuh persiapan oleh antarbangsa dengan cukup mantap. Meskipun Program Aksi Kependudukan bersifat kesepakatan global, dalam pelaksanaannya perlu mempertimbangkan keanekaragaman masing-masing negara menurut prioritas pembangunan, pertimbangan budaya, norma, agama, dan hukum yang berlaku di masing-masing negara, serta tetap mempertimbangkan kaidah-kaidah hak asasi manusia yang bersifat universal.

Dari berbagai materi yang dicakup dalam Program Aksi Kependudukan ini, masalah kesehatan reproduksi menjadi salah satu sumber kontroversi yang penting. Oleh sebab itu, telah disepakati untuk menerima "konsep baru" kesehatan reproduksi sehingga dapat diterima oleh semua pihak peserta konferensi secara aklamatif. Dari "konsep baru" kesehatan reproduksi timbul implikasi beberapa program kesehatan reproduksi, khususnya program KB di Indonesia yang harus lebih luas dan berkualitas. Meskipun "konsep baru" kesehatan reproduksi mencakup hak-hak reproduksi seksual, secara bulat disepakati bahwa aborsi

tidak akan dipromosikan sebagai salah satu hak untuk melaksanakan metode KB. Sikap Indonesia sangat jelas bahwa aborsi dilarang, kecuali alasan medis apabila mengancam jiwa ibu. Sikap ini dapat diakomodasikan dalam Program Aksi Kependudukan tahun 1994 ini karena secara umum sejalan dengan tujuan pembangunan nasional kita. Perlu dicatat bahwa sasaran kuantitas di berbagai bidang akan dapat kita capai secara optimis, kecuali penurunan angka kematian maternal. Tanpa upaya-upaya terobosan di bidang kesehatan reproduksi yang baru, tujuan kuantitatif untuk menurunkan Angka Kematian Maternal tidak akan tercapai.

DAFTAR PUSTAKA

- Indonesia. Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. 1994. *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 1994 tentang penyelenggaraan pembangunan keluarga sejabtera*. Jakarta.
- 1994. *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 1994 tentang pengelolaan perkembangan kependudukan*. Jakarta.
- 1994. *Rencana pembangunan lima tahun ke enam 1994/95-1998/99. Buku IV: bab kesehatan*. Jakarta.
- Indonesia. Biro Pusat Statistik. 1993. *Proyeksi Penduduk Indonesia per propinsi 1990-2020*. Jakarta.
- Indonesia. Departemen Kesehatan. 1992. *Undang-undang nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan*. Jakarta.
- Indonesia. Kantor Menteri Negara Kependudukan/BKKBN. 1994. *Undang-undang nomor 2 tahun 1992 tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga sejabtera*. Jakarta.
- United Nations. Department of Economic and Social Affairs. 1993. *Abortion policies: a global review. Vol. 1. Afganistan to frame*. New York.
- 1993. *Abortion policies: a global review. Vol. 2. Labor to Norway*. New York.
- 1994. *Abortion policies: a global review. Vol. 3. Oman to Zimbabwe*. New York.
- United Nations. Department of International Economic and Social Affairs. 1994. *AIDS and the demography of Africa population and development*. New York.

- 1994. *Experiences in population and development strategies and programmes fourth review and appraisal of the world population plan of action*. New York.
- 1994. *Experiences in population and development strategies and programmes overview of the national*. New York. Reports prepared by countries for the Conference Report of the Secretary-General of The Conference, United Nations.
- 1994. *Population bulletin of The United Nations no. 34/35*. New York.
- 1994. *Population bulletin of The United Nations no. 37/38*. New York.
- 1994. *Programme of action of The United Nations International Conference on Population and Development*. New York.
- 1994. *Effective family planning programs*. Washington, D.C.
- World Bank. 1994. *A new agenda for women's health and nutrition*. Washington, D.C.
- 1994. *Population and development; implication for the World Bank*. Washington, D.C.
- 1994. *World development report: investing in health*. Washington, D.C.
- 1994. *Challenges in reproductive health research*. Geneva.
- World Health Organization. 1994. *Clinical management of abortion complications: a practical guide*. Geneva.
- 1994. *Health population and development WHO's position paper*. Geneva. International Conference Population and Development 1994, Cairo.
- 1994. *The role of religion and ethics in the prevention and control of AIDS*. Geneva.
- 1994. *Women's groups, NGOs and safe motherhood*. Geneva.
- 1994. *Women's health and nutrition making a difference*. Geneva.
- 1994. *Women's perspectives on the selection and introduction of fertility regulation technologies*. Geneva.

TABEL DAN LAMPIRAN

Tabel 1.a
Angka Harapan Hidup Waktu Lahir

Tingkat Kematian	Sasaran Untuk Tahun	
	2005	2015
Angka Kematian	70	75
Angka Kematian tinggi	65	70

Sumber: UN, 1994 d

Tabel 1.b
Kematian Anak Dibawah Usia 5 Tahun

	Tujuan Yang Akan Datang		
	2000	2005	2015
<i>Konferensi World Summit for Children:</i>			
• Anak	50		
• 5 1/3 dari kondisi tahun 1990	70		
Tingkat Kematian Menengah			
• Anak		50	
• 45		70	
Semua Negara			
• Anak			35
• < 5			45

Sumber: UN, 1994 d

Tabel 1.c
Kematian Ibu Per 100.000 Kelahiran

	Tujuan Yang Akan Datang		
	2000	2005	2015
Pengurangan Tingkat Kematian	1/2 dari tahun 1990		1/2 dari tahun 2000
Kematian Menengah		< 100	< 60
Semua Negara		< 125	< 75

Sumber: UN, 1994 d

Tabel 2
Ringkasan Hasil Proyeksi Penduduk Indonesia: 1990-2020

Parameter	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020
Penduduk (x 1000)	179.829,8	195.283,2	210.438,6	225.174,1	238.926,7	251.316,9	262.577,5
TFR	2,938	2,647	2,420	2,238	2,090	2,010	2,006
NRR	1,267	1,166	1,085	1,019	0,964	0,936	0,941
co(M)	60,41	62,28	63,99	65,51	66,96	68,31	69,45
co(F)	64,15	66,10	67,88	69,48	70,93	72,25	73,43
co(M+F)	62,23	64,15	65,89	67,45	68,89	70,23	71,39
IMR (M)	67,25	58,50	50,72	43,85	37,68	32,07	27,55
IMR (F)	53,80	46,10	39,29	33,34	28,21	23,68	20,05
IMR (M+F)	60,69	52,45	45,15	38,72	33,06	27,97	23,89
CBR	24,9	22,9	21,1	19,2	17,4	16,2	15,6
CDR	8,4	7,9	7,5	7,4	7,3	7,4	7,6
RNI	16,5	14,9	13,5	11,9	10,1	8,8	7,9

Sumber: BPS, 1993

Keterangan:

- TFR : Total Fertility Rate
- NRR : Net Reproduction Rate
- co(M) : Angka harapan hidup waktu lahir bayi laki-laki
- co(F) : Angka harapan hidup waktu lahir bayi perempuan
- co(M + F) : Angka harapan hidup waktu lahir laki-laki & perempuan
- IMR (M) : Angka kematian bayi laki-laki
- IMR (F) : Angka kematian bayi perempuan
- IMR (M + F) : Angka kematian bayi laki-laki & perempuan
- CBR : Crude Birth Rate
- CDR : Crude Death Rate
- RNI : Rate Natural Increase

Tabel 3
Alasan Dari Berbagai Negara Untuk Mengijinkan Aborsi, Tahun 1993

Ijin Diberikan Karena Alasan	Jumlah Negara	Persentase Negara (%)
Menyelamatkan jiwa ibu	173	91
Melindungi kesehatan fisik ibu	119	63
Melindungi kesehatan mental ibu	95	50
Akibat Perkosaan dan <i>incest</i>	81	43
Kelainan fetus atau cacat	78	41
Kesulitan ekonomi	55	29
Permintaan wanita	41	22
Jumlah negara	190	100

Sumber: 1. UN, 1993 a dan b 1994
 2. UN, 1994

Tabel 4
Alokasi Dana Pembangunan Kependudukan Dunia (Juta Dollar)

Sektor	Biaya Sampai Tahun Yang Akan Datang			
	2000	2005	2010	2015
Keluarga berencana	10,2	11,5	12,6	13,8
Kesehatan reproduksi	5,0	5,4	5,7	6,1
Kesehatan seksual	1,3	1,4	1,5	1,5
Penelitian, data, kebijaksanaan	0,5	0,2	0,7	0,3

Sumber: 1. UN, 1993 a dan b 1994
 2. UN, 1994

LAMPIRAN I

- 1 CHAPTER I**
PREAMBLE

- 2 CHAPTER II**
PRINCIPLES

- 3 CHAPTER III**
INTERRELATIONSHIP BETWEEN POPULATION, SUSTAINED ECONOMIC GROWTH AND SUSTAINABLE DEVELOPMENT
 - III.1 Integrating Population and Development Strategies
 - III.2. Population, Sustained Economic Growth and Poverty
 - III.3. Population and Environment

- 4 CHAPTER IV**
GENDER EQUALITY, EQUITY AND EMPOWERMENT OF WOMEN
 - IV.1. Empowerment and Status of Women
 - IV.2. The Girl Child
 - IV.3. Male Responsibilities and Participation

- 5 CHAPTER V**
THE FAMILY, ITS ROLES, RIGHTS, COMPOSITIONS AND STRUCTURE
 - V.1. Diversity of Family Structure and Composition
 - V.2. Socio-Economic Support to The Family

- 6 CHAPTER VI**
POPULATION GROWTH AND STRUCTURE
 - VI.1. Fertility, Mortality and Population Growth Rates
 - VI.2. Children and Youth
 - VI.3. Elderly People
 - VI.4. Indigenous People
 - VI.5. Persons with Disabilities

- 7 CHAPTER VII**
REPRODUCTIVE RIGHT AND REPRODUCTIVE HEALTH
 - VII.1. Reproductive Right and Reproductive Health
 - VII.2. Family Planning

- VII.3. Sexually Transmitted Diseases and HIV prevention
- VII.4. Human Sexuality and Gender Relations
- VII.5. Adolescents

8 CHAPTER VIII

HEALTH, MORBIDITY AND MORTALITY

- VIII.1 Primary Health Care and The Health-Care Sector
- VIII.2 Child Survival and Health
- VIII.3 Women's Health and Safe Motherhood
- VIII.4 Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection and Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)

9 CHAPTER IX

POPULATION DISTRIBUTION, URBANIZATION AND INTERNAL MIGRATION

- IX.1. Population Distribution and Sustainable Development
- IX.2. Population Growth in Large Urban Agglomerations
- IX.3. Internally Displaced Persons

10 CHAPTER X

INTERNATIONAL MIGRATION

- X.1. International Migration and Development
- X.2. Documented Migrants
- X.3. Undocumented Migrants
- X.4. Refuges, Asylum-Seekers and Displaced Persons

11 CHAPTER XI

POPULATION, DEVELOPMENT AND EDUCATION

- XI.1. Education, Population and Sustainable Development
- XI.2. Population Information, Education and Communication

12 CHAPTER XII

TOKOLOGY, RESEARCH AND DEVELOPMENT

- XII.1. Basic Data Collection, Analysis and Dissemination
- XII.2. Reproductive Health Research
- XII.3. Social and Economic Research

13 CHAPTER XIII

NATIONAL ACTION

- XIII.1 National Policies and Plans of Action

- XIII.2 Programme Management and Human Resources Development
- XIII.3 Resource Mobilization and Allocation

14 CHAPTER XIV

INTERNATIONAL CORPORATION

- XIV.1 Responsibilities of Partners in Development
- XIV.2 Towards a New Commitment to Funding Population and Development

15 CHAPTER XV

PARTNERSHIP WITH THE NON-GOVERNMENTAL SECTION

- XV.1 Local, National and International Non-Governmental Organization
- XV.2 The Private Sector

16 CHAPTER XVI

FOLLOW-UP TO THE CONFERENCE

- XVI.1 National-Level Activities
- XVI.2 Sub-Regional and Regional Activities
- XVI.3 Activities at The International Level

Sumber: UN, 1994 d

LAMPIRAN II

UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA
NOMOR: 23 TAHUN 1992

TENTANG

KESEHATAN

Pasal 15	Pasal 15
(1) Dalam keadaan darurat sebagai upaya untuk menyelamatkan jiwa ibu hamil atau janinnya, dapat dilakukan tindakan medis tertentu.	Ayat 1) Tindakan medis dalam bentuk pengguguran kandungan dengan alasan apapun, dilarang karena bertentangan dengan norma hukum, norma agama, norma kesusilaan, dan norma kesopanan. Namun dalam keadaan darurat sebagai upaya menyelamatkan jiwa ibu dan atau janin yang dikandungnya dapat diambil tindakan medis tertentu.
(2) Tindakan Medis tertentu sebagaimana dimaksud dalam Ayat (1) hanya dapat dilakukan:	Ayat (2) <i>Butir a</i> Indikasi medis adalah suatu kondisi yang benar-benar mengharuskan diambil tindakan medis tertentu, sebab tanpa tindakan medis tertentu itu, ibu hamil dan atau janinnya terancam bahaya maut.
a. berdasarkan indikasi medis yang mengharuskan diambilnya tindakan tersebut;	<i>Butir b</i> Tenaga kesehatan yang dapat melakukan tindakan medis tertentu adalah tenaga yang memiliki keahlian dan kewenangan untuk melakukannya yaitu seorang dokter ahli kebidanan dan penyakit kandungan. Sebelum melakukan tindakan medis tertentu tenaga kesehatan harus terlebih dahulu meminta pertimbangan tim ahli yang dapat terdiri dari berbagai bidang seperti medis, agama, hukum, dan psikologi.
b. oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan untuk itu dan dilakukan sesuai dengan tanggung jawab profesi serta berdasarkan pertimbangan tim ahli;	<i>Butir c</i> Hak utama untuk memberikan persetujuan ada pada ibu hamil yang bersangkutan kecuali dalam keadaan tidak sadar atau tidak dapat memberikan persetujuannya dapat diminta dari suami atau keluarga.
c. dengan persetujuan ibu hamil yang bersangkutan atau suami atau keluarganya;	<i>Butir d</i> Sarana kesehatan tertentu adalah sarana kesehatan yang memiliki tenaga dan peralatan yang memadai untuk tindakan tersebut dan telah ditunjuk oleh pemerintah.
d. pada sarana kesehatan tertentu.	
(3) Ketentuan lebih lanjut mengenai tindakan medis tertentu sebagaimana dimaksud dalam Ayat (1) dan Ayat (2) ditetapkan dengan Peraturan Pemerintah	Ayat (3) Dalam Peraturan Pemerintah sebagai pelaksana dari pasal ini dijabarkan antara lain mengenai keadaan darurat dalam menyelamatkan jiwa ibu hamil dan atau janinnya, tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan, bentuk persetujuan, dan sarana kesehatan yang ditunjuk.

Sumber: Republik Indonesia, 1992 b