

MEMASYARAKATKAN KESEHATAN REPRODUKSI WANITA
(Studi Antropologis : Di Desa Cilendek Barat, Kotamadya Bogor Propinsi
Jawa Barat)

NITA SAVITRI

Jurusan Antropologi
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik
Universitas Sumatera Utara

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah.

Bahwasanya secara normatif wanita mempunyai hak dan kewajiban serta kesempatan yang sama dengan pria dalam segala bidang kehidupan dan bidang pembangunan seperti yang tercantum dalam GBHN, tetapi secara factual persamaan tersebut saat ini belum terwujud, diantaranya di bidang kesehatan. Masih banyak wanita yang mengalami diskriminasi dalam bidang kesehatan, umpamanya: perbedaan pemberian makanan bergizi pada anak laki-laki dan wanita, akses informasi, dan akses pelayanan kesehatan dan sebagainya.

Untuk menghilangkan hambatan-hambatan ini salah satu usaha pemerintah berusaha untuk meningkatkan pelayanan terhadap wanita usia produktif dengan menyediakan puskesmas dan rumah sakit dengan berbagai fasilitasnya. Tetapi di Indonesia, usaha dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi ini masih belum mencapai tujuan yang diinginkan. Hal ini masih terbukti masih tingginya angka kematian ibu bersalin yaitu 375/100.000 kelahiran hidup, tertinggi di Asia Tenggara.

Tingginya angka kematian ibu, disinyalir penyebab utamanya adalah perdarahan, infeksi, dan toksernia dan penyebab tak langsung adalah kemiskinan, tradisi sosial budaya, status gizi yang tidak memadai dan kurangnya akses pemanfaatan dan fasilitas kesehatan serta rendahnya status wanita. Masalah kesehatan reproduksi wanita ini tidak terlepas dari faktor sosial, budaya dan ekonomi secara keseluruhan. Oleh sebab itu diperlukan usaha-usaha yang lebih sederhana, lebih mudah terjangkau, lebih sesuai dengan kondisi sosial ekonomi dan budaya setempat, dan juga mengikut sertakan masyarakat secara umum dan terpadu. Hal yang lebih penting dalam memasyarakatkan kesehatan reproduksi ini adalah kesadaran dan motivasi masyarakat sendiri (terutama pihak wanita) yang menjaga kesehatan reproduksinya. Artinya hal ini membawa pemikiran baru untuk mengefektifkan serta mengintensifkan pelaksanaan berdasarkan kesadaran masyarakat dan kebutuhannya sendiri. Terobosan dan strategi bagaimana memasyarakatkan program kesehatan reproduksi khususnya reproduksi wanita tanpa arahan atau paksaan. Untuk itu penulis ingin mengetahui lebih dalam bagaimana tanggapan wanita sendiri dan masyarakatnya tentang kesehatan reproduksi mereka.

1.2 Permasalahan.

- a. Untuk mengetahui lebih mendalam faktor-faktor medis dan non medis yang menjadi kendala masyarakat dalam melaksanakan program kesehatan reproduksi wanita.
- b. Bagaimana wanita dan masyarakat mengantisipasi faktor kendala tersebut.

1.3 Tujuan Penelitian.

- a. Untuk memperoleh gambaran tentang tingkat partisipasi wanita dan masyarakat terhadap kesehatan reproduksi khususnya reproduksi wanita.
- b. Untuk memperoleh data masukan dan alternatif pemecahan masalah pada wanita pedesaan yang belum/tidak tahu pelaksanaan program kesehatan reproduksi wanita.

1.4 Metodologi Penelitian.

Penelitian ini bersifat antropologis dan deskriptif analisis, di mana peneliti berusaha mengambil data sebanyak-banyaknya sebagai data utama untuk memberikan gambaran yang tepat tentang gejala yang menjadi pokok perhatian. Responden yang diambil adalah 30 orang, dengan karakteristik tertentu, seperti wanita yang telah menikah, usia antara (15-45) tahun termasuk usia produktif, dan pendidikan tertinggi adalah SMP. Metode pengambilan sampel adalah wawancara mendalam, survai dan diskusi kelompok terarah (DKT).

1.5 Instrumen Penelitian.

Teknik pengumpulan data dilakukan dengan cara :

- a. Survei Pengamatan.
Pengamatan yang dilakukan peneliti adalah pengamatan terhadap kegiatan sehari-hari dalam rumah tangga dan hubungan perkawinan yang menjadi sampel penelitian. Termasuk diantaranya bagaimana tanggapan masyarakat, keluarga lainnya tentang kesehatan reproduksi informan, pelayanan kesehatan (Puskesmas), kebersihan rumah dan lingkungan, makanan dan sebagainya.
- b. Wawancara mendalam.
Wawancara mendalam dilakukan dengan menghimpun keterangan dari informan dengan cara komunikasi langsung yang bertujuan untuk menjangkau keterangan yang diperlukan. Biasanya informan yang diwawancarai secara intensif setelah pertemuan diskusi kelompok terarah, yang melibatkan semua sampel penelitian. Dalam hal ini mereka dapat secara terbuka mengemukakan opini tentang sesuatu yang sedang dibahas. Di samping itu peneliti juga melakukan wawancara dengan informan kunci, seperti; petugas Puskesmas, kesehatan, ulama dan kepala desa.
- c. Dokumentasi
Data yang diperoleh dengan mempelajari teori-teori, bahan-bahan yang relevan dengan penelitian ini. Selain itu juga mempelajari data-data sekunder di lapangan.

1.6 Lokasi Penelitian.

Penelitian ini dilakukan di desa Cilendek, kecamatan Bogor Barat, kotamadya Bogor, Propinsi Jawa Barat. Lokasi ini dipilih meskipun mempunyai akses ke perkotaan tetapi kualitas kehidupan dan kesehatan penduduknya masih rendah. Hal ini tercermin dari survei data lapangan tempat tinggal dan lingkungan mereka jauh dari ukuran standar kesehatan, jumlah balita cukup tinggi dan banyak wanita yang menikah di usia muda.

BAB II KESEHATAN REPRODUKSI WANITA

2.1 Konsep Pemikiran Tentang Kesehatan Reproduksi Wanita

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk mempertinggi derajat kesehatan masyarakat. Demi tercapainya derajat kesehatan yang tinggi, maka wanita sebagai penerima kesehatan, anggota keluarga dan pemberi pelayanan kesehatan harus berperan dalam keluarga, supaya anak tumbuh sehat sampai dewasa sebagai generasi muda. Oleh sebab itu wanita, seyogyanya diberi perhatian sebab :

- a. Wanita menghadapi masalah kesehatan khusus yang tidak dihadapi pria berkaitan dengan fungsi reproduksinya
- b. Kesehatan wanita secara langsung mempengaruhi kesehatan anak yang dikandung dan dilahirkan.
- c. Kesehatan wanita sering dilupakan dan ia hanya sebagai objek dengan mengatas namakan "pembangunan" seperti program KB, dan pengendalian jumlah penduduk.
- d. Masalah kesehatan reproduksi wanita sudah menjadi agenda Internasional diantaranya Indonesia menyepakati hasil-hasil Konferensi mengenai kesehatan reproduksi dan kependudukan (Beijing dan Kairo).

Berdasarkan pemikiran di atas kesehatan wanita merupakan aspek paling penting disebabkan pengaruhnya pada kesehatan anak-anak. Oleh sebab itu pada wanita diberi kebebasan dalam menentukan hal yang paling baik menurut dirinya sesuai dengan kebutuhannya di mana ia sendiri yang memutuskan atas tubuhnya sendiri.

2.2 Definisi Kesehatan Reproduksi Wanita.

Berdasarkan Konferensi Wanita sedunia ke IV di Beijing pada tahun 1995 dan Koperensi Kependudukan dan Pembangunan di Cairo tahun 1994 sudah disepakati perihal hak-hak reproduksi tersebut. Dalam hal ini (Cholil,1996) menyimpulkan bahwa terkandung empat hal pokok dalam reproduksi wanita yaitu :

- Kesehatan reproduksi dan seksual (reproductive and sexual health)
- Penentuan dalam keputusan reproduksi (reproductive decision making)
- Kesetaraan pria dan wanita (equality and equity for men and women)
- Keamanan reproduksi dan seksual (sexual and reproductive security)

Adapun definisi tentang arti kesehatan reproduksi yang telah diterima secara internasional yaitu : sebagai keadaan kesejahteraan fisik, mental, sosial yang utuh dalam segala hal yang berkaitan dengan sistim, fungsi-fungsi dan proses reproduksi. Selain itu juga disinggung hak produksi yang didasarkan pada pengakuan hak asasi manusia bagi setiap pasangan atau individu untuk menentukan secara bebas dan bertanggung jawab mengenai jumlah anak, penjarakan anak, dan menentukan kelahiran anak mereka.

2.3 Indikator Permasalahan Kesehatan Reproduksi Wanita.

Dalam pengertian kesehatan reproduksi secara lebih mendalam, bukan semata-mata sebagai pengertian klinis (kedokteran) saja tetapi juga mencakup pengertian sosial (masyarakat). Intinya goal kesehatan secara menyeluruh bahwa kualitas hidupnya sangat baik. Namun, kondisi sosial dan ekonomi terutama di negara-negara berkembang yang kualitas hidup dan kemiskinan memburuk, secara tidak langsung memperburuk pula kesehatan reproduksi wanita.

Indikator-indikator permasalahan kesehatan reproduksi wanita di Indonesia antara lain:

- a. Jender, adalah peran masing-masing pria dan wanita berdasarkan jenis kelamin menurut budaya yang berbeda-beda. Jender sebagai suatu konstruksi sosial mempengaruhi tingkat kesehatan, dan karena peran jender berbeda dalam konteks cross cultural berarti tingkat kesehatan wanita juga berbeda-beda.
- b. Kemiskinan, antara lain mengakibatkan:
 - Makanan yang tidak cukup atau makanan yang kurang gizi
 - Persediaan air yang kurang, sanitasi yang jelek dan perumahan yang tidak layak.
 - Tidak mendapatkan pelayanan yang baik.
- c. Pendidikan yang rendah.

Kemiskinan mempengaruhi kesempatan untuk mendapatkan pendidikan. Kesempatan untuk sekolah tidak sama untuk semua tetapi tergantung dari kemampuan membiayai. Dalam situasi kesulitan biaya biasanya anak laki-laki lebih diutamakan karena laki-laki dianggap sebagai pencari nafkah utama dalam keluarga. Dalam hal ini bukan indikator kemiskinan saja yang berpengaruh tetapi juga jender berpengaruh pula terhadap pendidikan. Tingkat pendidikan ini mempengaruhi tingkat kesehatan. Orang yang berpendidikan biasanya mempunyai pengertian yang lebih besar terhadap masalah-masalah kesehatan dan pencegahannya. Minimal dengan mempunyai pendidikan yang memadai seseorang dapat mencari liang, merawat diri sendiri, dan ikut serta dalam mengambil keputusan dalam keluarga dan masyarakat.
- d. Kawin muda

Di negara berkembang termasuk Indonesia kawin muda pada wanita masih banyak terjadi (biasanya di bawah usia 18 tahun). Hal ini banyak kebudayaan yang menganggap kalau belum menikah di usia tertentu dianggap tidak laku. Ada juga karena faktor kemiskinan, orang tua cepat-cepat mengawinkan anaknya agar lepas tanggung jawabnya dan diserahkan anak wanita tersebut kepada suaminya. Ini berarti wanita muda hamil mempunyai resiko tinggi pada saat persalinan. Di samping itu resiko tingkat kematian dua kali lebih besar dari wanita yang menikah di usia 20 tahunan. Dampak lain, mereka putus sekolah, pada akhirnya akan bergantung kepada suami baik dalam ekonomi dan pengambilan keputusan.
- e. Kekurangan gizi dan Kesehatan yang buruk.

Menurut WHO di negara berkembang termasuk Indonesia diperkirakan 450 juta wanita tumbuh tidak sempurna karena kurang gizi pada masa kanak-kanak, akibat kemiskinan. Jika pun berkecukupan, budaya menentukan bahwa suami dan anak laki-laki mendapat porsi yang banyak dan terbaik dan terakhir sang ibu memakan sisa yang ada. Wanita sejak ia mengalami menstruasi akan membutuhkan gizi yang lebih banyak dari pria untuk mengganti darah yang keluar. Zat yang sangat dibutuhkan adalah zat besi yaitu 3 kali lebih besar dari kebutuhan pria. Di samping itu wanita juga membutuhkan zat yodium lebih banyak dari pria, kekurangan zat ini akan menyebabkan gondok yang membahayakan perkembangan janin baik fisik maupun mental. Wanita juga sangat rawan terhadap beberapa penyakit, termasuk penyakit menular seksual, karena pekerjaan mereka atau tubuh mereka yang berbeda dengan pria. Salah satu situasi yang rawan adalah, pekerjaan wanita yang selalu berhubungan dengan air, misalnya mencuci, memasak, dan sebagainya. Seperti diketahui air adalah media yang cukup berbahaya dalam penularan bakteri penyakit.
- f. Beban Kerja yang berat.

Wanita bekerja jauh lebih lama dari pada pria, berbagai penelitian yang telah dilakukan di seluruh dunia rata-rata wanita bekerja 3 jam lebih lama. Akibatnya wanita mempunyai sedikit waktu istirahat, lebih lanjut terjadinya kelelahan kronis, stress, dan sebagainya. Kesehatan wanita tidak hanya dipengaruhi oleh waktu

kerja, tetapi juga jenis pekerjaan yang berat, kotor dan monoton bahkan membahayakan. Di India banyak kasus keguguran atau kelahiran sebelum waktunya pada musim panen karena wanita terus-terusan bekerja keras. Di bidang pertanian baik pria maupun wanita dapat terserang efek dari zat kimia (peptisida), tetapi akan lebih berbahaya jika wanita dalam keadaan hamil, karena akan berpengaruh terhadap janin dalam kandungannya. Resiko-resiko yang harus dialami bila wanita bekerja di industri-industri misalnya panas yang berlebihan, berisik, dan cahaya yang menyilaukan, bahan kimia, atau radiasi. Peran jender yang menganggap status wanita yang rendah berakumulasi dengan indikator-indikator lain seperti kemiskinan, pendidikan, kawin muda dan beban kerja yang berat mengakibatkan wanita juga kekurangan waktu, informasi, untuk memperhatikan kesehatan reproduksinya.

2.4 Kebijakan Pemerintah tentang Kesehatan Reproduksi.

Kebijakan Pemerintah berkaitan dengan Reproduksi Wanita Indonesia dalam usaha mengendalikan jumlah penduduknya, pemerintah membuat keluarga berencana (KB) sebagai salah satu solusinya. Untuk itu Indonesia pada tahun 1989 mendapat penghargaan dari PBB berupa United Nation Population Award atas prestasinya dalam mengendalikan jumlah penduduknya melalui KB. Ironisnya keberhasilan ini tidak diimbangi dengan kesehatan ibu dan anak. Hal ini masih ditandai dengan tingginya angka kematian ibu dan angka kematian bayi. Tingginya kematian bayi menggambarkan rendahnya posisi ibu wanita dalam keluarga, kurangnya perhatian keluarga dan lingkungannya, serta kurangnya pengetahuan wanita untuk mendukung upaya peningkatan kesejahteraan bagi dirinya dan keluarganya. Untuk mengantisipasi ini pemerintah telah mencanangkan gerakan nasional yang disebut Gerakan Sayang Ibu (GSI). Gerakan ini harus dapat mencegah tiga terlambat yaitu :

- terlambat mengenali bahaya dan mengambil keputusan mencari rujukan
- terlambat mencapai fasilitas rujukan (transportasi).
- terlambat memperoleh pertolongan yang adikuat ditempat rujukan.

GSI diharapkan melakukan kordinasi yang kokoh dengan pemerintah, masyarakat, serta dengan dukungan kepedulian dan partisipasi kaum pria (suami). Selanjutnya melalui GSI masyarakat dan pemerintah melakukan upaya bersama yang terdiri :

- upaya peningkatan status dan peran wanita,
- upaya pemberdayaan bumil, keluarga clan masyarakat,
- upaya pelayanan KB bagi wanita subur yang membutuhkan
- upaya pelayanan ante natal care yang universal,
- upaya pendataan dan pengembangan rujukan berbasis masyarakat
- upaya pelayanan gawat darurat obstetrik bagi setiap bumil

Adapun sasaran dalam hal kesehatan reproduksi dalam Pelita VI yang ditargetkan oleh pemerintah adalah :

- penurunan AKI dari 421/100.000 menjadi 225/100.000 kelahiran hidup ditargetkan pada tahun 1999.
- peningkatan cakupan pemeriksaan ante natal care dari 81 % menjadi 90%,
- peningkatan cakupan pelayanan nifas termasuk penyuluhan ASI eksklusif, serta pemberian tablet besi dan vitamin A.
- peningkatan kesertaan KB dn kualitas pelayanan KB menuju angka idealisme dan fertilitas, jarak antar persalinan, dan usia ibu pada kehamilan pertama.
- peningkatan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan dari 50% menjadi 55,5%
- peningkatan rujukan kasus resiko tinggi kehamilan dari 20% menjadi 50%.

- penurunan kasus anemia akibat kekurangan zat besi pada ibu hamil dari 64% menjadi 40%, pada balita 55% menjadi 40%, pada nakerwan dari 30% menjadi 20%,
- penurunan AKB dari 58%/1000 menjadi 50/1000 kelahiran hidup
- penurunan BBLR (bayi berat lahir rendah) dari 15% menjadi 10% eliminasi Tetanus Neonatorum, sehingga pada tahun 2000 kasus tetanus menjadi 1/10.000 kelahiran hidup,
- peningkatan cakupan imunisasi lengkap pada bayi dari 70% menjadi 80%,
- peningkatan cakupan imunisasi TT2 pada ibu hamil dari 64% menjadi 80%.,

BAB III HAK KEHAMILAN DAN MELAHIRKAN.

3.1 Karakteristik Responden.

Dalam membicarakan karakteristik responden akan dilihat beberapa indikator sehubungan dengan masalah penelitian,

a. Umur Responden.

Umur merupakan salah satu indikator dalam menentukan saat produktif seseorang dalam hidupnya. Menurut informasi kesehatan seseorang wanita dapat melahirkan pada usia 15-45 tahun. Tabel di bawah ini menunjukkan usia responden;

Tabel 1
Kelompok Umur Responden

No.	Kelompok Umur	Jumlah	Persentase
1.	15-20 tahun	12	40,00
2.	21-25 tahun	10	33,33
3.	26-30 tahun	4	13,43
4.	31-35 tahun	2	6,62
5.	36-40 tahun	2	6,62
Jumlah		30	100,00

Sumber: Data Primer

Usia responden yang terbanyak adalah usia antara 15 -20 tahun yaitu 12 orang atau 40 %. Di desa ini pada umumnya wanita menikah pada usia muda. Hal ini sesuai dengan tradisi budaya mereka jika menikah di atas usia 18 tahun dianggap "tidak laku", dan pendidikan yang rendah ikut mendorong wanita menikah di usia yang sangat muda.

b. Pendidikan Responden

Pendidikan merupakan indikator pola berpikir seseorang dalam menanggapi suatu hal, baik pada dirinya sendiri maupun di luar dirinya. Seseorang berpendidikan tinggi dianggap mempunyai wawasan yang lebih luas, terbuka, rasional dan mempunyai akses sumber daya. Tabel di bawah ini memperlihatkan tingkat pendidikan responden,

Tabel 2
Pendidikan Responden

No.	Tingkat Pendidikan	Jumlah	Persentase
1.	Tidak tamat SD	18	60,00
2.	Tamat SD	6	20,00
3.	Tidak tamat SMP	4	13,36
4.	Tamat SMP	2	6,64
Jumlah		30	100,00

Sumber: Data Primer

c. Pekerjaan Responden

Status pekerjaan dapat dilihat pada tabel 3 di bawah ini,

Tabel 3
Status Kerja Responden

No.	Jenis Pekerjaan	Jumlah	Persentase
1.	Buruh Cuci	12	40,00
2.	Pembantu RT	6	20,00
3.	Buruh Pabrik	2	6,64
4.	Tidak bekerja	10	33,36
Jumlah		30	100,00

Sumber: Data Primer

d. Jumlah Tanggungan Anak.

Jumlah tanggungan anak merupakan salah satu indikator bagaimana kesehatan reproduksi wanita terjaga atau tidak, tabel 4 di bawah ini menjelaskan jumlah anak responden,

Tabel 4
Jumlah Anak Responden

No.	Jumlah Anak	Jumlah	Persentase
1.	0-3 orang	9	30,00
2.	4-7 orang	19	63,36
3.	8-11 orang	2	6,64
Jumlah		30	100,00

Sumber: Data Primer

3.2 Masa kehamilan.

Dari data yang diperoleh dari informan, rata-rata mereka menyatakan tidak mengalami kesulitan dalam masa kehamilan. Bahkan sebagian mereka tetap melaksanakan aktivitas kegiatan sehari-hari, misalnya mengurus rumah tangga. Sebagian kecil informan ada yang mengeluhkan sejak awal kehamilan mereka, seperti, kaki kesemutan, kaki bengkok, mual-mual di pagi hari, suka puyeng dan lain-lain.

Selama masa kehamilan sebagian informan jarang memeriksakan diri ke puskesmas atau ke dokter, dengan alasan mereka tidak ada keluhan apa-apa. Sementara jarak puskesmas itu sendiri tidak jauh dari perkampungan penduduk, tetapi hal inipun tidak menggerakkan minat ibu hamil untuk memeriksakan diri. Hal ini erat kaitannya dengan kepercayaan masyarakat bahwa kehamilan itu adalah proses alamiah dan tidak perlu dirisaukan sepanjang tidak ada keluhan yang mengganggu.

Penduduk desa Cilendek baru datang ke puskesmas jika ada anak sakit, atau anggota keluarga lain yang sakit diluar kehamilan, dengan alasan obatnya murah. Informan mengaku mereka setidaknya mereka datang dua kali masa bulan. Yang pertama saat awal kehamilan untuk memastikan kehamilan, yang kedua saat mau melahirkan untuk mengetahui letak bayi.

Sebagian kecil informan ada yang meminta tukang urut merawat masa kehamilannya, seperti mengurut kaki bengkak, membuat jamuan diminum agar tidak lemas. Hubungan mereka tetap terjaga sampai bayi lahir dan sekaligus merawat bayi selama 2 minggu. Uniknya pembayaran boleh diangsur sampai sang bayi lahir dengan dasar keikhlasan. Selama masa kehamilan banyak pantangan-pantangan yang harus ditaati, demi kebaikan si ibu dan bayinya berdasarkan kepercayaan masyarakat. Selama ibu hamil tidak boleh membunuh binatang seperti semut, kecoak, tikus dan lain-lain. Juga dilarang mengejek, menyakiti hati orang lain, atau menunjuk bianglala di langit, berdiri di muka pintu saat siang hari karena dipercayai anaknya akan sulit lahir.

Selain itu ada pantangan makanan yang tidak boleh dimakan selama kehamilan misalnya, tidak boleh mengkonsumsi ikan dengan asumsi kelak anaknya lahir akan mempunyai kulit bersisik atau tidak mulus. Juga dilarang memakan buah-buahan seperti pepaya, pisang ambon, nenas dan lain lain agar vagina tetap kering. Dianjurkan meminum air kelapa muda, dengan tujuan agar kulit anaknya mulus dan kepalanya tidak berkerak. Bahkan di usia kandungan 9 bulan dianjurkan setiap hari meminum minyak kelapa yang dibuat sendiri agar anaknya lancar lahir sebab telah di "minyaki". Segala anjuran lebih diarahkan kepada kepentingan pihak-pihak lain di luar wanita itu sendiri, terutama kepentingan suami dan anak. Penjagaan kesehatan ibu sebelum melahirkan tidak mendapatkan perhatian khusus apakah itu makanannya, vitamin atau pemeriksaan rutin ke puskesmas, bidan atau dokter.

Dalam proses melahirkan, terjadi perimbangan antara responden yang responden yang menggunakan jasa dukun maraji atau bidan. Baik responden yang menggunakan jasa dukun maraji maupun bidan mengemukakan bahwa pilihan itu berdasarkan asas "praktis" saja. Melahirkan dengan dukun maraji ada kelebihan dan ada pula kekurangannya. Kelebihannya antara lain biayanya lebih murah dan dapat pula dicicil, dapat dipanggil kapan saja, dan umumnya melahirkan di rumah yang melahirkan. Selain itu perawatan tetap dilakukan dukun maraji terhadap ibu dan anak selama 40 hari setelah melahirkan. Kelebihan khusus yang dirasakan responden kalau melahirkan dengan dukun maraji adalah perhatian, usapan-usapan lembut, kata-kata yang menenangkan membuat mereka merasa lebih tenang. Kekurangan melahirkan dengan dukun maraji adalah rasa sakit yang lama, karena tidak dibius, kemudian vagina yang robek tidak dijahit dan proses penyembuhannya dinyatakan lebih lama. Responden yang memilih melahirkan dengan bidan juga mempunyai alasan tertentu, seperti: proses kelahiran lebih cepat, efisien, dan tidak lama merasa sakit. Dengan bidan, vagina yang robek ketika melahirkan dapat dijahit kembali. Atas segala kelebihan ini melahirkan dengan bidan biayanya relatif lebih mahal antara Rp 75.000-Rp 150.000; ditambah dengan obat-obatan. Kekurangannya menurut responden adalah sikap bidan yang kurang ramah dan terkesan terburu-buru. Hal ini menyebabkan ada rasanya kurang tenang dan takut bertanya kalau ada keperluan.

Hampir semua responden mengutarakan persoalan melahirkan dengan bantuan siapa, hanya persoalan uang. Bagi mereka yang miskin memang tak ada

pilihan lain, cukup ke dukun maraji saja. Bagi responden yang memang ada persiapan uang tentu dapat memilih melahirkan di bidan tentunya.

Perawatan sesudah melahirkan juga mendapatkan perhatian khusus dari responden. Umumnya mereka menyatakan tidak bekerja yang berat-berat selama 40 hari, misalnya : mencuci, mengepel dan memasak. Biasanya pihak keluarga membantu meracik jamu-jamuan yang dapat mengembalikan kesehatan sang ibu, dan juga mengeluarkan darah kotor, dan sebagainya.

Perawatan yang mendapat perhatian khusus adalah menjaga "kesembuhan" vagina kembali seperti semula. Seluruh responden sepakat menyatakan hal itu amat penting dalam menjaga agar suami tidak "lari". Usaha ini antara lain, diurut oleh tukang urut yang dipercayai memang mampu mengembalikan peranakan ketempat semula, minum jamu sari rapet (madura), mencuci dengan PK atau air rebusan daun sirih. Agar vagina cepat kering, responden menyatakan mereka duduk di atas abu hangat yang dibungkus dengan kain kasa. Di samping itu menjaga kerampingan tubuh dan perut tetap kencang sesudah melahirkan, mereka memakai bengkung setelah perut diborehi dengan minyak kayu putih yang telah dicampur dengan kapur sirih dan jeruk nipis.

3.3 Pelayanan Kesehatan Reproduksi.

Di desa Cilendek, puskesmas terletak di tengah perkampungan penduduk. Keberadaannya tidak begitu diminati oleh masyarakat. Hal ini disebabkan repotnya mengatur waktu dan menunggu pembelian obat. Selain itu waktunya juga terbatas, dan harus antri dari pagi, belum lagi sikap petugasnya yang kurang ramah. Selain itu masyarakat desa Cilendek, pada tahun 70-an mengalami "trauma" dengan program KB yang aktivitasnya dilakukan di puskesmas. Saat itu wanita usia produktif yang telah menikah "ditangkapi" dan dipaksa ber-KB. Apalagi ditambah dengan perlakuan petugas tidak menghormati mereka sebagai manusia.

Puskesmas baru didatangi apabila ada anggota keluarga lain yang sakit dan telah berobat "kampung" dan dipijit tetapi tetap tidak membaik. Artinya responden telah mencoba terlebih dahulu dengan minum jamu, diurut/dikerok, atau membeli obat bebas di warung, tetapi tidak juga sembuh. Selain itu mereka baru ke puskesmas jika ada anggota keluarga yang terluka akibat senjata tajam.

Untuk memeriksakan kesehatan reproduksi responden jarang melakukannya. Alasannya masih dapat ditanggulangi sendiri, dan merasa malu dan risi membicarakan penyakitnya kepada petugas puskesmas. Salah satu informan menyatakan ia menderita keputihan, yang diobati dengan minum air rebusan daun sirih dan juga dicebokkan ke vagina. Tetapi tetap saja ia menderita keputihan, dan sekarang ia mencoba chat Cina yang dijual bebas di pasaran. Ia juga mengemukakan bahwa ada saudaranya memeriksakan penyakit yang sama dengan dirinya. Saudaranya tidak mendapat jawaban yang tegas dan detil tentang penyakitnya, dan petugas menyatakan itu adalah penyakit perempuan yang tak perlu dikuatirkan. Dapat dikatakan kemalasan masyarakat ke puskesmas salah satunya adalah ketidaksiapan petugas atas pertanyaan yang diajukan. Bahkan petugas kelihatan tidak senang kalau pasien banyak bertanya, seakan-akan mengganggu kesibukan petugas dan menerima dengan muka kecut.

3.4 Informasi dan Pendidikan.

Seperti yang dikemukakan di atas responden umumnya mempunyai tingkat pendidikan yang relatif rendah. Rendahnya tingkat pendidikan anak perempuan karena masih kuatnya tradisi pada masyarakat desa Cilendek, tak perlu sekolah tinggi, toh nanti akan ke dapur juga. Bahkan usia perkawinan pada anak wanita di desa ini umumnya relatif muda, antara usia 13-17 tahun. Apalagi perekonomian tidak mencukupi kebutuhan hidup, maka anak wanita korban pertama untuk putus sekolah. Jika ada uang berlebih orang tua lebih mendorong anak laki-laki dengan asumsi anak laki-laki akan menjadi kepala keluarga.

Dengan kondisi pendidikan yang rendah dan kebanyakan menikah di usia muda, informasi seputar kesehatan reproduksi akan sulit dipahami sebagai suatu yang penting bagi mereka. Kartono Mohammad (1995) mengemukakan akan sukar memberikan informasi kepada masyarakat banyak mengenai reproduksi wanita karena masyarakat sendiri telah, mempunyai nilai sosial budaya bahkan ekonomi terkait di dalamnya.

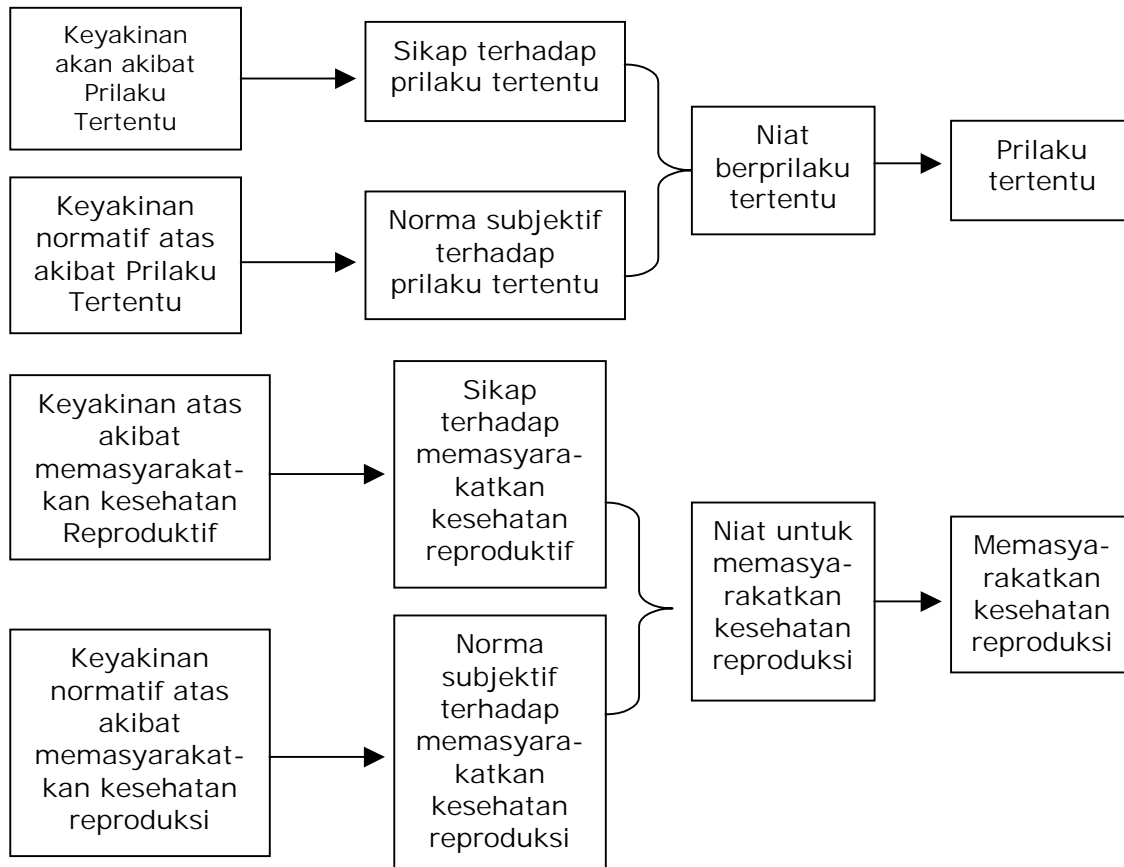
BAB IV MEMASYARAKATKAN KESEHATAN REPRODUKSI WANITA.

Permasalahan reproduksi wanita bukan sekedar pemilikan tubuh secara fisik tetapi di dalamnya juga menyangkut aspek sosial budaya dan ekonomi yang menyertainya. Timbulnya isue hak produksi wanita sebagai reaksi terhadap program KB yang berorientasi pada penurunan angka kelahiran semata. Seperti yang dikemukakan Marcues dan Diarsi (1997) tuntutan akan hak-hak ini muncul setelah mata dan hati wanita bersaksi bahwa ternyata selama ini hak-hak wanita diabaikan sehubungan dengan pelaksanaan program KB yang melulu hanya berorientasi kepada target. Dalam hal ini pemerintah seyogyanya mengajak wanita beserta masyarakat dalam menciptakan kesehatan wanita bukan sekedar memenuhi target "pembangunan". Tetapi menjadikan wanita sebagai subjek yang berhak mengatur tubuhnya sendiri dan sekaligus dapat menerima bahwa menjaga reproduksi penting untuk dirinya sendiri.

Menurut penulis teori yang dikemukakan oleh Fishbein dan Ajzein (1980) (The Reasoned Action Theory) dapat diaplikasikan untuk memasyarakatkan program kesehatan reproduksi. Menurut teori ini prilaku (behavior) seseorang sangat tergantung pada niatnya (intention), sedangkan niat untuk berperilaku sangat bergantung pada sikap (attitude) dan norma subjektif (subjective norm) atas prilaku. Pada sisi lain keyakinan (believing) atas akibat prilaku sangat mempengaruhi sikap dan norma subjektifnya. Implikasinya kesertaan seseorang atau kelompok di dalam memasyarakatkan kesehatan reproduksi wanita ditentukan oleh niatnya. Niat memasyarakatkan reproduksi ditentukan oleh sikap serta norma subjektifnya. Sementara itu sikap dan norma subjektif ini sangat ditentukan oleh keyakinan atas akibat melaksanakan program tersebut. Menurut teori ini seseorang belum yakin akan manfaat kesehatan reoroduktif khususnya bagi dirinya sendiri, maka kecil kemungkinan untuk melaksanakan memasyarakatkan kesehatan reproduksi wanita. Skema dibawah ini menjelaskan hal-hal mendasar dalam mengajak masyarakat khususnya wanita untuk melaksanakan program ini, antara lain merubah kondisi sosial budaya dan ekonomi yang menjadi penghalang bagi pelaksanaan hak-hak reproduksi (status legal wanita, pendidikan, tingkat kemiskinan, pengambilan keputusan dalam rumah tangga, pilihan menikah atau tidak).

Lampiran 1

Skema 1 Alur "The Reasoned Action Theory"



4.1 Kondisi Internal dan Eksternal Responden Penelitian.

Berdasarkan karakteristik responden yang telah dikemukakan di atas, memasyarakatkan kesehatan reproduksi wanita dipengaruhi oleh kondisi internal dan eksternal si wanita itu sendiri. Faktor internal seperti, pendidikan yang rendah, kesehatan yang buruk, status yang rendah dan faktor eksternal seperti, beban kerja yang berat, sistem sosial budaya masyarakat, keduanya berperan pada tingkat keberhasilan program kesehatan reproduksi wanita.

Menurut Firman Lubis (1994: 107), untuk mengatasi kondisi internal dan eksternal dalam memasyarakatkan kesehatan reproduksi wanita, harus ada kebijakan dasar yang harus ditingkatkan, antara lain:

a. Meningkatkan Pemberdayaan Wanita.

Masalah rendahnya kesehatan wanita dan tingginya tingkat kematian ibu di Indonesia adalah disebabkan rendahnya status dan peranan wanita serta kurangnya fasilitas kesehatan untuk mereka. Lebih lanjut Bashin (1996) mengemukakan rendahnya status wanita menyebabkan laki-laki menguasai dan mengontrol hal (a) daya produktif atau tenaga kerja wanita, (b) reproduksi wanita, (c) kontrol dan seksual wanita, (d) gerak wanita, dan (e), status hak milik dan sumber daya ekonomi lainnya.

Oleh sebab itu pemberdayaan wanita merupakan hal yang mendasar diperlukan untuk jangka panjang. Aspek internal atau psikologis di dalam diri wanita harus dibangkitkan sehingga terjadi pengembangan kesadaran wanita tentang konsep sosial dan politik yang melingkupinya. Dalam arti kata wanita menghargai kemampuan diri sendiri, memberdayakan diri untuk mengembangkan potensi dan motivasi sehingga menjadi manusia yang mandiri dan mempunyai pilihan sendiri (Poerwandari,1997). Termasuk diantaranya meningkatkan kesadaran dan pengetahuan mereka akan hal-hal pokok tentang kesehatan mereka, sehingga wanita ikut aktif berperan dalam mengatasi masalah-masalah kesehatan tersebut.

Menurut Fiman Lubis (1997) usaha ini antara lain, membantu meningkatkan pendidikan formal bagi anak perempuan di sekolah umum maupun pesantren terutama di desa-desa, kurikulum sekolah yang memuat tentang pendidikan kesehatan reproduksi serta mengintegrasikan kesehatan wanita dalam setiap usaha peningkatan peranan wanita dalam segala bidang.

b. Meningkatkan Keikutsertaan semua Potensi yang ada di masyarakat.

Selain oleh pemerintah, usaha kesehatan wanita sebenarnya dapat juga "dilimpahkan" kepada organisasi atau institusi lain yang mempunyai perhatian terhadap kesehatan wanita. Misalnya Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang berorientasi kepada fokus perhatian pada kesehatan wanita, atau kegiatan PKK yang digalakkan di desa-desa serta tenaga profesi dokter, bidan yang berpraktek di swasta dan rumah sakit, perguruan tinggi, atau individu perorangan yang tertarik untuk kegiatan sosialnya.

Institusi ini belum dimaksimalkan secara konstans, padahal peranan dari masyarakat luas ini dilibatkan secara nyata, akan dapat menambah motivasi masyarakat itu sendiri untuk mengikuti aksi program kesehatan yang telah ditentukan. Institusi yang berada di luar pemerintah ini setidaknya tidaknya dapat melakukan usaha pendidikan kesehatan bagi wanita dengan mengintegrasikan kedalam kegiatan penyuluhan KIE yang mereka jalankan. Sebab materi pendidikan kesehatan itu sendiri tidak sukar dipelajari oleh tenaga non medis. Di samping itu institusi ini dapat memanfaatkan poster, leaflet, booklet yang telah dikembangkan oleh Depkes, BKKBN, atau lembaga lainnya.

Untuk memotivasi institusi di luar pemerintah ini, peran pemerintah sebagai motivator di mulai dari aparat yang mengajak dengan simpatik. Selanjutnya bantuan awal berupa dana atau peralatan dapat dicarikan pemerintah dari negara donor atau sumbangan perusahaan yang peduli terhadap kesehatan wanita. Jika peranan masyarakat sendiri dioptimalkan dan bekerja sama dengan pemerintah secara baik, maka dapat diharapkan tingkat keberhasilan rnerasyarakatkan kesehatan reproduksi wanita sesuai dengan harapan.

c. Meningkatkan Komitmen Politis Pernerintah.

Usaha untuk meningkatkan pelayanan kesehatan wanita sangat membutuhkan komitmen pemerintah, terutarna dalam alokasi anggaran APBN dan sumber daya lainnya. Anjuran WHO anggaran kesehatan untuk rakyat sebanyak 5% dari anggaran keseluruhan, ternyata negara Indonesia hanya mengalokasikan dana untuk kesehatan hanya 3% saja. Fokus perhatian pemerintah saat ini bagaimana menurunkan angka kematian ibu (tertinggi di Asia Tenggara), sangat ironis Indonesia dianggap berhasil dalam program KB, tetapi angka kematian ibu masih sangat tinggi.

Selain komitmen pemerintah mengenai anggaran, peningkatan sumber daya manusia dalam hal ini petugas kesehatan meningkatkan mutu pelayanan dengan sungguh-sungguh. Sehingga pelayanan tentang kesehatan reproduksi wanita ini benar-benar wanita diajak ikut "andil" untuk memutuskan hal yang terbaik bagi dirinya. Kemandirian wanita tercipta jika petugas kesehatan tidak semata-mata memandang mereka sebagai objek, tetapi harus mampu berkomunikasi dan melakukan konseling terhadap wanita yang bersangkutan.

4.2. Pandangan Masyarakat Desa Cilendek terhadap Kesehatan Reproduksi Wanita.

Dalam diskusi kelompok terarah (DKT) sesama responden yang berkenaan i dengan kesehatan reproduksi wanita, peneliti mendapat masukan yang cukup berarti bagaimana sebenarnya pandangan masyarakat desa Cilendek terhadap hal tersebut. Pada awalnya banyak dari pada responden yang terheran-heran ketika diberi topik diskusi mengenai kesehatan reproduksi mereka. Hal ini disebabkan "masalah itu" sebenarnya bukanlah penting menurut mereka. Juga sebagian besar masyarakat desa Cilendek beranggapan bahwa peristiwa mulai dari haid sampai perkawinan, hamil, melahirkan atau segala yang berkaitan dengan alat kelamin wanita adalah peristiwa alamiah dan tidak perlu dibesar-besarkan.

Pandangan yang telah berurat berakar baik pada kelompok wanita (responden) dan masyarakat tidak terlepas dari peran jender wanita yang disosialisasikan bahwa wanita harus mendahulukan kepentingan-kepentingan di luar dirinya, dan bahkan sering mengabaikan kesehatannya sendiri. Definisi sehat dan sakit dalam pengertian masyarakat desa berbeda dengan pengertian medis. Pengertian medis yang menyatakan sakit adalah terganggunya salah satu organ tubuh dalam menjalankan fungsinya, dianggap masyarakat desa Cilendek bukanlah sakit sepanjang masih dapat berjalan dan melakukan kegiatan seperti biasa.

Berkaitan dengan kesehatan reproduksi wanita, masyarakat beranggapan bahwa hal tersebut merupakan masalah "pribadi" yang bersangkutan. Akibatnya banyak wanita jika mengalami penyakit yang berkaitan dengan alat reproduksinya berusaha mengatasi sendiri, misalnya dengan obat tradisional atau jamu. Padahal masalahnya tidak sesederhana itu, jika penyakitnya sudah parah barulah mereka mencari pertolongan dokter, atau bidan. Seorang responden menyatakan bibinya meninggal dunia, akibat kanker rahim yang tidak diketahui awal penyakitnya. Pertama terasa gatal-gatal dan sering buang air kecil, dan perutnya membengkak. Bibinya mengatasi dengan minum air sirih dan lalap kunyit muda. Setelah ia muntah-muntah ketika makan, dan badannya lemas, dokter menyatakan ia mengidap kanker rahim stadium 3 yang sulit disembuhkan.

Hal lain yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi wanita, adalah mengenai kegiatan ber-KB. Masyarakat desa Cilendek termasuk wanita yang .berusia subur beranggapan bahwa yang ber-KB adalah wanita. Meskipun laki-laki pun dapat ber-KB misalnya dengan metode vasektomi, tetapi baik wanita maupun laki-laki sama-sama keberatan. Alasan wanita adalah suami adalah tulang punggung keluarga dalam mencari ekonomi rumah tangga. Jika terjadi apa-apa (misalnya suami sakit gara-gara ber-KB), siapa yang menanggung biaya rumah tangga? Dalam hal ini wanita "mengalah" membiarkan dirinya ber-KB, meskipun kadangkala kesehatan tidak mengizinkan atau alat kontrasepsi sering tidak cocok. Alasan bagi laki-laki enggan ber-KB adalah dengan mendengar "issue" mereka akan mengalami kehilangan gairah seksual. Dengan asumsi seperti ini memang sukar menghilangkan "dogma" tersebut dalam masyarakat desa Cilendek.

Pandangan lain yang sehubungan dengan kesehatan reproduksi wanita adanya sebaiknya dalam memeriksa adalah dokter, bidan atau petugas sesama wanita juga. Sebagian responden mengakui bahwa suami mereka menghendaki jika istri mereka terpaksa berobat ke puskesmas atau rumah sakit, terlebih dahulu cari dokter, bidan atau petugas kesehatan sesama wanita. Alasannya sangat janggal kalau alat reproduksi wanita "dilihat" oleh orang lain apalagi laki-laki lain. Kalau melahirkan masih dapat dimaafkan, tetapi kalau sekedar berobat atau memeriksa kehamilan sebaiknya dengan petugas sesama wanita.

4.3 Kendala-kendala dalam menerima inovasi tentang kesehatan reproduksi wanita.

Pada umumnya responden dan masyarakat desa mengakui masih banyaknya kendala-kendala yang harus dihadapi dalam menerima inovasi baru seperti kesehatan reproduksi wanita. Menurut kepala desa untuk mengajak penduduk desa mati menerima aksi program pemerintah apapun bentuknya terbentur pada dua hal, yang pertama: pendidikan masyarakat yang relatif masih rendah, otomatis perekonomian mereka masih belum stabil. Kondisi ini berakibat sering tidak "nyambung"-nya informasi yang diberikan sehubungan dengan aksi program pemerintah yang hendak dijalankan. Sementara itu mereka relatif tidak punya waktu untuk menyempatkan diri dalam tukar pendapat, ceramah, atau pelatihan disebabkan waktunya habis dalam mencari nafkah. Hal yang kedua dianggap sebagai kendala adalah, keberadaan Puskesmas, sikap petugas kesehatan tidak "menarik" perhatian masyarakat desa. Pernyataan kepala desa ini juga disetujui oleh responden. Menurut mereka anak perempuan sejak lahir sudah di targetkan untuk berumah tangga, sekolah sampai tinggi jika ada biaya dan harus mengalah jika ada saudara laki-laki yang juga ingin sekolah tinggi. Setelah tamat SD, orang tua sudah menyiapkan jodoh untuk anak perempuannya atau tidak dibolehkan mencari sendiri. Padahal anak-anak usia tamat SD, masih ingin bermain-main sesuai dengan tingkat usia mereka. Pengalaman seorang responden menyatakan, bahwa ia masih tetap bermain kelereng dengan temannya kendatipun ia telah menikah di usia 13 tahun.

Dengan pendidikan yang tidak memadai responden mengakui ada faktor kesulitan mereka dalam menerima aksi program pemerintah yang dianggap tidak bermanfaat untuk mereka. Mereka dapat mendalami apabila adanya komunikasi yang aktif dan kesabaran yang tinggi dari penyuluh dalam memberikan informasi, dengan bahasa yang dapat dimengerti mereka. Dari itu mereka dapat memahami dan ikut memberikan masukan sesuai dengan apa yang mereka alami dalam kehidupan sehari-hari. Di samping itu kendala lain yang dianggap responden yang bekerja mengenai pembagian waktu yang diminta untuk pelatihan atau mendengar ceramah. Sepulang bekerja responden harus membereskan rumah tangga lagi sehingga waktu mereka tersita demikian rupa.

Keberadaan Puskesmas di desa Cilendek tidak memberikan rasa tergantung pada masyarakat untuk memeriksakan kesehatan, akibat banyaknya pengalaman yang tidak enak sehubungan dengan berobat di sana. Mulai dari pengaturan waktu berobat, antri, sampai pada sikap petugas kesehatan yang tidak berkenan di hati masyarakat. Banyak pengalaman responden yang tidak mengenakan sehubungan dengan berobat ke puskesmas.

Dari kendala-kendala di atas pemerintah dan institusi lainnya dapat belajar, bahwa masyarakat dapat menerima inovasi baru dengan tetap memperhatikan sosial budaya mereka dan mengajak mereka ikut serta sebagai subjek pembangunan bukan hanya sebagai target. Khusus untuk memasyarakatkan kesehatan reproduksi

wanita, semua unsur masyarakat harus diyakinkan bahwa program itu bermanfaat bagi mereka.

BAB V KESIMPULAN & SARAN

Penelitian yang berjudul "Memasyarakatkan Kesehatan Reproduksi Wanita" Suatu Studi Antropologis di desa Cilendek, Kecamatan Bogor Barat Kotamadya Bogor) pada intinya mengkaji dua aspek. Pertama, masalah kepentingan reproduksi wanita yang ditargetkan untuk memperkecil jumlah penduduk (KB), tetapi wanita yang memiliki reproduksi sendiri tidak ikut andil mengenai keputusan mengenai tubuhnya sendiri (hak reproduksi). kendala yang dihadapi dalam memasyarakatkan kesehatan reproduksi juga berasal dari faktor sosial, budaya ekonomi bahkan politis. Kesimpulan penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Keterlibatan atau partisipasi wanita dalam menjaga kesehatan reproduksinya masih setengah hati. Hal ini disebabkan adanya asumsi dalam masyarakat luas bahwa proses kehamilan adalah hal yang alamiah.
2. Masih banyaknya kepercayaan atau tradisi lama, yang justru merugikan kesehatan wanita sendiri. Misalnya memakan makanan bergizi yang dibutuhkan ibu hamil tetapi dipercaya akan berpengaruh buruk terhadap ibu dan anak.
3. Adanya tuntutan dan keluarga si wanita untuk menjaga kesehatan supaya anak yang dilahirkan selamat. Tetapi secara bio-medis kurang/tidak mau memeriksakan diri secara rutin dan memakan makanan yang bergizi untuk kesehatan ibu dan anak.
4. Khusus di desa Cilendek di tempat penelitian berlangsung, wanita hamil umumnya hanya memakan sayur-sayuran (lalap) kebiasaan suku Sunda yang dianggap makanan sehat, jarang ditambahi dengan ikan, daging, dan buah-buahan yang dianggap tidak baik untuk si bayi. Akibatnya wanita hamil di propinsi Jawa Barat secara umum menderita anemia 54,4 %.
5. Masyarakat desa Cilendek masih sukar menerima inovasi-inovasi baru termasuk tentang kesehatan reproduksi wanita, kendalanya antara lain:
 - Menjaga kesehatan reproduksi wanita cukup dengan jamu-jamuan tradisional yang dipercayai cukup ampuh khasiatnya. Jadi tidak perlu datang ke puskesmas kalau tidak terpaksa.
 - Pemahaman dan pengetahuan masyarakat secara mendalam mengenai reproduksi wanita masih sangat minim. Ini tercermin masih sukarnya mengajak masyarakat untuk berpartisipasi dalam program-program pemerintah menangani masalah kesehatan reproduksi atau Gerakan Sayang Ibu (GSI).
 - Tingginya angka kawin muda di desa ini (21 orang dan 30 responden) menikah di bawah usia 17 tahun, mempengaruhi tingkat keberhasilan dalam "mempopulerkan" kesehatan reproduksi wanita.
 - Masih belum "welcome"-nya para petugas puskesmas dan petugas kesehatan sebagai motivator dalam memberikan layanan dan informasi terhadap masyarakat desa Cilendek.

SARAN.

1. Memasukkan ide-ide baru termasuk dalam memasyarakatkan kesehatan reproduksi wanita, wanita diajak ikut serta dan diberi informasi selengkapnya, serta dibebaskan dalam memilih menjaga kesehatan reproduksinya sendiri.
2. Perlunya perhatian pendidikan terhadap anak-anak perempuan sehingga perkawinan di bawah umur dapat dihindarkan. Hal ini sebagai salah satu menjaga kesehatan reproduksi wanita.

3. Perlu kiranya dikembangkan tanggung jawab pria (suami) dalam menjaga kesehatan reproduksi wanita atau istrinya.
4. Penyuluhan terpadu dari berbagai pihak, apakah itu dari petugas kesehatan, ulama, pemuka masyarakat terhadap masyarakat tentang pentingnya kebersamaan dalam menjaga kesehatan ibu, termasuk kesehatan reproduksinya.
5. Agar petugas kesehatan bersikap lebih "ramah" terhadap masyarakat sehingga membuat wanita tidak alergi datang berobat memeriksakan kesehatan reproduksinya.

DAFTAR BACAAN

- Andi Baso, Zohra. Kesehatan Reproduksi. Yogyakarta; Pustaka Pelajar, 1998.
- Dwi Yanto, Agus & M. Darwin. Sukonalitas. Kesehatan Reproduksi dan Ketimpangan Gender. Jakarta; 1998.
- Iskandar, Meuwita. Kualitas Pelayanan KB di Indonesia Review Analitik Untuk Menentukan Prioritas. Jakarta; PPK. LPUI; 1994
- Lies, Marcon & Mira Diarsi. Hak Reproduksi Perempuan: Masihkah Demi Kepentingan. Makalah : Perempuan Seminar Pemberdayaan Wanita. November 1996
- Lubis, Firman. Pemberdayaan Perempuan. Jakarta; Genta Singga1ang, 1994
- Mohammad, Kartono. Kontradiksi Dalam Kesehatan Reproduksi dan Ketimpangan Gender, 1997.