

KEKERASAN DALAM IMPLEMENTASI KELUARAGA BERENCANA (KB) TERHADAP PEREMPUAN DALAM PERSPEKTIF ISLAM

Robiatul Adawiyah

STAI Muhammadiyah Probolinggo

Email: Robiek17@gmail.com

Abstract

The Family Planning grows rapidly in Indonesia as the implementation of government policy. This program has been planned to improve Indonesian people's prosperity. The effectiveness of this program has been driven by the involvement of government and society in communication, education and information (KEI). However, there is a tendency that the successful program conceals another side of the coin, that is gender inequality. This article tries to highlight women participation in this program which is motivated by an ideology impacting on their way of life. The different social status of man and woman which places women on subordinate position and sets them as the fragile one has made them become susceptible of violence, including on reproduction organs, which the use is of a matter of individual right. On the other side, religion and patriarchal culture play significant role in improving women participation in this Family Planning.

Keyword: Family Planning, violence

Abstrak

Program Keluarga Berencana berkembang dengan cepat di seluruh Indonesia sesuai dengan kebijakan pemerintah. Program Keluarga Berencana yang telah direncanakan oleh pemerintah adalah upaya pemerintah untuk meningkatkan kesejahteraan bangsa. Kesuksesan program KB disebabkan oleh besarnya keterlibatan pemerintah dan masyarakat dengan komunikasi, edukasi dan informasi (KEI). Akan tetapi keberhasilan ini menyimpan sisi lain berupa ketimpangan gender. Tulisan ini berupaya menyoroti banyaknya partisipasi perempuan pengguna KB secara nasional yang turut disebabkan oleh ideologi tertentu yang mempengaruhi cara pandang pihak-pihak yang terlibat. Perbedaan status sosial antara laki-laki dan perempuan dalam masyarakat di mana posisi perempuan lebih rendah, membuat perempuan rentan mengalami kekerasan, termasuk menyangkut alat reproduksi yang penggunaannya merupakan hak asasi setiap orang. Di sisi lain, agama dan budaya yang bersifat patriarkal juga turut mendorong partisipasi perempuan dalam program Keluarga Berencana.

Kata Kunci: Keluarga Berencana, kekerasan

PENDAHULUAN

Gerakan Keluarga Berencana di Indonesia muncul pada awal 1970an, dipelopori oleh lembaga swadaya masyarakat bernama Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) yang berdiri sejak tahun 1957. Perkembangan Program Keluarga Berencana di dukung oleh intervensi politis pemerintah lewat sosialisasi luas melalui organisasi yang didirikannya yakni Badan Koordinasi Keluarga Berencana (BKKB).¹ Program Keluarga Berencana berkembang dengan cepat di seluruh Indonesia sesuai dengan kebijakan pemerintah. Program Keluarga Berencana (KB) yang telah dilaksanakan oleh Pemerintah Indonesia adalah upaya pemerintah untuk meningkatkan kesejahteraan bangsa. Program Keluarga Berencana merupakan gerakan untuk berpartisipasi aktif dalam membudayakan konsep Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (NKKBS).

Kebijakan negara dalam menurunkan angka kelahiran di Indonesia di serahkan pelaksanaannya kepada BKKBN. Untuk kesuksesan, BKKB pusat membentuk perwakilan perwakilan di daerah-daerah Tingkat I, tingkat II, Tingkat III dan sampai tingkat desa seluruh Indonesia. Dalam pelaksanaannya Gubernur, Bupati, Camat, dan kepala desa/kelurahan ikut terlibat membina dan mengawasi program yang dipercayakan kepada Pengawas Pelaksanaan Lapangan Program Keluarga (PLKB) yang di awasi oleh Pengawas Pelaksanaan Lapangan Program Keluarga Berencana (PPLPKB) yang ada di Kabupaten. Pada tingkat desa dibentuk Pelaksanaan Lapangan Program Keluarga Berencana Desa (PLKBD), Posyandu dan lain-lain.

Kesuksesan program KB disebabkan oleh besarnya keterlibatan pemerintah dan masyarakat dengan komunikasi, edukasi dan informasi (KEI). Para pejabat dari presiden, sampai kepala dusun menunjukkan keterlibatannya dengan caranya sendiri. Dan iklan yang begitu gencar dilakukan pada media-media elektronik, cetak, bis kota, angkutan kota, becak. Pada tahun 2009 TNI diberikan mandat untuk membantu mengawal pelaksanaan program Keluarga Berencana yang di selenggarakan oleh Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (data dari Internasional NGO Forum On Indonesian Development).

Perekrutan akseptor ditingkat kecamatan dipercayakan kepada Petugas Lapangan Keluarga Berencana (PLKB) diawasi oleh Petugas Pengawas Lapangan Keluarga Berencana (PPLKB) berkedudukan di tingkat kabupaten. Dalam hal ini

¹ Wening Udasmoro, 2004: *Konsep Nasionalisme dan Hak Reproduksi Perempuan: Analisis Gender Terhadap Program Keluarga Berencana Indonesia*. Jurnal Humaniora Volume 16. No 2. Juni 2004. 147-157

petuga PLKB bertugas mendidik kelompok akseptor dan promosi kontrasepsi, serta membagikan alat kontrasepsi seperti pil, kondom. Untuk metode alat kontrasepsi seperti: IUD, strelisasi, inplan dan suntikan mereka bekerja sama dengan staf kesehatan tingkat kecamatan, yakni puskesmas.

Dalam pelaksanaan program KB, alat kontrasepsi yang disediakan adalah alat kontrasepsi untuk perempuan, seperti spiral/IUD, pil, dan suntik kemudian di susul kondom untuk laki-laki. Untuk menyukseskan program KB dalam pengertian secara efektif mencegah kehamilan, diadakan penekanan pada kontrasepsi yang mempunyai kemajuan tinggi, IUD sekali terpasang dapat mencegah kehamilan selama bertahun-tahun dan suplai baru tidak diperlukan. Berbeda dengan kondom dan pil yang memerlukan suplai baru dan menuntut keteraturan dan ketepatan dalam pemakaiannya, memerlukan motivasi, pengetahuan para pemakai, disiplin dan mutu pelayanan.

Dari data tahun 2013 yang ada sebanyak sebesar 71,58% pasangan usia subur yang ikut ber-KB. Dilihat menurut propinsi maka yang terendah di Propinsi Papua sebesar 39,56% dan tertinggi di Bali 84,75%. Penggunaan KB terbanyak adalah perempuan mulai dari pil, injeksi, IUD, susuk (Norplant), tubektomi dan untuk laki-laki vasektomi dan kondom.²

Apabila diamati data diatas menunjukkan bahwa perempuan jauh lebih banyak dari laki-laki dalam penggunaan alat kontrasepsi Indonesia pada tahun 2012 tercatat jumlah peserta KB aktif dari 64.133.347 juta jiwa, dengan jumlah PUS 161.750.743 juta jiwa dan WUS 51.472.069 juta jiwa. Dari 64.133.347 peserta KB aktif, pengguna KB suntik (54,35%), peserta pil (28,65%), peserta IUD (5,44%), peserta kondom (5,34%), peserta implant (4,99%), peserta MOW (1,04%), dan peserta MOP (0,2%).³ Dengan demikian dapat dikatakan bahwa perempuan/istri menjadi objek program program KB sejak awal diciptakan alat kontrasepsi sampai pelaksanaan.

Rendahnya partisipasi laki-laki dalam pelaksanaan program KB karena dalam program tersebut tidak ditekankan pemakaian kondom, di samping juga tidak diprioritaskan, juga seringkali dikaitkan dengan pelacuran. Kondom juga tidak termasuk dalam metode kontrasepsi efektif (MKET). Akhir-akhir ini penggunaan kondom untuk mencegah HIV/AIDS juga diperdebatkan dan dikritik karena dianggap melegalisasi pelacuran sehingga tidak digalakkan oleh program

² BKKBN. (2013). Laporan Pelayanan Kontrasepsi. www. <http://aplikasi.bkkbn.go.id/sr>. Di akses 14 April 22, 2014

³ BKKBN. (2012). Laporan Pelayanan Kontrasepsi. www. <http://aplikasi.bkkbn.go.id/sr>. Di akses 14 April 22, 2014

KB. Metode yang diprioritaskan adalah metode yang digunakan perempuan, seperti: pil, IUD dan suntik. Secara nasional partisipasi perempuan dalam pelaksanaan program KB cukup tinggi dan jumlah laki-laki jauh lebih sedikit.

Keberhasilan program KB secara nasional menunjukkan adanya ketimpangan gender. Dalam hal ini jumlah perempuan pengguna KB secara nasional jauh lebih banyak dari pengguna KB laki-laki. Data yang di dapat 82% perempuan pengguna KB pada semua metode dan 18% laki-laki dengan metode kondom dan vasektomi. Ketimpangan gender juga terlihat pada penyediaan alat kontrasepsi karena untuk perempuan jauh lebih banyak jenisnya daripada laki-laki. Untuk perempuan yakni metode: IUD, MOP, MOW, Inplant, suntikan, pil dan tubektomi sedangkan untuk laki-laki hanya vasektomi dan kondom.

Ketersediaan alat kontrasepsi yang lebih banyak bagi perempuan, akhirnya menggiring perempuan untuk menggunakan alat kontrasepsi dan mengakibatkan lebih banyak perempuan mengalami penderitaan yang disebabkan oleh adanya efek samping dalam penggunaan alat kontrasepsi. Efek samping tersebut mengganggu secara fisik (alat reproduksi) dan secara psikis seperti mengurangi rasa percaya diri dalam pelampiran karena kegemukan.⁴

Banyaknya perempuan yang menggunakan KB ini tidak terlepas dari adanya ketimpangan relasi gender, yang sesungguhnya didasari oleh ideologi tertentu yang mempengaruhi cara pandang dan keyakinan pihak-pihak yang terlibat. Ada hak dan kewajiban yang berbeda antara laki-laki dan perempuan dalam masyarakat. Status dan peran perempuan lebih rendah dari laki-laki sehingga menjadikan perempuan rentan mendapatkan kekerasan yang menimpa alat reproduksi perempuan yang sebenarnya harus dihormati karena merupakan hak asasi setiap orang.

Keadaan sosial budaya yang kurang mendukung upaya peningkatan harkat dan martabat perempuan, terdapat cara pandang yang membedakan laki-laki dan perempuan. Masyarakat yang menganut sistem patrilineal yang memberikan kedudukan lebih tinggi kepada laki-laki. Anak laki-laki memiliki nilai religius, nilai sosial dan nilai ekonomis, penerus keturunan, penerus hak dan kewajiban dan sebagai ahli waris. Hal ini juga berpengaruh dalam pelaksanaan program KB disisi lain perempuan terus hamil sampai mendapatkan anal laki-laki.

⁴ Leela Gandhi. 2001. *Teori postkolonial upaya meruntuhkan hegemoni barat*. Yogyakarta: Qolam.

Ketimpangan partisipasi antara laki-laki dan perempuan dalam program KB disebabkan faktor. **Pertama**, disebabkan oleh penyediaan alat kontrasepsi oleh negara, dalam hal ini lebih banyak untuk perempuan, seperti: IUD, suntikan, pil MOP, MOW, Inplant, tetapi untuk laki-laki hanya vasektomi dan kondom. **Kedua**, program KB menjadikan perempuan sebagai sasaran program sejak awal sehingga ada anggapan orang baru ber-KB apabila ia menggunakan spiral/IUD. Hal ini memberi kesan bahwa program KB sepertinya wajib dilaksanakan oleh perempuan atau lebih cocok dibandingkan laki-laki. **Ketiga**, di dalam keluarga, perempuan juga sedikit memiliki kesempatan untuk mengambil keputusan dalam KB, oleh karena keluarga/masyarakat dengan sistem patriarki laki-laki berkuasa dalam masyarakat maupun dalam keluarga.⁵

Muara Program Keluarga Berencana untuk mencapai kesejahteraan dengan didukung oleh kualitas sumber daya manusia yang berkualitas. Dalam rangka upaya pengendalian jumlah penduduk, maka pemerintah menerapkan program Keluarga Berencana (KB). Program Keluarga Berencana dan kesehatan reproduksi sekarang ini bukan hanya ditujukan sebagai upaya penurunan angka kelahiran, namun juga dikaitkan pula dengan tujuan pemenuhan hak-hak reproduksi, promosi, pencegahan dan penanganan masalah kesehatan reproduksi dan seksualitas serta kesehatan dan kesejahteraan bayi dan anak.

Adapum keluarga kecil dengan dua anak terus digulirkan oleh pemerintah seiring dengan kemajuan negara. Ada pihak yang pro dan kontra terhadap wacana yang digulirkan oleh pemerintah. Pihak yang kontra dengan konsep dua anak cukup menganggap bahwa keluarga berencana tidak lagi berfungsi mengontrol jumlah anak, tapi lebih kearah membatasi jumlah anak. Padahal jumlah anak banyak tidak selama bermasalah, selama anak-anak berkualitas unggul. Dengan kata lain lebih baik punya anak lebih dari dua dengan jarak yang diatur sesuai dengan kondisi ekonomi keluarga daripada dengan dua anak, tetapi hanya ikut-ikutan tanpa perencanaan. Lebih jauh lagi disebutkan bahwa pengaturan jarak kelahiran menjadi lebih penting untuk mewujudkan sumber daya yang berkualitas daripada hanya norma dua anak cukup.

Ketidakseimbangan peran ini tidak hanya bersifat individu maupun komunal, tetapi merupakan sebuah wacana kolektif yang di institusionalisasikan oleh negara beserta agennya untuk mengimplementasikanya keseluruh lapisan

⁵ Astiti. 1994. *Pengaruh Hukum Adat dan Program Keluarga Berencana Terhadap Nilai Anak Laki-Laki dan Perempuan Pada Masyarakat yang Sedang Berubah* Disertasi, Institut Pertanian Bogor.

masyarakat, bahkan di anggap wajar apabila perempuan yang berkewajiban menjalini program KB. Agama dan kultur mendukung perempuan menggunakan Keluarga Berencana, karena agama dan kultur di miliki dan di kuasai oleh laki-laki, lebih-lebih budaya patriarki di Indonesia.

ISU GENDER YANG DIBAHAS

Dalam rangka mengontrol kelahiran/pertumbuhan penduduk, perempuan seringkali menjadi korban demi program Keluarga Berencana (KB). Meskipun permasalahan bukan berasal dari perempuan tetapi dari Negara yang diwakili oleh laki-laki. Perempuan yang selalu berada di ranah domestik dan tidak memiliki akses ekonomi serta politik. Secara ekonomi perempuan selalu tergantung pada laki-laki sehingga mereka dengan mudah di paksa untuk melakukan sterilisasi dalam keluarga berencana. Adanya konstruksi sosial masyarakat yang dipayungi oleh budaya patriarki, menyiratkan bahwa laki-laki tidak pantas melakukan Keluarga Berencana karena jika laki-laki yang melakukan Keluarga Berencana dikhawirkan akan dimanfaatkan untuk berselingkuh. Selain itu, karena pengaruh lingkungan sosial budaya yang masih melekat pada diri laki-laki serta pengaruh dari lingkungan sekitar tentang banyak anak banyak rezki atau bahkan keegoisan laki-laki yang tidak mau memakai atau mengikuti program (KB) Keluarga Berencana. Pandangan masyarakat yang dikaitkan dengan adanya pemikiran bahwa laki-laki akan leluasa untuk melakukan perselingkuhan, karena keberadaannya yang dituntut untuk selalu berada di luar rumah. Perempuan bekerja di ranah domestik sehingga dianggap layak oleh masyarakat untuk melakukan atau mengikuti program Keluarga Berencana (KB).

Ketidakseimbangan peran dan pembagian kerja perempuan dan laki-laki oleh masyarakat menyebabkan terjadinya ketimpangan dan kekerasan terhadap perempuan. Berdasarkan uraian di atas terdapat ketimpangan dan ketidakadilan gender dalam pelaksanaan program Keluarga Berencana di mana dapat diasumsikan bahwa ada upaya program keluarga berencana untuk menggiring perempuan dalam menggunakan alat kontrasepsi. Dengan itu makalah ini membahas kekerasan dalam implementasi Keluarga Berencana di Indonesia pada tiga periode pemerintahan yaitu Orde Lama (Soekarno), Orde Baru (Soeharto) dan Orde reformasi.

KESEHATAN REPRODUKSI

Kesehatan reproduksi adalah suatu kondisi yang sempurna dari fisik, mental dan keadaan sosial (tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan/ kecacatan)

dalam setiap persoalan yang berhubungan dengan sistem, fungsi serta proses reproduksi. Konsep dan definisi lainnya yang juga disepakati dan berkaitan dengan kesehatan reproduksi, yaitu kesehatan seksual, hak seksual, dan hak reproduksi.⁶

Dalam rangka upaya pengendalian jumlah penduduk, maka pemerintah menerapkan program Keluarga Berencana (KB). Program Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi saat ini tidak hanya ditujukan sebagai upaya penurunan angka kelahiran, namun dikaitkan pula dengan tujuan untuk pemenuhan hak-hak reproduksi, promosi, pencegahan, dan penanganan masalah-masalah kesehatan reproduksi dan seksual, serta kesehatan dan kesejahteraan ibu, bayi, dan anak. Selama ini masyarakat menganggap Program Keluarga Berencana Nasional identik dengan kaum perempuan. Anggapan ini tidak berlebihan karena kenyataannya selama ini sasaran utama program Keluarga Berencana sebagian besar adalah perempuan.

Perempuan tidak bisa mengontrol raga dan kehidupan dengan baik, itu terjadi di dalam maupun di luar rumah. Kontrol raga/tubuh perempuan dilakukan oleh negara melalui intervensi politik organisasi BKKBN, dan juga dari laki-laki yang menjadi suami atau dalam Islam mahramnya perempuan. Ketimpangan dan ketidakadilan yang diterima oleh perempuan dari masyarakat patriarki sangat merugikan kaum perempuan itu sendiri. Hal itu dapat menjadi penyebab terjadinya tindakan kekerasan terhadap perempuan sangat tinggi.

Konsep hak-hak reproduksi itu sendiri memiliki makna yang cukup komprehensif, yakni seperti ini. Bahwa hak reproduksi itu meliputi hak-hak tertentu dalam hak asasi manusia yang telah diakui oleh perundang-undangan nasional dan oleh dokumen-dokumen hak internasional dan dokumen sensus lainnya. Hak-hak tersebut mengakui hak dasar bagi setiap pasangan dan individu untuk secara bebas dan bertanggung jawab menentukan jumlah anak, selang waktu dan kapan melahirkan, hak mendapatkan informasi dan sarana-sarana standar kesehatan seksual dan reproduksi tertinggi, tercakup juga disini hak untuk mengambil keputusan-keputusan tentang reproduksi tanpa diskriminasi, tanpa tekanan dan kekerasan sebagaimana tercantum dalam dokumen-dokumen hak asasi manusia.

Peran gender perempuan yang berada di ranah domestik yaitu mengelola rumah tangga maka perempuan menanggung beban kerja ganda. Masyarakat memberikan kewajiban kepada perempuan untuk mengelola, menjaga dan

⁶ Imamah, 2009, *Perempuan dan Kesehatan Reproduksi*, EGALITA, Jurnal Kesetaraan dan Keadilan Gender, Pusat Studi Gender (PSG) Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang. Vol. IV Nomor 2, hal 199 - 206

memelihara kerapian, ini mengakibatkan tumbuhnya tradisi dan keyakinan masyarakat bahwa perempuan bertanggung jawab atas terlaksanannya keseluruhan pekerjaan domestik. Menjaga suami, dengan mengikuti Keluarga Berencana, dianggap wajar oleh masyarakat. Laki-laki tidak memiliki kewajiban dalam mengikuti Program Keluarga Berencana, karena secara sosiokultur laki-laki berada di luar rumah, bertugas di luar rumah sehingga masyarakat membebaskan banyak hal untuk laki-laki. Berkaitan dengan pembagian kerja laki-laki yang berada di ranah publik, jika laki-laki yang berada di ranah publik itu yang menggunakan KB maka ada kemungkinan laki-laki menggunakan itu sebagai alasan untuk selingkuh atau mencari perempuan lain. Dalam hal ini perempuan yang berada di ranah domestik yang seringkali diwajibkan untuk menggunakan KB, karena perempuan seringkali dianggap bertanggung jawab dan tidak menggunakan untuk berbuat serong.

Program KB yang seringkali menjadi kewajiban perempuan didukung oleh keputusan laki-laki sebagai suami. Suamilah yang seringkali menetapkan istri sebaiknya menggunakan sarana kontrasepsi seperti apa tanpa bisa memutuskan hal lain untuk memperhatikan kepentingan diri sendiri. Jangan sampai perilaku seksual suami terganggu. Sebaliknya suami jarang memperhatikan perasaan perempuan/istri, juga tidak di tanya apakah istri suka menggunakan sarana KB, apakah tidak akan mengganggu kesehatan istri. Suami berpandangan suami lebih tahu tentang kontrasepsi daripada istri, karena suamilah yang sering mendapatkan informasi sedangkan istri akan mengikuti saja apa yang telah diputuskan oleh suami.

Dialog antara suami-istri tentang penggunaan program KB terutama di daerah pedesaan di mana laki-laki menganggap bahwa urusan KB bukan merupakan urusan laki-laki/suami. Laki-laki/suami seringkali sibuk dengan kegiatan/pekerjaan yang dilakukan di luar rumah yang menyita waktu sehari-hari sehingga menganggap semua itu urusan perempuan yang berada di ranah domestik. Ada hambatan yang menghalangi perbincangan antara pasangan suami-istri tentang seksual dan masalah reproduksi. Kebanyakan masyarakat memandang seks sebagai suatu yang tabu untuk dibicarakan antara suami-istri, itu juga yang terjadi pada masalah implementasi program KB.

Perempuan pedesaan/perempuan tradisional sangat sangat sedikit membicarakan soal seks, karena inferioritas yang mempengaruhi dirinya terhadap perilaku pasangan/suaminya. Kalaupun mereka sempat untuk membicarakannya, misalnya tentang kesehatan reproduksi selalu dalam *term* yang tidak seimbang.

Suami akan selalu mendominasi, sebagaimana yang telah terkonstruksi dalam pemahaman patriarki.

Ketidakadilan gender tersebut saling terkait dan secara dialektika saling mempengaruhi. Manifestasi ketidakadilan gender terisolasi dari kaum laki-laki dan perempuan secara mantap, lambat laun akhirnya baik perempuan dan laki-laki menjadi terbiasa dan dipercaya bahwa peran gender yang diterima seolah-olah kodrat. Lambat laun terciptalah suatu struktur dan sistem ketidakadilan gender yang diterima dan tidak dirasakan lagi ada suatu yang salah dalam kehidupan sosial. Perempuan memiliki sedikit sekali kontrol atas tubuh. Di India misalnya penekanan utama pada sterilisasi disertai dengan insentif, menghambat perkembangan layanan yang lebih yang memungkinkan perempuan mengatur jarak kelahiran anak-anaknya dengan menggunakan perangkat terbalik, serta merawat kesehatan reproduktifnya secara lebih umum. Serangkaian pelayanan yang mempertimbangkan kebutuhan perempuan yang berbeda-beda pada berbagai tahap kehidupan mereka sangatlah penting.

Pelayanan kesehatan reproduksi diperlukan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan perempuan dan laki-laki berhubungan dengan masalah seksualitas dan penjarangan kehamilan. Tujuan dari program-program yang terkait serta konfigurasi dari pelayanan tersebut harus menyeluruh, dan mengacu kepada program Keluarga Berencana (KB) yang konvensional serta pelayanan kesehatan ibu dan anak. Komponen yang termasuk di dalam kesehatan reproduksi adalah:

1. Konseling tentang seksualitas, kehamilan, alat kontrasepsi, aborsi, infertilitas, infeksi dan penyakit;
2. Pendidikan seksualitas dan gender;
3. Pencegahan, skrining dan pengobatan infeksi saluran reproduksi, penyakit menular seksual (PMS), termasuk HIV/AIDS dan masalah kebidanan lainnya;
4. Pemberian informasi yang benar sehingga secara sukarela memilih alat kontrasepsi yang ada;
5. Pencegahan dan pengobatan infertilitas;
6. Pelayanan aborsi yang aman;
7. Pelayanan kehamilan, persalinan oleh tenaga kesehatan, pelayanan pasca kelahiran; dan
8. Pelayanan kesehatan untuk bayi dan anak-anak.

Yang termasuk dalam hak reproduksi Hak reproduksi:

- Hak semua pasangan dan individual untuk memutuskan dan bertanggung jawab terhadap jumlah, jeda dan waktu untuk mempunyai anak serta hak atas informasi yang berkaitan dengan hal tersebut;
- Hak untuk mendapatkan kehidupan seksual dan kesehatan reproduksi yang terbaik serta hak untuk mendapatkan pelayanan dan informasi agar hal tersebut dapat terwujud; dan
- Hak untuk membuat keputusan yang berkenaan dengan reproduksi yang bebas dari diskriminasi, pemaksaan dan kekerasan

IMPLEMENTASI PROGRAM KELUARGA BERENCANA

Implementasi program Keluarga Berencana pada setiap rezim berbeda-beda, pada rezim Orde Lama di mana rezim ini mengedepankan pembangunan dimulai dari mencetuskan banyak anak banyak rezki, masyarakat dimotivasi untuk melahirkan banyak anak karena negara membutuhkan jumlah penduduk untuk menunjang pembangunan. Sedangkan pada rezim Orde Baru, lebih mengedepankan pembangunan secara ekonomi dengan mengurangi angka kelahiran melalui kontrol terhadap perempuan dalam melaksanakan program Keluarga Berencana.

Implementasi program Keluarga Berencana di bawah wewenang BKKBN selama masa pemerintahan orde baru mengedepankan pendekatan secara kualitatif yakni mencapai sebanyak mungkin jumlah akseptor Keluarga Berencana tanpa pernah memikirkan kualitas layanan Keluarga Berencana, dampak pemakaian kontrasepsi terhadap kesehatan reproduksi para akseptor mayoritas adalah perempuan. Pelaksanaan program KB selama masa orde baru, bila dicermati bersama bahwa pelaksanaan program keluarga berencana cenderung merugikan kaum perempuan.

Dalam kebijakan maupun dalam pelaksanaan program Keluarga Berencana selama masa Orde Baru, pendekatan gender belum terintegrasi secara memadai. Hal ini tercermin dalam praktik dan cara-cara 'pemaksaan' dalam ber-KB dan target sasaran hanya ditujukan pada perempuan miskin. Perempuan kehilangan dan tidak memiliki otonomi mengatur tubuh, mengelola dan mengendalikan aspek reproduksinya, padahal yang memahami kondisi dan kesehatan tubuh perempuan adalah perempuan itu sendiri. Perempuan tidak diberi kesempatan memilih alat kontrasepsi yang cocok dan tepat yang akibatnya berdampak buruk pada kesehatan reproduksi mereka. Sementara itu, informasi tentang efek samping penggunaan alat kontrasepsi dan pusat layanan Keluarga Berencana yang memadai sangat terbatas.

Program Keluarga Berencana menjadi program massal dengan perempuan sebagai penanggung jawabnya. Secara statistik terlihat jelas bahwa lebih dari 90% pelaksana Keluarga Berencana (KB) adalah perempuan. Perempuan menjadi tumpuan harapan pemerintah untuk menurunkan populasi yang sangat tinggi di Indonesia. Hal ini dibuktikan dengan penurunan signifikan pertumbuhan penduduk pada masa Soekarno yang berkisar 3,5% menjadi sekitar 2,2% hanya dalam waktu satu dekade. Sejak 1970an Indonesia bahkan sudah melatih ribuan delegasi dari 80 negara dalam metode Keluarga Berencana. Menurut Bank Dunia, Indonesia merupakan satu contoh impresif dalam transisi demografi di antara negara-negara berkembang. Selain itu, menurut USAID, agen Amerika yang memberikan banyak dana untuk program pengendalian jumlah penduduk dunia, Indonesia merupakan satu kisah sukses yang tak tertandingi dalam sejarah Keluarga Berencana. Konsep Keluarga Berencana adalah fenomena revolusioner pada waktu itu. Meskipun pelarangan pemakaian kontrasepsi oleh kaum agamawan telah begitu kuat tertancap, Soeharto berhasil menginstitusionalisasikan Keluarga Berencana menjadi sebuah ide publik baru.

Telepas dari keberhasilan masa Orde Baru yang gilang-gemilang dalam melaksanakan program KB, bahkan mendapatkan pujian dari berbagai negara maju serta menjadi panutan bagi negara berkembang lainnya. Di balik program KB yang berhasil dilaksanakan itu terdapat kekerasan yang dilakukan negara terhadap perempuan dari fisik, psikis, aktivitas dan ekonomi.⁷ Pada tahun 1994 di Kairo, Soeharto bersama dengan 184 negara mengadakan konferensi dalam merencanakan kesetaraan kehidupan manusia dari sumber daya yang ada. Ini merupakan perjanjian internasional mengenai pendudukan yang memfokuskan pada kesehatan reproduksi dan hak-hak perempuan sebagai tema sentral. Konferensi internasional itu menyetujui bahwa secara umum akses terhadap kesehatan reproduksi dapat terwujud sampai 2015.

KB DI ERA-REFORMASI

Sejak tahun 2000, kesehatan reproduksi merupakan salah satu topik penting yang mendapatkan perhatian dari berbagai pihak, baik di dalam maupun di luar negeri. Meluasnya liputan media massa sampai ke pelosok negeri yang menyajikan fakta seputar kesehatan reproduksi, baik positif maupun negatif mendorong

⁷ Ni Nyoman Sukeni. 2009. *Hegemoni Negara Dan Resistensi Perempuan Dalam Pelaksanaan KB di Bali*. Denpasar: Udayana University Press.

pemerintah, perorangan, swasta dan lembaga swadaya masyarakat untuk mengambil peran aktif dalam menyosialisasikan sekaligus memberikan jalan keluar atas permasalahan kesehatan reproduksi.

Tidaknya hanya kesehatan reproduksi yang dicanangkan oleh pemerintah pada era-reformasi. Hak-hak lain perempuan juga ikut dirumuskan dan diterapkan mulai pada era reformasi, misalnya UU kesehatan reproduksi bagi pekerja perempuan pada tahun 2003. Tetapi sebelumnya terdapat kebijakan dalam penghapusan segala bentuk diskriminasi terhadap wanita atau yang dikenal dengan CEDAW, di sahkan dan berlaku pada tahun 1981 setelah disetujui oleh 20 negara termasuk Indonesia. Dari situ Indonesia meratifikasi CEDAW menjadi UU yang mengatur tentang kesehatan dan Keluarga Berencana yang tertuang pada UU No.7 tahun 1984.

Pengarusutamaan gender disampaikan oleh Menteri kesehatan Siti Fadhillah Supari pada 2008. Indeks pembangunan manusia (IPM) sangat terkait erat dengan dengan adanya kesenjangan antara perempuan dan laki-laki. IPM Indonesia menempati urutan 108 dari 177 negara. Sedangkan Indeks Pembangunan Gender (IPG) Indonesia berada pada urutan 81 dari 110 negara. Salah satu faktor kontribusi dalam menentukan IPM maupun IPG adalah sektor kesehatan. Dalam pelayanan kesehatan misalnya belum setara dengan laki-laki dalam ber-KB atau menggunakan alat kontrasepsi, menentukan kehamilan dan jumlah anak yang diinginkan, kesempatan menyusui sampai dengan hak cuti bersalin.

Pengguna alat kontrasepsi sebagian besar adalah perempuan, dengan alasan pilihan sarana lebih banyak, relatif lebih mudah penggunaannya dan murah. Selain itu di sebut juga yang haid, mengandung, melahirkan anak, dan menyesuaikan anak (secara biologis alami), adalah perempuan sehingga pada perempuanlah perlakuan tersebut diterapkan. Hal lain yang mempengaruhinya adalah ideologi patriarki atau perbedaan gender yang masih melekat pada sebagian besar masyarakat Indonesia. Tampak pada anggapan bahwa kesehatan reproduksi adalah persoalan perempuan, karena mampu memberikan keturunan (reproduksi) adalah perempuan, juga kepanjangan peran reproduksi seperti perawatan, pengasuhan, pendidikan anak serta peran domestik lainnya seakan menjadi 'kodrat' perempuan.

Sebaliknya jika perempuan kelewatan dalam "menurunkan anak dan menyalahi kebijakan pemerintah (dua anak anak cukup), perempuan juga yang dikenai perlakuan dengan berbagai macam pilihan kontrasepsi, tanpa memperhatikan secara seksama keadaan fisik dan batin perempuan yang bersangkutan. Hal ini menyebabkan timbulnya ketimpangan gender dalam kesehatan reproduksi. Alat kontrasepsi seharusnya tidak hanya diimplementasikan

pada perempuan tetapi juga pada laki-laki. Dengan itu negara wajib mengatur agar laki-laki lebih memiliki kesadaran akan hal itu karena pelaksanaan Keluarga Berencana seharusnya merupakan tanggung jawab bersama antara laki-laki dan perempuan, suami-istri dalam satu rumah tangga.

IMPLEMENTASI PROGRAM KB MENURUT PANDANGAN ISLAM

Salah satu tujuan dari program KB adalah untuk memperoleh kesempatan yang luas bagi seorang ibu demi melaksanakan berbagai kegiatan yang lebih bermanfaat, yaitu menata kehidupan rumah tangga, dan dapat berpartisipasi dalam kegiatan kemasyarakatan seperti kegiatan sosial, pendidikan, ceramah, ibadah dan lain-lain. Dari beberapa macam alat kontrasepsi yang di tawarkan seperti kondom, diafragma, tablet vaginal dan akhir-akhir ini ada tisu yang dimasukkan ke dalam vagina sebelum *coitus*, semuanya dapat dikategorikan kepada '*azal* yang tidak dipermasalahan hukumnya. Namun yang masih dipermasalahan hukumnya adalah penggunaan berbagai macam alat kontrasepsi teknologis seperti IUD, suntikan, pil, susuk KB, vasektomi-tubektomi, dan sejenisnya.

Sejak dini beberapa ulama terkemuka telah mengemukakan pendapatnya secara umum tentang batasan alat-alat kontrasepsi yang dibolehkan dan yang tidak dibolehkan, antara lain: Sayed Abu Bakr dalam kitab *I'anatut Thalibin* memberi patokan secara umum tentang penggunaan berbagai alat atau cara kontrasepsi yang dibenarkan dan yang tidak dapat dibenarkan yaitu:

“Diharamkan menggunakan suatu alat yang dapat memutuskan kehamilan dari sumbernya. Hal ini telah di-*sarih*-kan oleh kebanyakan ulama.”

Imam Ramli mengemukakan pendapatnya sebagai komentar atas pendapat Ibn Hajar sebagai berikut:

“Adapun suatu (alat) yang dapat menahan kehamilan untuk suatu masa tertentu, tanpa memutus kehamilan dari sumbernya, hal itu tidaklah dilarang.”

Dari dua pandangan di atas bila kita kompromikan maka dapat menjelaskan bahwa alat kontrasepsi apapun, asal tidak menyebabkan terhentinya kehamilan secara abadi dari sumber pokoknya (saluran/pembuluh testis bagi pria, dan pembuluh ovarium bagi wanita) hal tersebut tidak dilarang. Dengan demikian maka usaha pencegahan kehamilan yang tidak dibenarkan dalam Islam adalah melakukan kebir.

Dengan demikian implementasi program KB yang bertujuan untuk memberikan kesempatan yang lebih luas bagi kaum perempuan itu diperbolehkan

asalkan tidak memutuskan kehamilan dari sumbernya. Sebagaimana Majelis Ulama Indonesia (MUI) dalam Munasnya pada tahun 1983 tentang kependudukan, kesehatan dan keluarga berencana memutuskan bahwa ber-KB tidaklah dilarang, dan penggunaan berbagai alat kontrasepsi dapat dibenarkan dengan sedikit eksepsi yaitu pemasangan/pengontrolan alat kontrasepsi dalam Rahim (AKDR/IUD) harus dipasang oleh tenaga medis/ para medis wanita, atau tenaga medis pria, dengan syarat harus didampingi oleh suami wanita akseptor tersebut atau wanita lain (untuk menghilangkan fitnah).

ANALISIS TEORITIS

Segregasi antara laki-laki dan perempuan dalam praktik implementasi Keluarga Berencana terdapat satu indikasi ketidakseimbangan peran antara laki-laki dan perempuan dan institusi yang bertanggung jawab menangani membiarkan hal itu terjadi. Penggunaan Keluarga Berencana (KB) tidak hanya dianggap sebagai urusan individu atau pasangan, tetapi menjadi urusan negara dan agennya untuk mengimplementasikannya ke seluruh lapisan masyarakat. Itu merupakan upaya untuk mengonstruksikan pengetahuan dan kekuasaan *Power/knowledge* yang dilakukan oleh negara melalui BKKBN. Negara melakukan pengawasan, pendisiplinan dan kontrol terhadap perilaku baik pribadi maupun kelompok. Seksualitas bukan hanya dilihat sebagai representasi biologis, tetapi juga sebagai fenomena-fenomena medikal dengan penggunaan teknologi modern untuk merealisasikan fenomena baru dalam peningkatan jumlah penduduk.⁸

Perempuan dilokalisasi di sektor privat/domestik, sehingga negara dengan budaya patriarki menggunakan tubuh perempuan sebagai sarana untuk mencapai tujuannya menurunkan angka kelahiran. Dapat dikatakan bahwa dalam penerapan Keluarga Berencana di Indonesia, tubuh perempuan adalah suatu objek negara dalam mengontrol seksualitas, terutama seksualitas perempuan. Seksualitas perempuan dianggap sebagai *commen-sense causei* dari kelebihan jumlah penduduk dan merupakan sebuah fenomena budaya yang tidak terhindarkan. Hal ini dikonsepsikan karena perempuan dianggap sebagai kelompok yang mengalami kehamilan, melahirkan dianggap pula bertanggung jawab dengan fungsi reproduksi mereka. fungsi reproduksi disorot dari sudut pandang seksualitas feminin dan bukan sebagai seksualitas konjugal.

Pembagian konsep publik-privat tampaknya menimbulkan ketidakadilan. Peran perempuan di ranah domestik, erat kaitannya dengan konsep gender, yakni

⁸ Michel Foucault. 1978. *The History of Sexuality*. New York: Vintage

sifat yang melekat pada perempuan maupun laki-laki yang dikonstruksikan secara sosial maupun budaya. Pandangan gender menimbulkan subordinasi terhadap perempuan. Anggapan bahwa perempuan itu irasional atau emosional sehingga perempuan tidak bisa tampil sebagai pemimpin, muncul sikap dari negara, masyarakat, keluarga yang menempatkan perempuan pada posisi yang tidak 'penting'. Dari konstruksi sosial yang menganggap perempuan berada pada posisi yang tidak penting itulah negara dengan mudah melakukan hegemoni terhadap perempuan. Proses hegemoni yang dilakukan negara pada penerapan Program Keluarga Berencana ini melalui agen yang dimilikinya yaitu dikoordinasi oleh BKKBN, dan alat negara yang lainnya seperti TNI, Gubernur sampai dengan perangkat desa yang diperkuat oleh sistem patriaki yang di anut oleh sebagian masyarakat Indonesia. Bentuk supremasi negara terhadap perempuan dilakukan melalui agen-agensya sehingga negara mendominasi rakyatnya.

Menurut Gramsci, agar yang dikuasai mematuhi penguasa, yang dikuasai bukan hanya dengan menginternalisasikan nilai serta norma penguasa tetapi juga dengan subordinasi perempuan yang dilegitimasi oleh budaya patriaki di masyarakat Indonesia selama ini juga dapat dikatakan sebagai bentuk hegemoni. Perangkat kerja yang dimiliki oleh negara dalam penerapan program Keluarga Berencana melalui peraturan dan kewenangan yang dimiliki penuh oleh BKKBN dan di teruskan oleh petugas lapangan yang ada di kabupaten, Kecamatan dan Kelurahan/desa, dan kepala dusun. BKKBN memiliki kewenangan penuh dalam pelaksanaan program KB sehingga memiliki kekuatan dalam melakukan hegemoni terhadap akseptor KB.

Gramsci menjelaskan bahwa hegemoni pada hakekatnya adalah upaya untuk menggiring orang agar menilai dan memandang problematika sosial dalam kerangka yang ditentukan. Dalam konteks tersebut Gramsci lebih menekankan pada aspek kultural (ideologis). Melalui produk-produknya, hegemoni menjadi satu-saatunya penentu dari sesuatu yang dipandang benar, baik secara moral maupun intelektual. Ketika perempuan menerima dan menggunakan KB, maka hal itu di anggap wajar oleh negara dan masyarakat. Perempuan yang hamil dan melahirkan, dianggap bertanggung jawab dalam penurunan jumlah penduduk. Negara melalui BKKBN yang menyediakan alat untuk perempuan serta tidak terlalu mewajibkan penggunaan terhadap laki-laki ini merupakan tindakan represi yang dilakukan oleh negara dan budaya masyarakat terhadap perempuan.

Kekuasaan atau dominasi yang dimiliki oleh negara, suami pada implementasi Program Keluarga Berencana pada perempuan Indonesia telah diterima oleh perempuan sebagai pihak yang didominasi karena dari nilai dan

norma maupun kebudayaan masyarakat memaksa perempuan untuk menerima. Keadaan perempuan yang ter subordinasi dari segala aspek kehidupan memudahkan dominasi itu terjadi. Adanya konstruksi sosial bahwa kesehatan adalah persoalan perempuan, karena yang mampu memberikan keturunan (reproduksi) dan melahirkan adalah perempuan juga, kepanjangan dari reproduksi seperti mendidik, mengasuh, merawat anak serta peran domestik lainnya seakan-akan menjadi kodrat perempuan.

Negara/laki-laki sebagai kelompok dominan, kelompok yang kuat pemegang peranan penting. Kelompok inilah yang mempunyai dan memiliki sarana atau sumber daya tertentu yang tidak dimiliki oleh perempuan. Ideologi yang terwujud dalam nilai-nilai dan aturan-aturan yang sengaja dibentuk agar mengurangi kontradiksi antara sistem yang ada. Dalam program keluarga berencana pada perempuan, ideologi gender yang dominan memaksa perempuan untuk menggunakan KB. Konstruksi sosial yang menganggap perempuan lemah, sehingga memberikan kesempatan pada negara memegang peranan penting dalam mengarahkan dan mengendalikan bentuk perdebatan terhadap adanya pelaksanaan program KB. Negara mewakili kepentingan modal, kelas sosial yang didominasi oleh laki-laki. Dan keluarga sebagai instrumen berskala kecil akan tetapi utama dalam membentuk dan mempengaruhi nilai-nilai melalui proses dan sosialisasi terhadap lingkungan keluarga.

KESIMPULAN

Tubuh senantiasa menjadi sarana pelaksanaan strategi kuasa negara/laki-laki yang mana perempuan sebagai objek dari kuasa, sehingga perempuan memiliki kewajiban dalam penggunaan KB. Penggunaan KB merupakan program negara untuk menurunkan jumlah penduduk di Indonesia. Penekanan penurunan jumlah penduduk ini pada dasarnya tanggung jawab laki-laki dan perempuan, pasangan usia subur (PUS). Pada penerapannya hanya perempuan yang diwajibkan oleh negara untuk menggunakan KB, alat-alat KB untuk perempuan ada beberapa alternatif sedangkan untuk laki-laki hanya dua alternatif.

Negara menggunakan kekuasaan untuk menerapkan program KB pada perempuan, di samping kekuasaan negara, penerapan program KB didukung oleh budaya patriarki. Budaya patriarki, di samping itu keberadaan perempuan pada ranah domestik/privat juga menjadi penunjang pemaksaan penggunaan program KB pada perempuan.

DAFTAR PUSTAKA

- Astiti. 1994. *Pengaruh Hukum Adat dan Program Keluarga Berencana Terhadap Nilai Anak Laki-Laki dan Perempuan Pada Masyarakat yang Sedang Berubah* Disertasi, Institut Pertanian Bogor.
- Berkday, Fatmagul. "Ciri Khusus Patriarkhi: Kontrol Sosial terhadap Tubuh Perempuan", dalam Suralaga & Rosatria (ed.), *Perempuan: dari Mitos*, 1-39.
- _____, "Dikhotomi Antara Jiwa dan Tubuh: Masalah Polarisasi di dalam Diri Manusia", dalam Suralaga & Rosatria (ed.), *Perempuan: Dari Mitos*.
- BKKBN. (2013). Laporan Pelayanan Kontrasepsi. [www.
http://aplikasi.bkkbn.go.id/sr](http://aplikasi.bkkbn.go.id/sr). Di akses 14 April 22, 2014
- Fakih, Mansour. 2010. *Analisis Gender dan Transformasi Sosial*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Foucault, Michel. 1978. *The History of Sexuality*. New York: Vintage
- Gandhi, Leela. 2001. *Teori postkolonial upaya meruntuhkan hegemoni barat*. Yogyakarta: Qolam.
- Herindasari, Erlya. 2011. "Konstruksi Suami Pasangan Usia Subur Tentang Penggunaan Alat Kontrasepsi di Desa Kepuhrejo, Kecamatan Kudu, Kabupaten Jombang". Skripsi Tidak Diterbitkan. Surabaya: Program Studi Sosiologi Universitas Negeri Surabaya.
- Hidayat, Siti A. 2002. 'GAD: Suatu Kritik Alternatif terhadap WID.' Jurnal PSK Penguatan Kendali Rakyat, Edisi 5, Jakarta.
- Handayani S. 2010. 'Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana. Yogyakarta: Pustaka Rihama
- Imamah, *Perempuan dan Kesehatan Reproduksi*, 2009, EGALITA, Jurnal Kesetaraan dan Keadilan Gender, Pusat Studi Gender (PSG) Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang. Vol. IV Nomor 2, hal 199 - 206
- Imron, Ali. 2013. 'Konstruksi Sosio Kultural Terhadap Praktik Vasektomi: Studi Kasus Di Jombang, Jawa Timur. Hasil Seminar Nasional Kependudukan Jember. 16 November 2013.
- Komalasari, Virna. 2006. *Pola Pengambilan Keputusan Terhadap Kesehatan Reproduksi Perempuan*. Surabaya: Skripsi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Airlangga.
- Kusmiran, E. (2011). *Kesehatan Reproduksi Remaja dan Wanita*. Jakarta: Salemba Medika

- Maemunah, A Margaret & Fauziah Begum. (2008) *Studi Kebijakan Perlindungan Kesehatan Reproduksi Bagi Pekerja Perempuan*. Jurnal Fakultas Sains dan Teknologi UIN Maulana Malik Ibrahim.
- Makarao, Ramadhani Nurul. 2009. *Gender dalam bidang kesehatan*. Bandung: Alfabeta.
- Mas'udi Masdar Farid, *Islam dan Hak-hak Reproduksi Perempuan*. Bandung: Mizan, 2001.
- Murniati, A. Nunuk P. "Getar Gender". 2004. Magelang, Yayasan Adikarya IKAPI.
- Naqiyah Najlah. (2005). *Otonomi Perempuan*. Malang: Bayu Publising
- Nurohmah, A. (2013). *Pentingnya Pendidikan Kesehatan Reproduksi Sejak Dini Dalam Keluarga*. <http://psg.uui.ac.id/index.php/RADIO/Amin-Nurohmah.html>. Diakses tanggal 21 April 2013
- Rahmawati, Nur Fahadaina. (2004). *Kebutuhan Kontrasepsi Tidak Terpenuhi di Jawa Bali (Analisis SDKI 2002-2003)*. www. Scholar.com. Diakses 13 April 2014.
- Sariyono¹, Sirajudin Noor, Mannan A. Buchari. *Hubungan pengetahuan dan sikap pria tentang Keluarga berencana dengan partisipasi pria Dalam pemakaian metode kontrasepsi Keluarga berencana di kabupaten Barito Kuala*. Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan, Volume 3, No. 1, Februari 2007
- Siswono, 2005. Hari Kartini, *Kesehatan Reproduksi Perempuan, dan Amandemen UU Kesehatan*. <http://www.kompas.co.id>, (Diakses 10 Maret 2010).
- Sihite, Romany. (2007). *Perempuan, Kesetaraan dan Keadilan: Suatu Tinjauan yang berwawasan gender*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Susanti, Z dan kartika, H. 2004. *Masalah Gender dan Kesehatan*. Pusat Penelitian Ekologi Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan RI, Jakarta. Jurnal Cermin Dunia Kedokteran No. 145, 2004:43.
- Sukeni, Nyoman. Ni. 2009. *Hegemoni Negara Dan Resistensi Perempuan Dalam Pelaksanaan KB di Bali*. Denpasar: Udayana University Press.
- Suralaga, Fadhilah & Eri Rosatria (ed.), *Perempuan: Dari Mitos ke Realitas*. Jakarta: PSW UIN Jakarta - McGill-ICIHEP, 2002.
- Susilowati, N. 2008. *Gender dalam Kesehatan Reproduksi, Pusat Pelatihan Gender dan Peningkatan Kualitas Perempuan*, Jakarta: BKKBN Pusat.
- Tukiran, dkk. 2010. *Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

- Udasmoro, Wening. 2004: *konsep Nasionalisme dan Hak Reproduksi Perempuan: Analisis Gender Terhadap Program Keluarga Berencana Indonesia*. Jurnal Humaniora Volume 16. No 2. Juni 2004. 147-157
- WHO dalam Gulardi H Wignyoastro, 2001. *Masalah Kesehatan Perempuan Akibat Reproduksi*, Makalah seminar Penguatan Hak- Hak Reproduksi, diselenggarakan oleh Fatayat NU, Jakarta 1 September 2001.
- Wirawan, I. B., Status *Wanita dalam Perspektif Kajian Studi Kependudukan*. Jurusan Sosiologi FISIP Universitas Airlangga, Surabaya.
- Wahid, Abdurahman. (1996). *Seksualitas, Kesehatan Reproduksi dan Ketimpangan Gender*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- _____. 1997. *Reproduksi sehat sejahtera Remaja*, Jakarta: Kantor Menteri Negara dan Kependudukan BKKBN.
- _____. 2004. *Indikator Kesejahteraan Rakyat, (Welfare indicat)*. Jakarta: Biro Pusat Statistik.
- Yuliani, Sri. 2006. '*Perempuan dan kebijakan kelahiran*'. Jurnal Penduduk dan pembangunan Volume. 6 No 2. Hal 137-144.