

PEREMPUAN DAN KESEHATAN REPRODUKSI

Oleh: ¹Abdul jalil dan ²Imamah

1. Mahasiswa Jurusan Pendidikan Matematika Program Pascasarjana Universitas Negeri Surabaya
2. Mahasiswa Jurusan Matematika Program Pascasarjana Institut Teknologi Sepuluh Nopember Surabaya

Abstrak

Dari segi pelayanan kesehatan perempuan Indonesia masih diperlakukan tidak adil dan masih merupakan masyarakat nomor dua. Hal ini dapat dilihat dari laporan Indonesia *Human Development Report* 2005 tentang angka kematian ibu (AKI) melahirkan, yang saat ini tercatat berada di angka 307 dari setiap 100.000 kelahiran hidup. Hal ini menunjukkan bahwa pemerintah belum serius dan merata dalam pemberian pelayanan kesehatan khususnya bagi perempuan. Angka kematian ibu ini dapat dijadikan indikator rendahnya pelayanan kesehatan yang diterima ibu dan anak serta rendahnya akses informasi yang dimiliki ibu dan anak.

Kata kunci : perempuan, *Human Development Report*, angka kematian ibu, indikator dan kesehatan.

1. Pendahuluan

Kesetaraan perempuan dan laki-laki telah menjadi pembicaraan hangat dalam 20 tahun terakhir. Melalui perjalanan panjang untuk meyakinkan dunia bahwa perempuan telah mengalami diskriminasi hanya karena perbedaan jenis kelamin, dan perbedaan secara sosial (*gender*), akhirnya pada tahun 1979 Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) menyetujui konferensi mengenai penghapusan segala bentuk diskriminasi terhadap perempuan. Konferensi ini lebih dikenal dengan istilah CEDAW dan menjadi acuan utama untuk Hak Asasi Perempuan (HAP). Konferensi ini sebenarnya telah diratifikasi oleh Indonesia pada tahun 1984 menjadi UU No. 7/1984, tetapi tidak pernah disosialisasikan dengan baik oleh negara.

Konferensi maupun UU tersebut pada kenyataannya tidak juga sanggup menghapus diskriminasi yang dialami oleh perempuan. Di seluruh dunia masih ada perempuan yang mengalami segala bentuk kekerasan (kekerasan fisik, mental, seksual dan ekonomi) baik di rumah, di tempat kerja maupun di masyarakat. Oleh karena itu PBB kembali mengeluarkan deklarasi Penghapusan Kekerasan terhadap Perempuan pada tahun 1993. Deklarasi ini tidak begitu dikenal oleh pemerintah Indonesia, sehingga jarang diacu dalam persidangan ataupun dalam penyelesaian masalah-masalah hukum yang berhubungan dengan kekerasan berbasis *gender* (Qomariah, 2002).

Pada dasarnya semua orang sepakat bahwa perempuan dan laki-laki berbeda. Perbedaan alami yang dikenal dengan perbedaan jenis kelamin sebenarnya hanyalah segala perbedaan biologis yang dibawa lahir antara perempuan dan laki-laki. Di luar semua itu adalah perbedaan yang dikenal dengan istilah *gender*. Perbedaan yang tidak alami atau perbedaan sosial mengacu pada perbedaan peranan dan fungsi yang dikhususkan untuk perempuan dan laki-laki. Perbedaan tersebut diperoleh melalui proses sosialisasi atau pendidikan di semua institusi (keluarga, pendidikan, agama, adat dan sebagainya).

Gender penting untuk dipahami dan dianalisis untuk melihat apakah perbedaan yang bukan alami ini telah menimbulkan diskriminasi dalam arti perbedaan yang membawa kerugian dan penderitaan terhadap perempuan. *Gender* adalah semua atribut sosial mengenai laki-laki dan perempuan, misalnya laki-laki digambarkan mempunyai sifat maskulin seperti keras, kuat, rasional, gagah. Sementara perempuan digambarkan memiliki sifat feminin seperti halus, lemah, perasa, sopan, penakut. Perbedaan tersebut dipelajari dari keluarga, teman, tokoh masyarakat, lembaga keagamaan dan kebudayaan, sekolah, tempat kerja, periklanan dan media.

Gender berbeda dengan seks. Seks adalah jenis kelamin laki-laki dan perempuan dilihat secara biologis. Sedangkan *gender* adalah perbedaan laki-laki dan perempuan secara sosial, masalah atau isu yang berkaitan dengan peran, perilaku, tugas, hak dan fungsi yang dibebankan kepada perempuan dan laki-laki.

Biasanya isu *gender* muncul sebagai akibat suatu kondisi yang menunjukkan kesenjangan *gender*. (Retno Suharti, 1995).

1. Masalah Gender dan kesehatan

Banyak tulisan dan analisis yang merekam kondisi perempuan dalam konteks yang beraneka ragam: baik dari sisi bahasannya (kesehatan, pendidikan, kesehatan, kekerasan terhadap perempuan, partisipasi politik) maupun cara melihat kondisi tersebut (misalnya: teori sosial, pendekatan ekonomi, ideologi gender). Diantara sekian banyak permasalahan yang perlu dipikirkan solusinya tersebut, tidak ada satu masalah yang lebih penting dibanding yang lain.

Namun demikian, terdapat satu pemikiran bahwa peran politik perempuan mempunyai andil besar dalam usaha memecahkan masalah perempuan. Dengan cara memandang masalah domestik sebagai masalah publik, maka berbagai masalah seperti perkawinan, kekerasan dalam keluarga, dan kesehatan reproduksi mulai dibicarakan dalam tataran politik dan hukum nasional.

Bagi perempuan di Indonesia, masalah kesehatan dan pendidikan merupakan masalah penting dilihat dari urgensi dan besarnya permasalahan. Dalam bidang kesehatan, misalnya, penerapan program KB (keluarga berencana) dalam tiga puluh tahun terakhir membuktikan fokus pemerintah pada alat reproduksi perempuan dalam mengendalikan jumlah penduduk. Dalam bidang pendidikan, data statistik kesejahteraan tahun 2000 menunjukkan persentase penduduk buta huruf pada perempuan lebih tinggi 0.35 persen dibanding laki-laki. Sedangkan jumlah perempuan bersekolah pada usia 16-18 tahun lebih rendah 0.76 persen dibanding laki-laki.

3. Kebijakan Kesehatan Reproduksi di Indonesia

Kesehatan reproduksi perempuan terkait dengan berbagai hal sebagai berikut :

1. Kebijakan kependudukan

2. Muncul dan berkembangnya penyakit HIV/AIDS dan PMS (penyakit menular seksual) lainnya
3. Kecenderungan aktivitas seksual pada usia yang semakin muda.

Kesehatan reproduksi perempuan tidak terpisah dengan kebijakan kependudukan. Kebijakan kependudukan meliputi dua hal yang mendasar yaitu :

1. Pengendalian fertilitas
Adalah hak perempuan dan laki-laki untuk mengambil keputusan tentang kapasitas reproduksi mereka.
2. Pengendalian penduduk
Usaha pihak luar – pemerintah nasional, badan-badan internasional, atau lembaga agama- untuk mengendalikan hak keluarga dalam mengambil keputusan tentang jumlah anak yang diinginkan

Oleh karena itu, kebijakan pendudukan menjadi bagian dari pendekatan kesejahteraan karena fokusnya adalah perempuan sebagai ibu atau calon ibu. Banyak hal dapat dilakukan untuk menurunkan tingkat fertilitas seperti : kondisi kesehatan yang lebih baik, penghapusan buta aksara, peningkatan kesempatan kerja bagi perempuan dan pemberdayaan perempuan. Namun tindakan ini tidak langsung berpengaruh dan efeknya tidak segera terasakan . Lain halnya dengan program Keluarga Berencana (KB).

Dalam dua dasawarsa penerapan KB di Indonesia, tingkat fertilitas turun total dari 5,5 menjadi 3 kelahiran per perempuan, sementara tingkat kelahiran kasar turun dari 43 menjadi 28 kelahiran per 1000. Hal ini dicatat sebagai keberhasilan Indonesia dalam menangani masalah kependudukan, bahkan Indonesia dijadikan model teladan negara berkembang.

4. Pembahasan

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.

Sejak tahun 2000, kesehatan reproduksi merupakan salah satu topik penting yang mendapat 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 pemerintah, perorangan, swasta dan lembaga swadaya masyarakat untuk mengambil peran aktif dalam menyosialisasikan sekaligus memberikan jalan keluar atas permasalahan kesehatan reproduksi.

Angka kematian ibu (*maternal mortality rate/MMR*) di Indonesia sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI, 2007) walaupun lebih rendah dibandingkan dengan angka IMR sebelumnya, yakni 307 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI, 2002–2003), masih termasuk ke dalam kategori tinggi di antara negara-negara di Asia Selatan dan Pasifik. Faktor penyebab yang tertinggi adalah perdarahan, di samping faktor sosial budaya dan non-kesehatan lainnya. Fakta ini diikuti oleh tingginya angka kematian bayi (*infant mortality rate/IMR*) dengan angka 34 per 1000 kelahiran hidup (SDKI, 2007) serta aborsi akibat kehamilan yang tidak diinginkan (KTD) di kalangan remaja (Susilowati, N., 2008).

Hasil laporan Indonesia Human Development Report 2005 tentang angka kematian ibu (AKI) melahirkan, yang saat ini tercatat berada di angka 307 dari setiap 100.000 kelahiran hidup, sebagian besar adalah kematian yang sebetulnya dapat dihindari. AKI ini menjadi indikator dari tingkat pembangunan manusia suatu bangsa. Hal ini menunjukkan bahwa pemerintah belum serius dan merata dalam pemberian pelayanan kesehatan khususnya bagi perempuan. Angka kematian ibu ini dapat dijadikan indikator rendahnya pelayanan kesehatan yang diterima ibu dan anak serta rendahnya akses informasi yang dimiliki ibu dan anak.

Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1995 juga mendapatkan data AKI di Indonesia adalah 373 per 100.000 kelahiran hidup. Diantara penyebab kematian ibu tersebut diantaranya anemia, kurang gizi, perdarahan karena aborsi, dan lain-lain. Data WHO memperkirakan 10-50 persen AKI disebabkan aborsi.

Berarti, dari setiap seratus ribu kelahiran hidup sekitar 37 sampai 186 perempuan diantaranya meninggal sia-sia akibat komplikasi pengguguran kehamilan.

Fakta mengenai aborsi akhir-akhir ini menunjukkan jumlah yang cukup mengagetkan. Budi Utomo dan kawan-kawan (2002) dalam penelitiannya di 10 kota besar dan 6 kabupaten, menemukan bahwa pertahun terdapat 2 juta kasus aborsi, atau 37 aborsi per 1000 perempuan usia 15-49 tahun, atau 43 aborsi per 100 kelahiran hidup, atau 30% kehamilan. WHO memperkirakan, di Asia Tenggara 4,2 juta aborsi dilakukan setiap tahunnya dan Indonesia berkontribusi sekitar 750.000 sampai 1.500.000 kasus. Dari jumlah tersebut 2.500 di antaranya berakhir dengan kematian (Siswono, 2005).

Dari sisi perbandingan jumlah aborsi di kota dan desa hampir sama. Kasus aborsi di perkotaan dilakukan secara diam-diam oleh tenaga kesehatan, sebanyak 73 %. Sedangkan di pedesaan sebagian besar dilakukan secara diam-diam oleh dukun, sebanyak 84%. Aborsi yang dilakukan secara diam-diam inilah yang menempatkan perempuan harus menanggung resiko tidak adanya perlindungan pemerintah cq Departemen Kesehatan, termasuk bila terjadi kematian karena komplikasi perdarahan dan infeksi.

Faktor-faktor penentu yang mempengaruhi aborsi terdapat pada level individu, keluarga/masyarakat dan negara. Ketiga level tersebut memiliki keterkaitan satu sama lain yang tidak dapat dipisahkan. Pengaruh dari ketiga level tersebut berdampak pada banyaknya praktek aborsi tidak aman (*unsafe abortion*) yang mengakibatkan pada tingginya AKI di Indonesia. Selama aborsi dianggap bertentangan dengan hukum, maka tidak mungkin diatur pelayanan aborsi yang aman. Selama tidak ada aturan mengenai pelayanan aborsi yang aman, maka akan terus terjadi praktek aborsi secara diam-diam dan cenderung tidak aman karena dilakukan tanpa prosedur maupun standar operasional kesehatan yang jelas yang dapat dijadikan sebagai pedoman.

Dari sudut pandang moralitas, aborsi dan kematian ibu keduanya dipermasalahkan karena sama-sama mengancam kelangsungan hidup janin dan ibu. Namun, perlu didudukan dalam proporsinya masing-masing, manakah pilihan yang lebih bermanfaat dan maslahat dalam menyelesaikan problem

kesehatan reproduksi ini. Aborsi tidak harus mengorbankan kehidupan insani bila masih dalam taraf kehidupan sel (hayati). Tetapi membiarkan praktek aborsi tidak aman lebih berbahaya karena membiarkan nyawa perempuan yang jelas-jelas telah hidup secara insaniyah (sebagai manusia) dan memiliki tanggung jawab pada orang lain dikorbankan.

Dalam keadaan negara yang mengalami krisis multi dimensi, perempuan yang menanggung beban terberat dalam keluarganya. Keragaman perempuan berdasarkan kelas, ras, maupun nasional, dikaitkan dalam benang merah isu-isu sentral perempuan seperti pendidikan, kesehatan reproduksi, kerja domestik, upah rendah, peran ganda, kekerasan seksual, ideologi jender, terutama pada masyarakat yang telah mengenal kapitalisme dan komersialisasi.

Tingginya angka aborsi tidak aman di Indonesia yang diikuti dengan tingginya resiko kematian ibu hendaknya tidak dilihat sebagai sesuatu yang berdiri sendiri, tetapi dikarenakan berbagai faktor penentu baik di level individu, keluarga atau masyarakat maupun negara. Faktor penentu pada level individu antara lain karena kegagalan alat kontrasepsi, masalah kesehatan, psikologis, ekonomi dan ketidak tahuan cara pencegahan kehamilan dengan benar. Pada level keluarga dan masyarakat, faktor penentunya antara lain karena kemiskinan, pengetahuan anggota keluarga termasuk suami yang rendah, pandangan agama yang sempit, tidak mampu mengakses pelayanan aborsi yang aman dan stigma takut dan malu jika diketahui orang lain. Sementara faktor penentu pada level negara adalah adanya larangan aborsi dengan alasan apapun di Indonesia, sebagaimana dinyatakan dalam Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP) pasal 346-349 dan Undang-Undang Kesehatan nomor 23/1992 pasal 15 ayat 1 dan 2.

Melihat kenyataan lambatnya penurunan besaran AKI yang dapat dianggap sebagai salah satu petunjuk kurangnya komitmen pemerintah terhadap kesejahteraan perempuan, salah satu harapan yang dapat menurunkan dengan cepat AKI dan meningkatkan secara nyata kesejahteraan perempuan adalah amandemen Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan.

Dampak dari masalah reproduksi kesehatan ini berkaitan langsung dengan penduduk miskin. Perempuan miskin lebih banyak memiliki anak yang tidak diinginkan karena kurang mendapatkan akses terhadap pelayanan dan informasi kesehatan reproduksi. Kemungkinan terkena infeksi menular seksual, termasuk HIV/AIDS, menambah risiko yang akan dihadapi oleh perempuan; ketidakadilan *gender* sering menghilangkan kemampuan perempuan untuk menolak praktek-praktek berisiko kekerasan seksual dan perilaku seksual, membuat perempuan tidak mendapat informasi mengenai pencegahan dan menempatkan mereka di urutan terakhir dalam pelayanan dan tindakan untuk menyelamatkan kehidupan.

Dalam kebijakannya khususnya tentang kesehatan reproduksi perempuan pemerintah masih belum adil dan menjadikan perempuan sebagai target utama dari kebijakan dalam bidang kesehatan dan kependudukan yang selama ini dilakukan pemerintah. Selama ini perempuan ditempatkan hanya sebagai instrumen perantara dalam mencapai target kependudukan atau kesehatan yang dicanangkan pemerintah tanpa memandang hak-hak perempuan atas tubuhnya sendiri.

Sebagai contoh kebijakan pemerintah dalam program keluarga berencana (KB). Program KB selama ini mengarahkan sasaran pada perempuan, sebagian masyarakat masih menganggap KB dan kesehatan reproduksi serta kesehatan ibu dan anak merupakan urusan perempuan dimana keputusan untuk ber-KB, pergi periksa kehamilan, imunisasi bayi diserahkan pada kaum perempuan/ibu.

Selain itu dalam kebijakan program KB ini pemerintah juga membatasi akses perempuan terhadap manfaat dan risiko dari metoda KB seperti IUD dan metoda hormonal. Cara seperti ini merupakan intervensi panjang terhadap kesehatan reproduksi/alat reproduksi perempuan (selama beberapa tahun atau bulan) sedangkan perempuan berpeluang untuk hamil hanya selama beberapa jam dalam setiap siklus haid. Selain itu beberapa risiko kesehatan atau efek samping yang akan dihadapi perempuan terkait dengan pemakaian alat kontrasepsi tersebut seperti tekanan darah tinggi, ketidakaturan haid, pendarahan, sakit kepala, tidak banyak dibicarakan pemerintah.

Dari data pada tabel dibawah ini terlihat bahwa pemakaian alat kontrasepsi lebih didominasi perempuan dibandingkan laki-laki. Hal ini terlihat dari persentase penggunaan kontrasepsi di Indonesia tahun 1994/1995 sebagai berikut :

Alat Kontrasepsi	Persentase
Pil	31,4%
Suntik	30,9%
IUD	22,2%
Implant/Norplant	8,0%
Tubektomi	4,5%
Kondom	1,6%
Vasektomi	1,4%

Dari data diatas, dapat dilihat bahwa hanya 3% dari alat kontrasepsi yang ditujukan kepada laki-laki, sementara 97% ditujukan kepada perempuan. Sehingga diperlukan upaya nyata pemerintah dalam meningkatkan angka partisipasi pria dalam program KB ini. Karena laki-laki mempunyai hak-hak kesehatan reproduksi yang sama dengan perempuan/isteri

Menurut estimasi WHO, sampai dengan Juni 2000 terdapat sekitar 34,3 juta orang dewasa dan anak mengidap HIV/AIDS dan lebih dari 18 juta yang meninggal. Ternyata 95% dari jumlah tersebut berada di negara berkembang, 52000 kasus terjadi di Indonesia. Dari kasus HIV/AIDS di Indonesia tersebut, 70 persen adalah ibu rumah tangga yang menjadi korban tidak langsung dari penyebaran HIV ini (laki-laki sebagai penyebar potensial tertinggi). Hal terjadi karenan infeksi HIV di seluruh dunia terjadi melalui hubungan seks antara laki-laki dan perempuan. Dan hampir 80% perempuan yang mengidap HIV/AIDS hanya berhubungan dengan satu pria, suaminya.

Dari permasalahan di atas maka perlu dilakukan perubahan dan pendekatan dalam menangani masalah kebijakan dalam bidang kesehatan reproduksi ini diantaranya :

1. Peningkatan kondisi kesehatan perempuan dan peningkatan kesempatan kerja
Hal ini dilakukan dalam upaya untuk meningkatkan usia kawin dan melahirkan, sehingga resiko selama kehamilan akan menurun.
2. Pendekatan target pada program KB harus disertai dengan adanya tenaga dan peralatan medis yang cukup. Hal ini untuk mencegah terjadinya mal praktek karena keinginan untuk mencapai target.
3. Peningkatan partisipasi laki-laki dalam menurunkan angka kelahiran. Tidak hanya perempuan yang dituntut untuk mencegah kehamilan, tetapi juga laki-laki, karena pada saat ini sudah tersedia beberapa alat kontrasepsi untuk laki-laki. Penyadaran akan kesetaraan dalam menentukan hubungan seksual dengan laki-laki. Penyadaran bahwa perempuan berhak menolak berhubungan seksual dengan laki-laki, meskipun laki-laki tersebut suaminya, bila hal itu membahayakan kesehatan reproduksinya (misalnya laki-laki tersebut mengidap HIV/AIDS).
4. Penyuluhan tentang jenis, guna, dan resiko penggunaan alat kontrasepsi
Baik alat kontrasepsi modern maupun tradisional perlu diperkenalkan guna dan resikonya kepada perempuan. Dengan demikian perempuan dapat menentukan alat kontrasepsi mana yang terbaik untuk dirinya.
5. Penyuluhan tentang HIV/AIDS dan PMS (penyakit menular seksual) kepada perempuan.
6. Pendidikan seks pada remaja perempuan dan laki-laki.

Kebijakan kesehatan yang menghormati hak perempuan atas tubuhnya, dalam jangka panjang akan memberikan kontribusi yang nyata dalam mengatasi masalah kependudukan, dengan resiko yang jauh lebih kecil dibanding kebijakan kependudukan menggunakan kontrasepsi modern.

Islam memandang laki-laki dan perempuan adalah dua makhluk yang setara. Dijelaskan dalam QS. Al-Hujurat ayat 13 bahwa antara laki-laki dan perempuan memiliki kesetaraan potensi untuk mencapai status tertinggi di hadapan Tuhan. Dalam QS. Al-Ghafir ayat 40, Tuhan juga memberikan penghargaan yang sama antara karya positif laki-laki dan karya positif yang dihasilkan perempuan, dengan harga yang sama. Al-Qur'an memang

mengungkapkan perbedaan mendasar antara laki-laki dan perempuan, tetapi harus dicermati kembali apakah ungkapan tersebut mengacu kepada unsur biologis atau non-biologis (Sumbulah, 2006: 37)

2. Kesimpulan

Kesehatan reproduksi adalah suatu kondisi yang sempurna dari fisik, mental dan keadaan sosial dari manusia. Oleh karena itu pemerintah sebagai perumus dan pemilik kebijakan khususnya tentang kesehatan reproduksi perempuan harus lebih adil dan menghormati hak perempuan atas tubuhnya, sehingga dalam jangka panjang akan memberikan kontribusi yang nyata dalam mengatasi masalah kependudukan dengan resiko yang jauh lebih kecil dibanding kebijakan kependudukan menggunakan kontrasepsi modern.

Daftar Pustaka

- Anonemous, *Bias Gender dalam Kebijakan Kesehatan Reproduksi di Indonesia*. www.duniaesai.com, tanggal akses 10 Maret 2010.
- Biro Pusat Statistik. 1995. *Statistik Kesejahteraan Rakyat 1994*.
- DepKes RI-Pusdakes, 1998. *Profil Kesehatan Indonesia 1998*, Jakarta: Depkes RI, Pusat Data Kesehatan.
- Maria, U.A. 2007. *Penguatan Hak Kesehatan Reproduksi Dalam Komunitas Islam*. Laporan LK2P Fatayat NU, Tangerang.
- Siswono, 2005. *Hari Kartini, Kesehatan Reproduksi Perempuan, dan Amandemen UU Kesehatan*. <http://www.kompas.co.id>, tanggal akses 10 Marer 2010.
- 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*.
- Susilowati, N. 2008. *Gender dalam Kesehatan Reproduksi*, Pusat Pelatihan Gender dan Peningkatan Kualitas Perempuan, BKKBN Pusat, Jakarta.

Sumbulah, U. 2006. *Buku Gender dan Islam*. UIN Press, Malang.

Utomo, Budi dkk, 2002. *Angka Aborsi dan Aspek Psiko-Sosial di Indonesia: Studi di 10 Kota Besar dan 6 Kabupaten*. Jakarta: Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia.

WHO dalam Gulardi H Wignyosastro, 2001. *Masalah Kesehatan Perempuan Akibat Reproduksi, Makalah seminar Penguatan Hak-Hak Reproduksi*, diselenggarakan oleh Fatayat NU, Jakarta 1 September 2001.