

ALTERNATIF PENGEMBANGAN MODEL KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA TAHUN 2009

The Alternative Developing Model of Adolescent Reproductive Health

Gurendro Putro

Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem Kebijakan Kesehatan, Badan Litbangkes, Kementerian Kesehatan
Surabaya, Jawa Timur

Email: putro_01@yahoo.com

Abstract

Background: Teenagers are the future generation, so in their lives, they need to get right information, proper education either science or religion. Adolescents with any feature of the physical and psychological changes, need to be provide with enough knowledge about reproduction health in order to keep and maintain an optimal life. Adolescent reproductive health is essential, in order to equip young people and directing the adolescents to a good life in the future. Good information and correct knowledge about reproduction health is very important for teenager's life, so they would not get caught in the wrong pattern of life. In many other countries such as Sri Lanka, India, Thailand and Philippines, there been efforts to provide some knowledge to adolescents about reproduction health.

Objective: To examine and explain adolescent's reproduction health program in Indonesia and abroad, and to make alternative development models of adolescent's reproduction health

Method: To conduct a literature study with review strategy in journal, research documents and program of adolescent's reproduction health in Indonesia and abroad.

Result: In Indonesia, it still needs to be increased, due to the data of reproduction health in healthcare workers (60%); adolescents parents (65%) school teachers (83.3%) and adolescents (77.3%), have less knowledge about adolescent reproductive development.

Conclusion: Alternative development models of adolescent's reproduction health, which is to use models of reproduction health and distribute adolescent's potential with the involvement of all society components in order to meet the adolescents reproduction necessity.

Keywords: Adolescent, reproductive health, Primary Health Care

Abstrak

Latar belakang: Remaja merupakan generasi penerus bangsa, sehingga dalam kehidupannya perlu mendapat informasi, pendidikan yang layak baik secara ilmu pengetahuan maupun keagamaan. Remaja dengan ciri ciri ada perubahan secara fisik dan psikis, sehingga perlu dibarengi dengan pengetahuan yang cukup tentang kesehatan reproduksi guna menjaga dan mempertahankan kehidupannya secara optimal. Kesehatan reproduksi remaja sangat penting, guna membekali remaja dan mengarahkan remaja pada kehidupan yang baik untuk menyosong masa depan. Pengetahuan yang benar dan pemberian informasi tentang kesehatan reproduksi sangat penting untuk kehidupan remaja, agar tidak terjebak pada pola kehidupan yang salah. Diberbagai negara lain seperti Sri Lanka, India, Thailand, Philipina sudah ada upaya untuk memberi bekal pada remaja tentang kesehatan reproduksi.

Tujuan: Mengkaji dan menguraikan program kesehatan reproduksi remaja di Indonesia dan luar negeri serta membuat alternatif pengembangan model kesehatan reproduksi remaja.

Metode: Melakukan penelaahan tinjauan pustaka dengan strategi melakukan tinjauan pada jurnal, dokumen, penelitian dan program kesehatan reproduksi remaja baik di Indonesia dan luar negeri.

Hasil: Di Indonesia masih perlu ditingkatkan lagi tentang kesehatan reproduksi remaja, mengingat data tentang kesehatan reproduksi pada petugas kesehatan (60%); orang tua remaja (65%); guru sekolah (83,3%) dan remaja (77,3%), kurang pengetahuannya tentang perkembangan reproduksi remaja.

Kesimpulan: Alternatif pengembangan model kesehatan reproduksi remaja yaitu menggunakan model kesehatan reproduksi dan penyaluran potensi remaja dengan mengikutsertakan semua komponen masyarakat dalam rangka memenuhi kebutuhan reproduksi remaja, sehingga diharapkan dapat memberi manfaat yang positif bagi perkembangan remaja di Indonesia.

Kata kunci: Remaja; kesehatan reproduksi; Puskesmas

PENDAHULUAN

Masa remaja adalah suatu tahap antara masa kanak-kanak dengan masa dewasa. Istilah ini menunjuk masa dari awal pubertas sampai tercapainya kematangan; biasanya mulai dari usia 14 pada pria dan usia 12 pada wanita. Transisi ke masa dewasa bervariasi dari satu budaya kebudayaan lain, namun secara umum didefinisikan sebagai waktu dimana individu mulai bertindak terlepas dari orang tua mereka.⁵

Perubahan dramatis dalam bentuk dan ciri-ciri fisik berhubungan erat dengan mulainya pubertas. Aktivitas kelenjar pituitari pada saat ini berakibat dalam sekresi hormon yang meningkat, dengan efek fisiologis yang tersebar luas. Hormon pertumbuhan memproduksi dorongan pertumbuhan yang cepat, yang membawa tubuh mendekati tinggi dan berat dewasanya dalam sekitar dua tahun. Dorongan pertumbuhan terjadi lebih awal pada pria daripada wanita, juga menandakan bahwa wanita lebih dahulu matang secara seksual daripada pria. Pencapaian kematangan seksual pada gadis remaja ditandai oleh kehadiran menstruasi dan pada pria ditandai oleh produksi semen. Hormon-hormon utama yang mengatur perubahan ini adalah androgen pada pria dan estrogen pada wanita, zat-zat yang juga dihubungkan dengan penampilan ciri-ciri seksual sekunder: rambut wajah, tubuh, dan kelamin dan suara yang mendalam pada pria; rambut tubuh dan kelamin, pembesaran payudara, dan pinggul lebih lebar pada wanita. Perubahan fisik dapat berhubungan dengan penyesuaian psikologis; beberapa studi menganjurkan bahwa individu yang menjadi dewasa di usia dini lebih baik dalam menyesuaikan diri daripada rekan-rekan mereka yang menjadi dewasa lebih lambat.

Tidak ada perubahan dramatis dalam fungsi intelektual selama masa remaja. Kemampuan untuk mengerti masalah-masalah kompleks berkembang secara bertahap. Psikolog Perancis Jean Piaget menentukan bahwa masa remaja adalah awal tahap pikiran formal operasional, yang mungkin dapat dicirikan sebagai pemikiran yang melibatkan logika pengurangan atau deduksi. Piaget beranggapan bahwa tahap ini terjadi di antara semua orang tanpa memandang pendidikan

dan pengalaman terkait mereka. Namun bukti riset tidak mendukung hipotesis ini; bukti itu menunjukkan bahwa kemampuan remaja untuk menyelesaikan masalah kompleks adalah fungsi dari proses belajar dan pendidikan yang terkumpul.

Perubahan fisik yang terjadi pada masa pubertas bertanggungjawab atas munculnya dorongan seks. Pemuasan dorongan seks masih dipersulit dengan banyaknya tabu sosial, sekaligus juga kekurangan pengetahuan yang benar tentang seksualitas. Namun sejak tahun 1960-an, aktivitas seksual telah meningkat di antara remaja; studi akhir menunjukkan bahwa hampir 50% remaja di bawah usia 15 dan 75% di bawah usia 19 melaporkan telah melakukan hubungan seks. Terlepas dari keterlibatan mereka dalam aktivitas seksual, beberapa remaja tidak tertarik pada, atau tahu tentang, metode Keluarga Berencana atau gejala-gejala Penyakit Menular Seksual (PMS). Akibatnya, angka kelahiran tidak sah dan timbulnya penyakit kelamin semakin meningkat.

Psikolog Amerika G. Stanley Hall mengatakan bahwa masa remaja adalah masa stres emosional, yang timbul dari perubahan fisik yang cepat dan luas yang terjadi sewaktu pubertas. Psikolog Amerika kelahiran Jerman Erik Erikson memandang perkembangan sebagai proses psikososial yang terjadi seumur hidup. Tugas psikososial remaja adalah untuk membuat orang yang tergantung menjadi orang yang tidak tergantung, yang identitasnya memungkinkan orang tersebut berhubungan dengan lainnya dalam gaya dewasa. Kehadiran problem emosional bervariasi antara setiap remaja.

Masa remaja merupakan masa transisi yang unik dan ditandai oleh berbagai perubahan fisik, emosi dan psikis. Masa remaja yaitu usia 10-19 tahun, merupakan masa yang khusus dan penting. Masa remaja diwarnai oleh pertumbuhan, perubahan, munculnya berbagai kesempatan, dan seringkali menghadapi risiko kesehatan reproduksi. Kebutuhan akan peningkatan pelayanan kesehatan dan sosial terhadap remaja semakin menjadi perhatian di seluruh penjuru dunia. Sekitar 1 milyar manusia, hampir 1 di antara 6 manusia di bumi adalah remaja; 85% di antaranya hidup di negara berkembang.

Kegiatan seksual menempatkan remaja pada tantangan risiko terhadap berbagai masalah kesehatan reproduksi. Setiap tahun kira-kira 15 juta remaja berusia 15-19 tahun melahirkan, 4 juta melakukan aborsi, dan hampir 100 juta terinfeksi Penyakit Menular Seksual (PMS) yang dapat disembuhkan. Secara global, 40% dari semua kasus infeksi HIV terjadi pada usia 15-24 tahun.

Remaja seringkali kekurangan informasi dasar mengenai kesehatan reproduksi, ketrampilan menegosiasikan hubungan seksual, dan akses terhadap pelayanan kesehatan reproduksi yang terjangkau serta terjamin kerahasiaannya. Keprihatinan akan jaminan kerahasiaan atau kemampuan membayar, dan kenyataan atau persepsi remaja terhadap sikap tidak senang yang ditunjukkan oleh pihak petugas kesehatan, semakin membatasi akses pelayanan lebih jauh, meski pelayanan itu ada. Disamping itu, terdapat pula hambatan legal yang berkaitan dengan pemberian pelayanan dan informasi kepada kelompok remaja. Banyak diantara remaja yang kurang atau tidak memiliki hubungan yang stabil dengan orangtuanya maupun dengan orang dewasa lainnya, dengan siapa seyogyanya remaja dapat berbicara tentang masalah-masalah kesehatan reproduksi yang memperhatikan atau yang menjadi perhatian mereka.

Dari hasil penelitian,¹² menunjukkan bahwa 60% petugas kesehatan, 65% orang tua remaja, 83,3% guru sekolah dan 77,3% remaja kurang pengetahuannya tentang perkembangan reproduksi remaja, perubahan psikologis dan emosional remaja, penyakit menular seksual dan tentang bahaya kehamilan remaja serta abortus. Sebagian besar remaja mendapat pengetahuan tentang kesehatan reproduksi sebanyak 45% mendapat informasi dari teman sekolah, 16,3% dari guru, 12,8% dari petugas kesehatan, 8,7% dari orang tua dan 6,8% dari tokoh agama. Hasil penelitian,¹⁰ hasil penelitian diperoleh 76,80% responden berumur 14 tahun dan 64,30% umur *menarchenya* 12 tahun. Tingkat pengetahuan tentang kesehatan reproduksi remaja 46,40% termasuk kategori kurang. Sikap terhadap kesehatan reproduksi remaja 43,00% termasuk kategori kurang. Meskipun dihadapkan pada tantangan tersebut di atas, program yang memenuhi kebutuhan remaja

akan informasi dan pelayanan dapat membawa perubahan bermakna.

Tujuan penulisan artikel ini adalah mengkaji dan menguraikan program kesehatan reproduksi remaja di Indonesia dan luar negeri serta membuat alternatif pengembangan model kesehatan reproduksi remaja. Metode penulisan ini dengan menelaah tinjauan pustaka dengan strategi melakukan tinjauan pada jurnal, dokumen penelitian dan program kesehatan reproduksi remaja baik di Indonesia dan luar negeri. Kajian referensi ini bersumber dari buku Pedoman Operasional Pelayanan Terpadu Kesehatan Reproduksi di Puskesmas Departemen Kesehatan RI tahun 2003⁵ dan hasil penelitian Arifin,¹ Pengembangan Model Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja: Penerapan Model dan Evaluasi akhir, Puslitbang Sistem dan Kebijakan Kesehatan Surabaya serta referensi kegiatan kesehatan reproduksi di beberapa negara. Dari hasil kajian ini, maka penulis mengusulkan model kesehatan reproduksi dan penyaluran potensi remaja, dimana usulan ini merupakan sintesis dari berbagai kajian referen dan pemikiran dalam memenuhi kesehatan reproduksi remaja.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pelayanan yang mencakup 4 komponen prioritas di atas disebut Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE). Selain itu, dalam upaya memenuhi kebutuhan remaja akan informasi dan pelayanan, telah banyak institusi ataupun kelompok-kelompok peneliti yang telah melakukan intervensi. Target yang harus dicapai Depkes tahun 2010 terhadap kesehatan Remaja: 1) penurunan prevalensi anemia pada remaja menjadi <20%; cakupan pelayanan kesehatan remaja melalui jalur sekolah 85% dan melalui jalur luar sekolah minimal 20%; serta prevalensi permasalahan remaja secara umum menurun. Untuk kepentingan Indonesia secara nasional telah disepakati ada empat komponen prioritas Kesehatan Reproduksi, yaitu:

1. Kesehatan ibu dan bayi baru lahir;
2. Keluarga Berencana;
3. Kesehatan Reproduksi Remaja;

4. Pencegahan dan penanganan Penyakit Menular Seksual, termasuk HIV/AIDS.

Ada 3 Strategi Departemen Kesehatan RI untuk melaksanakan kegiatan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE), yaitu: 1) advokasi, yaitu mencari dukungan dari para pengambil keputusan untuk melakukan perubahan tata nilai atau peraturan yang ada untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan reproduksi. Kelompok sasaran untuk strategi advokasi dikenal dengan istilah "kelompok sasaran tersier"; 2) bina suasana, yaitu membuat lingkungan sekitar bersikap positif terhadap tujuan KIE yang ingin dicapai yaitu peningkatan pengetahuan yang diikuti dengan perubahan perilaku. Kelompok sasaran untuk strategi bina suasana disebut kelompok sasaran sekunder ;3) gerakan masyarakat, yaitu membuat pengetahuan kelompok sasaran utama (yang memiliki masalah) pengetahuan meningkat yang diikuti dengan perubahan perilaku mereka sehingga dapat mengatasi masalah yang dihadapi. Kelompok sasaran untuk strategi gerakan masyarakat disebut kelompok sasaran primer, yaitu orang yang pengetahuan dan perilakunya hendak dirubah. Untuk melaksanakan strategi gerakan masyarakat dan bina suasana perlu memperhatikan 5 aspek, yaitu apa pesan inti yang mau disampaikan; siapa yang menjadi sasaran pesan; pengetahuan yang diharapkan diketahui oleh kelompok sasaran; perilaku yang diharapkan mau diterima dan dilakukan kelompok sasaran; cara untuk menyampaikan pesan melalui jalur dan media yang tepat.

Kehamilan remaja yang berumur kurang dari 20 tahun memberi risiko kematian ibu dan bayi 2-4 kali lebih tinggi dibanding dengan kehamilan pada umur 20-35 tahun. Beberapa penelitian dalam skala kecil tentang remaja membenarkan gambaran tentang perilaku reproduksi kelompok populasi umur 10-19 tahun yang belum menikah. Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia tahun 1997 mengadakan penelitian di Manado dan Bitung, ditemukan bahwa 6% dari 400 remaja SMU puteri dan 20% dari 400 pelajar SMU putera pernah melakukan hubungan seksual. Survei Departemen Kesehatan RI (1995) bahwa remaja usia 13-19 tahun di Jawa Barat sebanyak 1.189 responden sebanyak 7% yang mengaku pernah

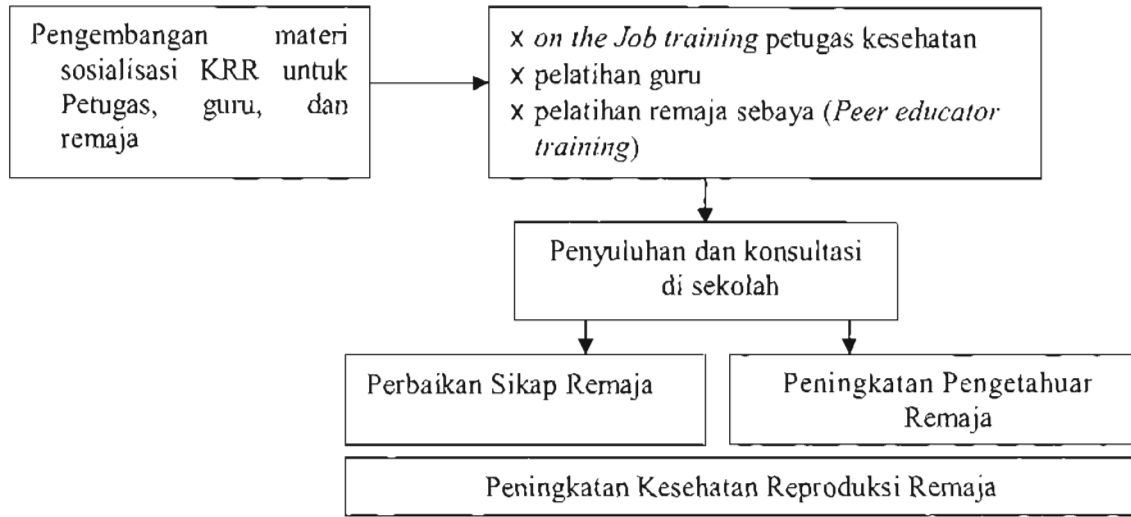
terlambat haid atau hamil. Sedangkan di Bali dari 922 responden yang pernah terlambat haid atau hamil sebanyak 5%. Data Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) dari Sumatera Barat tahun 1997 ditemukan remaja yang telah melakukan hubungan seksual sebelum menikah mengakui kebanyakan melakukan pertama kali pada usia 15-18 tahun.

Keadaan ini diperburuk dengan pelayanan kesehatan remaja yang belum optimal. Masih ada 35% remaja puteri yang menderita anemia dan sebagian masih menderita Kekurangan Energi Kronis (KEK). Dari data ini menunjukkan bahwa ketidaksiapan remaja puteri untuk menghadapi kehamilan. Keadaan lain yang cukup merisaukan adalah meningkatnya masalah ketergantungan napza (narkotika, psikotropika, dan zat adiktif) pada remaja. Ketergantungan napza ini sering diikuti dengan hubungan seks diluar nikah, berganti ganti pasangan, sehingga menimbulkan risiko penularan penyakit seksual, termasuk HIV/AIDS, sementara itu pemakaian jarum suntik yang bergantian juga meningkatkan risiko penularan penyakit. Survei dari Departemen Kesehatan tahun 1995/1996 pada remaja 13-19 tahun di Jawa Barat dan Bali didapatkan angka 7% dan 5% kehamilan pada remaja. Kehamilan yang tidak dikehendaki sebesar 61% pada umur 15-19 tahun. Terjadinya pengguguran kandungan sebanyak 7,2% ditolong dokter, ditolong bidan sebanyak 10,2% dan sebanyak 70,4% tanpa pertolongan.(SDKI, 1997).

Masalah kesehatan reproduksi remaja tidak hanya pada fisik, tetapi juga mental, emosi, ekonomi dan kesejahteraan sosial. Dampak ini secara langsung tentu menimpa pada remaja, tetapi disisi lain akan berpengaruh terhadap keluarga, saudara, tetangga, teman dan lain-lain. Permasalahan kesehatan remaja yang sudah banyak diinventarisir antara lain:

- a. Kehamilan tak dikehendaki, yang seringkali menjurus kepada aborsi yang tidak aman dan terjadi komplikasi.
- b. Kehamilan dan persalinan usia muda yang menambah risiko kesakitan dan kematian ibu dan bayi
- c. Masalah penyakit menular seksual, termasuk infeksi HIV/AIDS

d. Tindak kekerasan seksual, seperti pemerkosaan, pelecehan seksual dan transaksi seks komersial.³

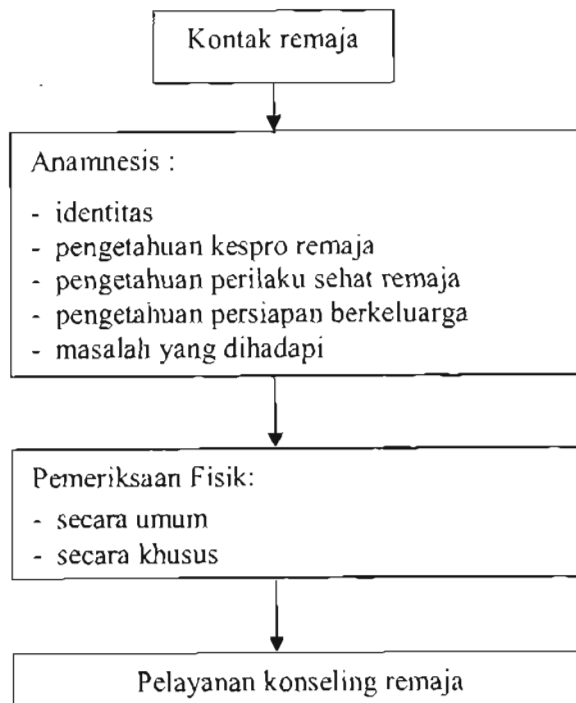


Gambar 1. Model Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja di Puskesmas¹

Pada model yang dikembangkan oleh Arifin (2002),¹ yaitu pengembangan materi Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) yang kemudian disosialisasikan. Selanjutnya dilakukan pelatihan atau *on the job training* kepada petugas kesehatan, untuk Petugas kesehatan, guru, dan pelatihan pada remaja sebaya (*Peer educator training*). Hasil implementasi model, bahwa tidak ada perubahan yang bermakna pengetahuan dan

sikap remaja sasaran sebelum dan sesudah implementasi model. Kelemahan pada model ini tidak memasukkan LSM dalam implementasikan model kesehatan reproduksi remaja.

Dalam buku pedoman operasional pelayanan terpadu kesehatan reproduksi di puskesmas departemen kesehatan RI tahun 2003, telah dibuat alur pelayanan kesehatan remaja dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2. Bagan alur pelayanan kesehatan reproduksi remaja⁵

Alur pelayanan kesehatan remaja ini merupakan standar yang diterapkan di puskesmas, dimana setelah adanya remaja yang memeriksakan diri atau ada masalah yang ada dilakukan anamnesis kemudian digali tentang identitas, pengetahuan tentang kesehatan reproduksi, perilaku sehat dan pertapan berkeluarga jika menjelang pernikahan serta masalah yang dihadapi. Kemudian dilakukan pemeriksaan fisik baik secara umum dan khusus apabila ditemukan keluhan akan diobati. Setelah itu dilakukan konseling tentang kesehatan reproduksi remaja, perilaku sehat, persiapan berkeluarga. Apabila masalah yang dihadapi tidak dapat diselesaikan di puskesmas akan dirujuk ke rumah sakit. Kelemahan model ini adalah hanya memberikan bimbingan atau konseling remaja, padahal belum tentu remaja mau datang ke tempat konseling sekolah atau bahkan di sekolah tidak bisa mengakomodir pelayanan kesehatan remaja secara komprehensif.

Potret pelayanan kesehatan reproduksi di negara lain

Pendidikan kesehatan seksual dan reproduksi (Sri Lanka)

Dengan dukungan dan kerjasama dari pihak sekolah, Asosiasi Keluarga Berencana Sri Lanka (*Family Planning Association of Sri Lanka/FPASL*) mampu memberikan topik pendidikan kesehatan seksual dan reproduksi ke sekolah di Sri Lanka, lalu mencakup hampir 200.000 anak sekolah usia 14-18 tahun dengan informasi mengenai fisiologi, reproduksi, dan penyakit. Tujuan utama dari pendidikan kesehatan seksual dan reproduksi remaja adalah untuk membantu remaja dalam mendapatkan pengetahuan mengenai reproduksi, seksualitas, dan PMS termasuk HIV/AIDS.

Proyek ini merupakan program yang berbasis di sekolah di mana guru yang terlatih mengadakan sesi selama 3 jam pada topik yang berhubungan dengan kesehatan seksual dan reproduksi remaja menggunakan materi audio-visual yang beragam. Guru perempuan dengan pengalaman mengajar bidang sains dipilih sebagai guru proyek. Sebelum proyek

berjalan, mereka menghadiri pelatihan 6 bulan dan mengembangkan materi KIE untuk digunakan dalam proyek. Kepala proyek membantu guru yang terlibat proyek yang bertanggung jawab untuk masalah administrasi dan mengatur semua keperluan organisasi untuk kelas mengajar. Mereka juga dilatih dalam program pelatihan 6 minggu.

Pencegahan aids melalui pendidikan nasional dan konseling informal: menjangkau remaja bekerja di pabrik (Thailand)

Walaupun Thailand mempunyai banyak pengalaman di bidang pencegahan HIV/AIDS, perhatian difokuskan untuk mengatasi peningkatan kejadian infeksi HIV pada remaja pekerja pabrik. Proyek itu merupakan upaya pertama untuk menjangkau kelompok remaja. Ada tiga kegiatan utama dari proyek: (1) Pengembangan materi pelatihan dan pendidikan untuk kelompok sasaran; (2) pelatihan pelatih; dan (3) pelatihan manajer atau pemilik pabrik dan remaja pekerja pabrik.

Proyek ini menyadari bahwa memiliki pengertian yang menyeluruh dari kesehatan reproduksi dapat memperkuat pemahaman mereka mengenai HIV/AIDS dan pencegahannya, sehingga membuat proyek pencegahan HIV/AIDS lebih efektif. Untuk itulah, proyek akan mengadopsi pendekatan kesehatan reproduksi pada fase kedua dari pelaksanaan proyek. Pada saat bersamaan, akan ditekankan pada keterampilan pencegahan.

Young inspirers (yi): menjadikan kesehatan seksual dan reproduksi sebuah isu pada remaja (India)

Nilai agama dan budaya sangat kuat mengakar di Lucknow, India. Dalam lingkungan inilah sekelompok remaja memberikan informasi dan konseling mengenai seksualitas dan kesehatan reproduksi remaja. Sejak 1993, *Young Inspirers* (YI) telah membangkitkan partisipasi remaja melalui pendekatan

partisipatoris dalam implementasi program. Remaja dapat menyampaikan minat mereka dan menyarankan cara mengatasi masalah. Mereka yang dijangkau oleh YI didorong untuk menyebarkan pesan ke keluarga dan teman mereka lalu menciptakan efek berulang.

Youth advisory centre (Malaysia)

Pusat Penasehat Remaja (*Youth Advisory Centre/YAC*) telah menyediakan ruang untuk remaja sejak 1979. Remaja yang datang ke YAC memiliki akses informasi, pelayanan (konseling dan keterampilan pelatihan), sebuah perpustakaan dan yang terpenting, seseorang yang mau mendengarkan mereka. YAC menjalankan kegiatan *outreach* di mana remaja di sekolah dan di luar sekolah terjangkau. Remaja di sekolah mendapat pendidikan mengenai kesehatan, seksualitas, komunikasi dan pemecahan masalah melalui bermain peran dan permainan sangat tenar. Lokakarya di pabrik khusus ditargetkan untuk remaja perempuan. Karena masalah peraturan, YAC tidak menyediakan pelayanan kontrasepsi. Namun demikian, YAC telah mengembangkan rujukan dengan dokter sukarela sehingga remaja memiliki akses untuk mendapatkan pelayanan itu.

Development and family life education for youth (Filipina)

Program Pengembangan dan Pendidikan Kehidupan Keluarga Bagi Remaja (*Development and Family Life Education for Youth*) telah mampu mengumpulkan dukungan untuk kegiatannya karena mereka melaksanakannya dalam kenyataan kontemporer dari perilaku seksual remaja yang sensitif untuk budaya lokal.

Program ini terdiri dari Pusat Remaja yang diatur oleh sukarelawan remaja terlatih. Pusat ini dibuka setiap hari dari pukul 9 pagi sampai sore, dilengkapi dengan fasilitas rekreasi dan perpustakaan mini. Ruang terpisah disediakan untuk pelayanan konseling dan *hotline* telepon. Ruang penerimaan dilengkapi dengan fasilitas audio-visual dan permainan dalam ruangan, digunakan untuk *focus group discussions*, pertemuan dan seminar dan interaksi sosial.

Sebagai tambahan pula, kegiatan *outreach* mencakup peningkatan pendapatan proyek juga dilakukan.

Alternatif Model kesehatan reproduksi dan penyaluran potensi remaja

Remaja dengan segala kosekuensinya dan pertumbuhan secara fisik, rohani dan sosial ingin mencari jati diri. Proses pencarian identitas diri pada lingkungan yang serba modern dan canggih sangat besar pengaruhnya dalam membentuk kepribadian dirinya. Secara teori lingkungan yang terdekat adalah keluarga, dimana orang tua, atau kakaknya akan menjadi panutan atau contoh dalam menatap masa depan. Tidak hanya sekedar kecukupan makanan atau gizi, tetapi remaja juga perlu mendapat kasih sayang, bimbingan dan penyaluran potensi dalam dirinya.

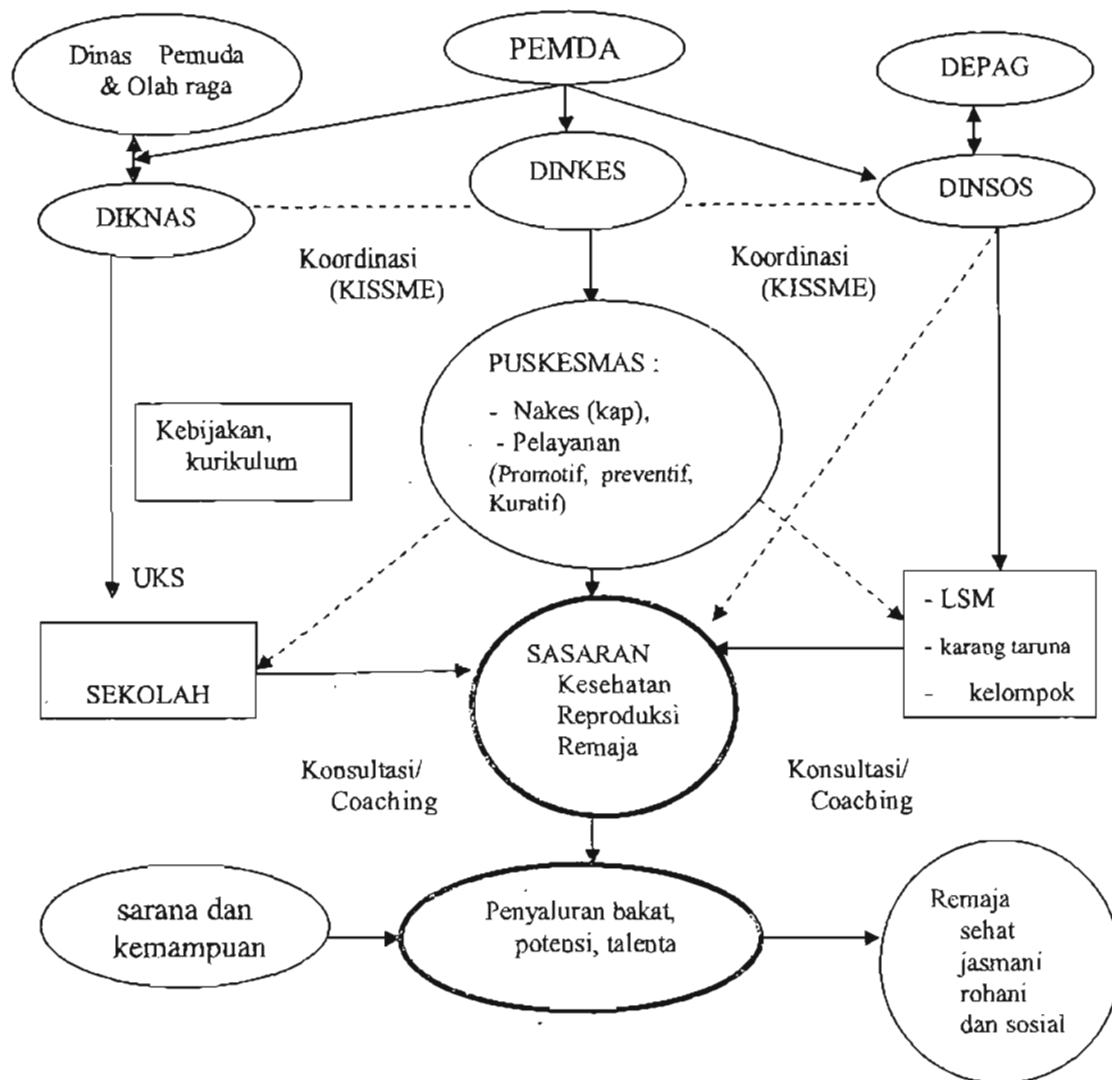
Dampak negatif dari modernisasi sudah cukup jelas, sehingga upaya yang dilakukan baik keluarga dan pemerintah telah membatasi informasi yang tidak berguna bagi perkembangan fisik dan psikis remaja dengan memblokir situs porno. *Life style* yang baik dan menyehatkan, sudah selayaknya diberlakukan bagi remaja, tidak hanya kebutuhan fisik, tetapi juga rohani dan sosial kemasyarakatan. Pembinaan remaja sebaiknya meliputi nilai (*value*), etika, hukum dan agama. Pembinaan sejak awal baik dari bayi, anak-anak juga penting untuk fondasi remaja, sehingga nantinya tidak mudah terpengaruh oleh lingkungan yang menyesatkan.

Remaja merupakan generasi penerus bangsa yang harus dibekali dengan iman dan ilmu serta teknologi untuk mengganti pemimpin yang akan datang. Sudah selayaknya keluarga, masyarakat dan negara secara bersama-sama menyelesaikan tugas mulai ini, demi menyongsong kehidupan bangsa yang bermartabat, bermoral dan berilmu pengetahuan.

Kebutuhan kesehatan reproduksi bagi remaja sudah seharusnya dipenuhi oleh pemerintah dengan menggerakkan peran keluarga, masyarakat dan lembaga swadaya masyarakat, serta swasta dalam mengembangkan potensinya. Sebagai penulis akan memberikan alternatif solusi pada

kesehatan reproduksi remaja dengan mengembangkan model kesehatan reproduksi dan penyaluran potensi remaja dalam rangka meningkatkan hak hak remaja untuk

memenuhi kebutuhan reproduksinya dan sesuai dengan bakat (*talent*) yang dimilikinya. Model tersebut digambarkan sebagai berikut.



Gambar 3. Model Kesehatan Reproduksi dan Penyaluran Potensi Remaja (Putro,dkk 2010)

Dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan reproduksi remaja, Pemerintah daerah, Dinas kesehatan bersama Dinas Pendidikan, Dinas Pemuda dan Olah Raga, Dinas Sosial serta Departemen Agama diharapkan dapat melakukan komunikasi, integrasi, sinkronisasi, simplifikasi dan mekanisme yang tepat. Masing-masing pihak terkait harus memahami perannya. Secara teknis baik sekolah dan puskesmas serta peran lembaga swadaya masyarakat dapat memberikan pelayanan kesehatan reproduksi remaja, maka selain dilakukan deteksi dan konsultasi tentu adanya penyaluran bakat, potensi dan talenta yang didukung oleh

sarana dan kemampuan keluarga untuk menyalurkan. Sehingga pada akhirnya dapat dicapai remaja yang sehat jasmani, rohani dan sosial. Di dalam kementerian kesehatan kegiatan ini terkait dengan adanya pelayanan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) yang melibatkan sekolah, sehingga terjalin kerjasama yang baik kemudian didukung oleh kementerian pemuda dan olah raga serta pihak lain yang dapat menampung dan menyalurkan potensi remaja baik secara ilmiah, seni dan budaya, agar tercipta suatu kondisi yang baik bagi perkembangan remaja baik secara fisik, mental, spiritual dan bakatnya.

KESIMPULAN DAN SARAN

Model pengembangan kesehatan reproduksi remaja yang telah dibahas dalam artikel ini sebanyak dua buah, yaitu model kesehatan reproduksi remaja¹ dan model kesehatan reproduksi remaja⁵. Sedangkan model yang terkait dengan kesehatan reproduksi remaja di luar negeri di Srilanka melakukan pendidikan kesehatan seksual dan reproduksi remaja adalah untuk membantu remaja dalam mendapatkan pengetahuan mengenai reproduksi, seksualitas, dan PMS termasuk HIV/AIDS; di Thailand yang difokuskan pada penanganan masalah HIV/AIDS; di India sejak 1993, *Young Inspirers* (YI) telah membangkitkan partisipasi remaja melalui pendekatan partisipatoris dalam implementasi program; di Malaysia adanya Pusat Penasehat Remaja (*Youth Advisory Centre/YAC*) telah menyediakan ruang untuk remaja sejak 1979; di Filipina dengan Program Pengembangan dan Pendidikan Kehidupan Keluarga Bagi Remaja (*Development and Family Life Education for Youth*) telah mampu mengumpulkan dukungan untuk kegiatannya karena mereka melaksanakannya dalam kenyataan kontemporer dari perilaku seksual remaja yang sensitif untuk budaya lokal.

Sebaiknya dalam menyelesaikan masalah kesehatan remaja perlu adanya dukungan pemerintah pusat dan pemerintah daerah, dinas kesehatan, dinas pendidikan, dinas pemuda dan olah raga, dinas sosial dan departemen agama, dengan cara melakukan komunikasi, integrasi, sinkronisasi, simplifikasi dan mekanisme dari komponen tersebut, termasuk pada remaja. Selain pelayanan kesehatan juga adanya penyaluran bakat remaja, sehingga keinginan remaja dapat di ekspresikan dan dapat dikembangkan lebih baik dan positif. Dukungan keluarga, teman dan masyarakat juga diperlukan dalam mengembangkan potensi remaja. Dengan menggunakan model kesehatan reproduksi dan penyaluran potensi remaja, lebih dapat mengikutsertakan semua komponen masyarakat dalam rangka memenuhi kebutuhan reproduksi remaja, sehingga diharapkan dapat memberi manfaat yang positif bagi perkembangan remaja di Indonesia.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih penulis ucapkan kepada Dr.dr.Muchtaruddin Mansyur, Sp.OK dan Dr.dr.Sabarinah Prasetyo atas bimbingannya, serta Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan dan UNFPA atas dukungan pelatihan dan perbaikan penulisan artikel ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Arifin. Pengembangan Model Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja: Penerapan Model dan Evaluasi akhir, Puslitbang Sistem dan Kebijakan Kesehatan, Surabaya; 2002.
2. Darsono Wongso. Infertilitas pria [online] 2007 [cited 2009 Jan 14]: [3 screen]. Available from: URL: <http://www.klinikandrologi.blogspot.com/2008/06/infertilitas-pria-12.htm>
3. Depkes RI. Program Kesehatan Reproduksi dan Pelayanan Integratif di Tingkat Pelayanan Dasar, Depkes RI bekerjasama dengan WHO, Jakarta; 2001.
4. Depkes RI. Yang Perlu Diketahui Petugas Kesehatan Tentang Kesehatan Reproduksi, Depkes RI bekerjasama dengan UNFPA, Jakarta; 2001.
5. Depkes RI. Pedoman Operasional Pelayanan Terpadu Kesehatan Reproduksi di Puskesmas, Depkes RI bekerjasama dengan United Nations Population Fund, Jakarta; 2003.
6. Depkes RI. Pedoman Pelaksanaan Kegiatan, Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE) Kesehatan Reproduksi Untuk Petugas Kesehatan di Tingkat Pelayanan Dasar, Depkes bekerjasama dengan United Nations Population Fund, Jakarta; 2003.
7. Harahap Juliandi. Kesehatan reproduksi [online] 2003 [cited 2009 Jan 13]: [13 screen]. Available from: URL: <http://www.library.usu.ac.id/download/duniapsikologi.dagdigdug.com/files/2008/12/kesehatan-reproduksi.pdf>
8. IDKI. Seminar kesehatan kerja gangguan reproduksi [online] 2007 [cited 2009 Jan 13]. Available from URL: http://www.kalbe.co.id/files/coc/brosur_konasB_atam_2005_ind%20edit.pdf.
9. Komite penghapusan bensin bertimbal. Dampak pemakaian bensin bertimbal dan kesehatan. [online] 2007 [Cited 2009 Jan 13]: [8 screen]. Available from: URL: http://www.kpbb.org/makalah_ind/Dampak%20Pemakaian%20Bensin%20Bertimbal%20dan%20...
10. Mei wanti. Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Tentang Kesehatan Reproduksi Remaja Dengan Praktek Perawatan Organ Reproduksi Eksternal Pada Siswi Di SLTP Negeri 27 Kota Semarang Correlation. {Skripsi}. Universitas Diponegoro, Semarang; 2004.