

PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DI PUSKESMAS: ISU DAN TANTANGAN

Augustina Situmorang
Pusat Penelitian Kependudukan–LIPI.
E-mail: tinabaik2002@yahoo.com

Abstract

In line with the International Conference on Population and Development (ICPD) in 1994 in Cairo, 2001, The Indonesian Ministry of Health developed an integrated essential reproductive health Services at primary health care which include Adolescence Reproductive Health services (ARH). Utilized qualitative approach, this article examine the implementation of ARH in 16 primary health care (puskesmas) which are located in four districts/city namely Pontianak City, Landak District, Ogan Komering Ilir District and Tasikmalaya District. The study results showed that ARH programs have not been fully implemented. This is due to several obstacles including (a) The limited knowledge of health personnel in the puskesmas; (b) Obstacles related to legal and policy aspects; (c) Obstacles related to socio-cultural aspects. Considering the increase number of adolescents who have engaged in risky sexual activities, it is important to develop comprehensive approaches to this phenomenon, especially at puskesmas. To do so, the national consensus on the right of adolescents to obtain comprehensive information and services related to sexual and reproductive health is urgently needed. The consensus of course has to consider the religious and cultural norm, but it also has to accept the real condition of today's adolescents.

Keywords: *reproductive health, adolescents, sexual health, ARH, primary health care*

Abstrak

Sejalan dengan Pertemuan International Conference on Population and Development (ICPD) tahun 1994 di Kairo, pada tahun 2001, Kementerian Kesehatan mengembangkan program pelayanan kesehatan reproduksi esensial yang terpadu di tingkat pelayanan dasar (puskesmas), termasuk di dalamnya Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR). Dengan menggunakan pendekatan kualitatif, tulisan ini mengkaji pelaksanaan PKPR di 16 puskesmas yang tersebar di empat kabupaten/kota: Kota Pontianak, Kabupaten Landak, Kabupaten Ogan Komering Ilir, dan Kabupaten Tasikmalaya. Hasil studi menunjukkan bahwa program PKPR belum sepenuhnya dapat terlaksana. Hal ini disebabkan beberapa kendala, antara lain (a) keterbatasan Pemahaman Tenaga Kesehatan di puskesmas; (b) Kendala terkait undang-undang dan kebijakan; dan (c) kendala terkait sosial budaya. Mengingat semakin meningkatnya jumlah remaja yang telah melakukan aktivitas seksual yang berisiko, diperlukan pendekatan yang lebih komprehensif, khususnya di tingkat pelayanan dasar. Konsensus terkait hak remaja untuk mendapat informasi dan pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi yang komprehensif

perlu segera dilakukan. Konsensus ini juga harus memperhatikan norma agama dan budaya serta kondisi remaja pada masa sekarang.

Kata kunci: kesehatan reproduksi, remaja, kesehatan seksual, PKRE, Puskesmas

PENDAHULUAN

Di Indonesia, perhatian terkait kebutuhan remaja terhadap pelayanan kesehatan reproduksi meningkat secara signifikan setelah pertemuan *International Conference on Population and Development (ICPD)* tahun 1994 di Kairo. Dalam pertemuan tersebut telah disepakati bahwa hak reproduksi adalah bagian dari hak asasi manusia (HAM). Oleh karena itu, pemerintah berkewajiban menjamin pemenuhan HAM dan perlindungan warga dari perilaku yang melanggar HAM. Perlindungan ini terutama bagi perempuan dan remaja untuk mendapat informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas dan nondiskriminatif. Sebaliknya, individu mempunyai kewajiban untuk menuntut informasi dan pelayanan yang komprehensif sehingga dapat mempelajari dan melindungi dirinya sendiri dari akibat-akibat yang tidak diinginkan, termasuk kematian ibu dan anak. Hasil kesepakatan Kairo juga merekomendasikan penyediaan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif melalui pelayanan yang terpadu dan diberikan pada tingkat pelayanan kesehatan dasar. Kesepakatan ini kemudian ditegaskan ulang dalam pertemuan para petinggi dunia tahun 2008 dengan memasukkan akses universal terhadap kesehatan reproduksi dalam *Millenium Development Goals (MDGs)* dan harus diwujudkan selambat-lambatnya pada tahun 2015.

Sejalan dengan hasil konsensus di Kairo, pada tahun 2001, Pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan mengembangkan program pelayanan kesehatan esensial dengan memperkenalkan pelayanan kesehatan reproduksi yang terpadu di tingkat pelayanan dasar (puskesmas). Pelayanan tersebut meliputi empat komponen Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE), yaitu (1) kesehatan ibu dan bayi baru lahir; (2) Keluarga Berencana; (3) kesehatan reproduksi remaja serta (4) pencegahan dan penanggulangan infeksi menular seksual (IMS), termasuk HIV/AIDS. Di dalam Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi secara eksplisit dinyatakan bahwa PKRE terpadu harus dilaksanakan di semua puskesmas (Depkes RI, 2005).

Meskipun telah ada kesepakatan internasional yang kemudian ditindaklanjuti dengan kebijakan nasional, penyediaan pelayanan kesehatan seksual dan kesehatan reproduksi terhadap remaja di Indonesia masih belum dapat dilaksanakan sepenuhnya. Hal ini antara lain karena isu terkait pelayanan kesehatan seksual dan pelayanan kesehatan reproduksi remaja masih kontroversial. Berbagai kalangan termasuk petugas kesehatan masih belum

dapat sepenuhnya setuju bahwa penyediaan informasi dan pelayanan seksual dan kesehatan reproduksi merupakan hak warga negara tanpa memandang, baik status perkawinan, umur, maupun jenis kelamin. Studi ini bertujuan mengkaji pelaksanaan pelayanan kesehatan seksual dan kesehatan reproduksi terhadap remaja di puskesmas.

Informasi yang disajikan dalam kajian ini diperoleh berdasarkan beberapa studi yang dilakukan oleh Pusat Penelitian Kependudukan LIPI (PPK-LIPI) antara lain studi “Pelaksanaan PKRE Terpadu di Puskesmas” (Situmorang dkk., 2008). Studi ini dilaksanakan dengan bekerja sama dengan UNFPA dan Kementerian Kesehatan pada tahun 2007 di 16 puskesmas yang tersebar di empat kabupaten/kota, yaitu Kota Pontianak dan Kabupaten Landak (Provinsi Kalimantan Barat), Kabupaten Ogan Komering Ilir (Provinsi Sumatera Selatan) serta Kabupaten Tasikmalaya (Provinsi Jawa Barat). Selain itu, informasi juga diperoleh dari rangkaian penelitian yang dilakukan oleh PPK-LIPI pada kurun waktu 2006–2009 dengan tema Kondisi Kesehatan Reproduksi di wilayah perbatasan dengan studi kasus di Kota Batam dan Kabupaten Sanggau (Situmorang dkk., 2007 dan 2009). Kedua studi tersebut menggunakan kombinasi pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Pengumpulan data kualitatif dilakukan melalui wawancara terbuka, diskusi kelompok terfokus (FGD), observasi, dan *exit interview*.

REMAJA DAN PELAYANAN KESEHATAN

Masa remaja merupakan periode yang sangat penting dalam kehidupan reproduksi individu. Pada periode ini, seorang anak (laki-laki dan perempuan) membangun fondasi kehidupan reproduksi mereka. Banyak peristiwa penting terkait reproduksi manusia terjadi pertama kali pada masa ini, seperti pubertas, hubungan seks pertama, kawin pertama, dan melahirkan pertama. Oleh karena itu, perilaku dan keputusan yang diambil pada masa ini akan mempunyai pengaruh yang sangat penting dalam kehidupan masa depan seorang individu, bukan hanya yang terkait dengan kesehatan reproduksi melainkan juga menyangkut kehidupan sosial dan ekonomi (Mensch *et al.*, 1998).

Dalam sejarah pelayanan kesehatan masyarakat, isu terkait kesehatan remaja relatif masih baru. Hal ini disebabkan pada masa lalu, remaja dianggap sebagai kelompok masyarakat yang paling sehat. Dalam arti kelompok ini sudah melewati masa anak-anak yang rentan terhadap penyakit, dan belum mencapai usia dewasa yang juga rentan terhadap berbagai penyakit karena dipicu oleh stres dari pekerjaan atau kelompok lanjut usia yang rentan terhadap penyakit degeneratif. Dalam konteks kesehatan reproduksi, remaja dianggap tidak memerlukan pelayanan. Remaja yang belum menikah dianggap tidak aktif

secara seksual. Sementara itu, mereka yang sudah menikah diasumsikan tidak memerlukan alat kontrasepsi karena hampir di semua masyarakat berpandangan bahwa wanita yang baru menikah diharapkan segera memiliki anak.

Perhatian terhadap kesehatan reproduksi remaja pada beberapa dekade belakangan ini sangat berkaitan dengan perubahan sosial-demografi yang sangat berpengaruh terhadap remaja di negara-negara berkembang. Elliott dan Feldman (1990: 47) mengatakan bahwa remaja pada masa sekarang berhadapan dengan tuntutan dan harapan sekaligus risiko dan godaan yang tampaknya lebih besar dan lebih kompleks dari yang dialami oleh remaja generasi sebelumnya. Selain meningkatnya jumlah penduduk usia remaja (10–24 tahun), banyak studi menunjukkan bahwa remaja pada masa kini mempunyai mobilitas yang lebih tinggi, sekolah lebih lama, lebih cepat mendapat menstruasi, menikah dalam usia lebih tua, dan cenderung melakukan aktivitas seksual sebelum menikah (Hofferth, 1990; Morris, 1993; Bongaarts and Cohen, 1998; Caldwell *et al.*, 1998; Singh, 1998; Zabin and Kiragu, 1998; Situmorang, 2003). Perubahan-perubahan penting ini, bersamaan dengan urbanisasi dan kemajuan teknologi informasi secara global telah menjadikan remaja semakin terpapar terhadap risiko yang terkait dengan kesehatan reproduksi.

Jumlah penduduk usia muda (10–24 tahun) di Indonesia sangat besar. Sensus Penduduk tahun 2010, menunjukkan proporsi penduduk usia remaja 10–24 tahun mencapai 26,7% atau lebih dari seperempat dari keseluruhan penduduk. Sensus 2010 juga menunjukkan bahwa 10% penduduk usia 10–19 tahun sudah menikah. Hal ini cukup memprihatinkan. Studi sebelumnya menunjukkan bahwa ibu yang berusia remaja mempunyai risiko yang lebih besar dibanding ibu usia dewasa terkait komplikasi akibat kehamilan, seperti hipertensi, disproporsi sefalopelvik, kekurangan zat besi, dan anemia (Zelnik dkk., 1981; Sendorowitz, 1995: 17; Zabin dan Kuragu, 1998: 215–217). Hasil Riskesdas tahun 2007 menunjukkan bahwa 19,7% perempuan usia 15 tahun ke atas mengalami anemia.

Beberapa studi di Indonesia menunjukkan bahwa jumlah remaja yang telah melakukan aktivitas seksual berisiko semakin meningkat. Hal ini antara lain dapat dilihat dari hasil survei yang dilakukan oleh Komisi Perlindungan Anak Indonesia (KPAI) pada tahun 2008 yang menunjukkan bahwa 62,7% (N= 4.726) siswa SMP dan SMA di 17 kota besar di Indonesia sudah pernah melakukan hubungan seks. Pada umumnya remaja yang melakukan seks pranikah tidak menggunakan alat pelindung. Studi yang dilakukan oleh Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) pada tahun 2006 menunjukkan bahwa sebagian besar remaja (60%) yang pernah melakukan hubungan seks tidak pernah menggunakan alat kontrasepsi, termasuk kondom. Oleh karena itu, tidak mengherankan apabila temuan studi yang dilakukan oleh Australian National University (ANU) dan Universitas Indonesia (UI) tahun 2010, menunjukkan

bahwa 38,7% (N= 3.006) remaja usia 17–24 tahun hamil di luar nikah. Selain itu, beberapa studi juga menginformasikan bahwa tindakan pertama yang dilakukan remaja apabila hamil di luar nikah adalah melakukan aborsi dengan berbagai cara, antara lain dengan meminum jamu atau ramuan lainnya maupun tindakan seperti menekan atau melakukan pijatan di perut yang dapat merusak organ reproduksi (Kisbiyah dkk., 1997: 43; Situmorang, 2001). Berhubungan seks yang tidak aman juga menyebabkan banyak remaja yang terinfeksi penyakit menular seksual termasuk HIV dan AIDS. Data yang dikeluarkan Kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa sampai bulan September 2011, presentasi kumulatif terbesar kasus AIDS (47,8%) dijumpai pada mereka yang berumur 20–29 tahun. Hal ini berarti kemungkinan awal terjadinya infeksi HIV adalah antara usia 15 dan 24 tahun.

PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DI PUSKESMAS

Program kesehatan reproduksi remaja di tingkat puskesmas pada dasarnya sudah dimasukkan dalam lingkup pelayanan kesehatan reproduksi sejak tahun 1994/1995 dengan penyediaan materi konseling kesehatan remaja dan pelayanan konseling remaja di puskesmas. Namun, program konseling ini belum bersifat ramah terhadap remaja dan belum melibatkan remaja sebagai subjek. Oleh karena itu, pemanfaatan pelayanan ini sangat minim karena remaja merasa tidak nyaman dengan perlakuan petugas kesehatan. Upaya penyebaran informasi kemudian difokuskan pada kegiatan usaha kesehatan sekolah (UKS) dengan meningkatkan pengetahuan dan kemampuan petugas kesehatan yang bertanggung jawab, baik terhadap program UKS, guru BP, maupun kader kesehatan sekolah seperti Palang Merah Remaja (PMR) dan Saka Bhakti Husada (SBH).

Pada tahun 1996–1998, sebagai tindak lanjut dari Lokakarya Nasional tentang Kesehatan Reproduksi, dibentuk Kelompok Kerja (Pokja) Nasional Kesehatan Reproduksi Remaja dengan *leading sector* Departemen Pendidikan Nasional (Depdiknas). Pokja ini diharapkan mampu menggerakkan semua pihak terkait dalam menunjang pelaksanaan program kesehatan reproduksi remaja sesuai dengan ketentuan ICPD. Namun sampai sekarang, tampaknya Pokja ini hanya mampu menyusun peran dan fungsi masing-masing sektor terkait. Belum ada satu pun program nyata yang dihasilkan oleh Pokja ini.

Pada tahun yang sama (1998), juga dikembangkan pelayanan kesehatan remaja di puskesmas melalui pendekatan kemitraan dengan sektor terkait (BKKBN, Depdiknas, Depag, dan Depsos). Depkes (Kemenkes) bertanggung jawab dalam penyediaan pelayanan medis, sedangkan sektor terkait lainnya bertanggung jawab mempersiapkan remaja agar siap untuk memanfaatkan pelayanan tersebut. Melalui program ini mulai disusun materi-materi KIE tentang kespro remaja berupa materi ini Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR).

Namun lagi-lagi, program kemitraan ini juga tidak berjalan dengan mulus karena tiap sektor belum saling memperkuat satu sama lain. Sebagai akibat, akses remaja untuk mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi di puskesmas juga menjadi sangat rendah.

Tahun 2000 mulai diperkenalkan komponen *Youth Friendly Health Services* (YFHS) yang dimanfaatkan sebagai pintu masuk pelayanan kesehatan reproduksi remaja. Pada tahun ini pula mulai dibentuk tim KRR di berbagai tingkatan (provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, dan puskesmas). Karena kegiatan program ini lebih banyak pada peningkatan fungsi kemitraan, operasional YFHS sendiri belum berjalan dengan baik. Kemudian, YFHS disosialisasikan ke provinsi lainnya dan sampai dengan tahun 2001, telah tersosialisasi ke sepuluh provinsi di Indonesia.

Pada tahun 2001, Kementerian Kesehatan memperkenalkan kebijakan Kesehatan Reproduksi Esensial Terpadu (PKRT) yang di dalamnya mencakup pelayanan kesehatan reproduksi remaja. Pada tahun 2002, pengembangan program kesehatan remaja lebih diperluas dan dimantapkan dengan memperkenalkan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR). Program ini menggunakan pendekatan yang berbeda, yaitu puskesmas diberikan keleluasan berinovasi/kreativitas untuk meningkatkan akses remaja melalui pendekatan UKS, kegiatan Karang Taruna, dan Anak Jalanan serta kegiatan-kegiatan remaja lainnya yang dianggap potensial. Dengan demikian, puskesmas berupaya juga dalam meningkatkan kualitas pelayanannya melalui penyediaan layanan yang memenuhi kebutuhan remaja dan berdasarkan kriterianya (antara lain bersifat privasi, konfindensial). Selain itu, keterlibatan remaja sangat ditonjolkan dalam kegiatan program dari perencanaan sampai dengan evaluasi. Materi kesehatan tidak hanya KRR saja, tetapi meliputi semua materi kesehatan remaja (ditambahkan dengan NAPZA dan Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat). Pelatihan tenaga kesehatan lebih difokuskan pada praktik konseling. Pada akhir tahun 2003 telah ada sepuluh puskesmas di Jawa Barat dengan PKPR sebagai model yang selanjutnya akan direplikasikan secara bertahap didaerah lainnya. Selain itu, telah disusun juga strategi operasional PKPR dan buku pedoman PKPR. Di dalam strategi pelaksanaan PKPR dikembangkan jejaring kerja (*networking*) dengan LSM, pihak swasta dan profesional serta adanya aktivitas peer educator (pendidik sebaya).

Kebijakan terkait kesehatan reproduksi remaja juga diperkuat dengan UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Pada bagian enam pasal 71–73 UU tersebut terkait Kesehatan Reproduksi, diamanatkan bahwa kesehatan reproduksi dilaksanakan melalui kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Setiap orang (termasuk remaja) berhak memperoleh informasi, edukasi, dan konseling mengenai kesehatan reproduksi yang benar dan dapat

dipertanggungjawabkan (pasal 72). Oleh sebab itu, pemerintah wajib menjamin ketersediaan sarana informasi dan sarana pelayanan kesehatan reproduksi yang aman, bermutu, dan terjangkau masyarakat, termasuk keluarga berencana (pasal 73).

Namun, tampaknya berbagai kebijakan tersebut belum sepenuhnya dapat dilaksanakan di puskesmas. Sampai tahun 2007, pada waktu penelitian terkait pelaksanaan PKRT dilakukan, sebagian kecil puskesmas yang telah mempunyai Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR). Puskesmas yang mempunyai PKPR umumnya adalah puskesmas yang menjadi binaan (*pilot project*) UNFPA dan Kementerian Kesehatan terkait Program PKRE Terpadu di puskesmas. Sementara itu, puskesmas yang tidak masuk dalam wilayah binaan UNFPA tidak ada yang melaksanakan PKRE terpadu sehingga tidak menyediakan pelayanan khusus terhadap remaja. Ada beberapa kendala yang ditemukan dalam pelaksanaan PKPR. Kendala tersebut antara lain dapat dikelompokkan menjadi tiga, yaitu (a) kendala terkait keterbatasan pemahaman tenaga kesehatan di puskesmas; (b) kendala terkait undang-undang dan kebijakan; dan (c) kendala terkait sosial budaya.

Keterbatasan Pemahaman Tenaga Kesehatan di Puskesmas

Pemahaman tenaga kesehatan terkait pelayanan terhadap remaja masih terbatas. Pelayanan untuk remaja masih cenderung dilaksanakan dengan penyuluhan ke sekolah-sekolah melalui program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) maupun Palang Merah Remaja (PMR). Hanya sebagian kecil puskesmas yang telah melakukan *screening* dan konseling untuk remaja tentang kesehatan reproduksi. Beberapa petugas puskesmas mengaku sudah pernah mendapatkan pelatihan PKPR, tetapi karena di puskesmas tempat mereka bekerja belum ada program khusus untuk kesehatan reproduksi remaja, mereka belum memanfaatkan pengetahuan tersebut. Selain itu, diperoleh informasi bahwa sering kali petugas yang mendapatkan pelatihan di luar puskesmas selalu orang yang sama. Seorang narasumber di salah satu puskesmas di Kabupaten Landak mengatakan setiap ada tawaran untuk pelatihan dari Dinas Kesehatan Kabupaten, sering kali dia yang selalu dikirim. Sebagai akibat, petugas tersebut tidak bisa menyerap dan mengembangkan ilmu yang diperolehnya. Selain itu, karena tidak ada dukungan dari pimpinan, menurutnya dia tidak dapat menyerap informasi yang diperoleh selama pelatihan secara maksimal karena tidak fokus.

Pemahaman yang terbatas terkait kesehatan reproduksi remaja juga ditemui di kalangan dokter yang menjadi kepala puskesmas. Dalam wawancara, seorang responden yang juga merupakan kepala puskesmas mengatakan bahwa di wilayah kerjanya, isu kesehatan reproduksi remaja tidak menjadi prioritas karena usia kawin relatif muda. Dengan demikian, permasalahan yang terkait kesehatan

reproduksi remaja, seperti hubungan seks di luar nikah, hamil di luar nikah, dan aborsi tidak banyak ditemukan. Menurutnya, apabila telah menikah, pelayanan terkait kesehatan reproduksi bagi remaja tidak perlu dibedakan dengan ibu lain yang telah dewasa. Tentunya hal ini tidak sesuai dengan konsep PKPR.

Hal lain yang juga sering diungkapkan oleh narasumber dalam studi ini adalah adanya keengganan petugas kesehatan, termasuk dokter untuk memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif kepada remaja yang belum menikah. Dari hasil wawancara dengan petugas kesehatan di puskesmas diperoleh informasi bahwa beberapa petugas puskesmas secara pribadi tidak setuju memberikan kondom atau alat kontrasepsi kepada pasien yang belum menikah. Ketika ditanya apakah mereka setuju bila seorang remaja lelaki yang sudah pernah terkena penyakit kelamin diberi informasi dan pelayanan kondom untuk tindakan preventif, sebagian besar mengatakan kurang setuju. Sebagian lagi mengatakan secara personal setuju, tetapi enggan melakukan karena takut disalahkan oleh tokoh masyarakat di wilayahnya. Kekhawatiran tersebut biasanya dikaitkan dengan norma agama dan budaya serta undang-undang yang mengatakan alat kontrasepsi hanya untuk pasangan usia subur.

Kendala terkait Undang-Undang dan Kebijakan

Berbeda dengan undang-undang kesehatan, undang-undang kependudukan di Indonesia membatasi pemberian alat kontrasepsi kepada individu yang belum menikah. Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Kependudukan mengatakan bahwa pelayanan keluarga berencana, termasuk pemberian kontrasepsi, hanya diperuntukkan untuk pasangan usia subur. Undang-undang yang merupakan revisi dari UU Nomor 10 Tahun 1992 tersebut sering digunakan oleh petugas kesehatan sebagai pedoman untuk tidak memberikan alat kontrasepsi kepada remaja yang belum menikah meskipun telah pernah terinfeksi penyakit seksual menular.

Di lain pihak belum ada peraturan pelaksana sebagai tindak lanjut dari Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009. Hal ini menjadi hambatan bagi petugas kesehatan yang ingin menyediakan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif terhadap remaja. Kebijakan terkait pelayanan kespro remaja di puskesmas telah banyak dikeluarkan, tetapi belum ada peraturan pelaksana yang jelas tentang penyediaan pelayanan kesehatan reproduksi terhadap remaja, khususnya remaja yang belum menikah. Sebagai contoh, belum ada peraturan yang jelas bagaimana melayani remaja yang belum menikah, tetapi telah aktif secara seksual, yang menginginkan pelayanan untuk melindungi dirinya dari kehamilan atau terinfeksi penyakit seksual menular.

Sampai pada saat ini, pendekatan PKPR di puskesmas masih sarat dengan muatan moral dan nilai-nilai normatif yang berlaku di masyarakat. Dengan pendekatan ini, tentu saja kebutuhan sebagian remaja yang telah aktif secara seksual menjadi tidak terpenuhi. Penelitian terdahulu, seperti yang telah diungkapkan pada bagiannya sebelumnya, menunjukkan bahwa banyak remaja di Indonesia yang melakukan aktivitas seksual yang berisiko karena ketidaktahuan. Pengajaran terkait kesehatan seksual dan kesehatan reproduksi belum masuk ke dalam kurikulum nasional, sementara sebagian besar orang tua merasa canggung untuk membicarakan masalah seksual dengan anak mereka. Hal ini menyebabkan, remaja yang secara psikologis berada pada tahap keingintahuan yang besar, berusaha sendiri untuk mencari pemahaman dan pengalaman terkait seksualitas. Sebagian besar mencari tahu dari teman sebaya yang juga mempunyai pemahaman yang terbatas atau mencari informasi dari buku-buku atau video porno yang diperoleh secara ilegal.

Pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif masih sepenuhnya bergantung pada lembaga atau organisasi nonpemerintah seperti Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI), organisasi di bawah binaan International Planned Parenthood Federation (IPPF). Selain pelayanan konseling terhadap remaja, PKBI juga memberikan pelayanan kesehatan reproduksi remaja yang komprehensif tanpa diskriminasi walaupun untuk beberapa pelayanan diperlukan persetujuan orang tua. Organisasi ini telah mempunyai cabang di sebagian besar provinsi di Indonesia, tetapi tentu saja tidak dapat menjangkau remaja di seluruh kabupaten kota yang ada.

Kendala terkait Sosial Budaya

Beberapa petugas kesehatan enggan memberikan informasi dan pelayanan kesehatan yang menyeluruh kepada remaja karena khawatir akan mendapat keluhan dari masyarakat. Banyak tokoh masyarakat, khususnya di kalangan pemuka agama dan anggota legislatif, yang berpendapat bahwa memberikan informasi dan pelayanan terkait hubungan seks yang aman akan mendorong remaja untuk melakukan seks pranikah. Sebagian pembuat kebijakan masih beranggapan bahwa seks adalah masalah pribadi yang tidak perlu dibicarakan di ruang publik. Masalah yang terkait dengan perilaku seksual remaja diserahkan kepada keluarga sepenuhnya.

Hal ini tentu saja tidak dapat menyelesaikan masalah, mengingat sebagian besar orang tua di Indonesia enggan atau malu berbicara mengenai seks dengan anaknya. Sebagian masyarakat bahkan menganggap tabu bagi orang tua untuk membahas seks dengan anaknya, apalagi yang belum menikah. Selain itu, tidak sedikit orang tua yang juga mempunyai pemahaman yang terbatas mengenai seks. Banyak orang tua yang beranggapan bahwa remaja sudah mendapatkan

informasi mengenai kesehatan seksual dan kesehatan reproduksi dari sekolah. Namun, sampai sekarang, materi tentang kesehatan seksual dan kesehatan reproduksi belum dimasukkan dalam kurikulum nasional. Hanya sebagian kecil wilayah yang sudah mulai memasukkan kesehatan reproduksi sebagai muatan lokal, meskipun masih terkendala dalam penyediaan guru yang dapat menyampaikan isu tersebut secara komprehensif.

Adanya kendala tersebut mengakibatkan sebagian besar puskesmas di daerah penelitian belum mempunyai progam PKPR yang memadai. Di antara puskesmas yang mempunyai program PKPR, hanya sebagian kecil yang sudah mempunyai petugas yang telah mendapatkan pelatihan PKPR dan mempunyai ruang khusus untuk konseling remaja.

PENUTUP

Dalam kurun waktu tahun 1994 sampai sekarang, kebijakan dan program terkait kesehatan seksual dan kesehatan reproduksi remaja sudah banyak dilakukan. Namun, pelaksanaan kebijakan dan program tersebut tampaknya masih “setengah hati”. Hal ini terjadi antara lain karena isu terkait kesehatan seksual dan reproduksi remaja masih kontroversial, baik di tingkat nasional maupun daerah. Kebijakan dan program yang ada belum dapat memenuhi kebutuhan sebagian remaja pada masa kini, khususnya mereka yang sudah aktif secara seksual. Diperlukan pendekatan yang lebih komprehensif, khususnya di tingkat pelayanan dasar (puskesmas) untuk menangani permasalahan ini. Namun, agar hal tersebut bisa terlaksana, perlu dilakukan suatu konsensus mengenai hak remaja untuk mendapatkan informasi dan pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi dengan memperhatikan norma agama dan budaya, tanpa mengabaikan kondisi remaja pada masa sekarang. Hal ini harus dilakukan para pembuat kebijakan di tingkat nasional. Argumen yang mengatakan bahwa penyediaan informasi dan pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi terhadap remaja akan mendorong remaja melakukan hubungan seks pranikah adalah kontraproduktif. Sebagai akibat, semakin banyak remaja yang melakukan hubungan seks di luar nikah tanpa mempunyai pengetahuan dan akses yang memadai bagaimana melindungi diri dari risiko yang tidak diinginkan. Apabila hal ini terus dibiarkan, akan semakin banyak remaja Indonesia yang mempunyai masalah kesehatan reproduksi, baik secara fisik, mental, maupun sosial.

DAFTAR PUSTAKA

- Bongaarts, John, and Barney Cohen. 1998. "Introduction and overview". *Studies in Family Planning*, 29 (2): 99–105.
- Caldwell, John. C. *et al.* 1998. "The Construction of Adolescent in A Changing World: Implication for Sexuality, Reproduction and Marriage". *Studies in Family Planning*, 29 (2): 137–153.
- Departemen Kesehatan RI. 2005. *Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi di Indonesia*. Jakarta: Depatemen Kesehatan RI.
- Elliott, Glen R., and S. Shirley Feldman. 1990. "Capturing the Adolescent Experience". In *At the Threshold: the Developing Adolescent*, edited by S.S. Feldman and G.R. Elliott. Cambridge MA: Harvard University Press, pp. 1–13.
- Hofferth, Sandra L. 1990. "Trends in Adolescent Sexual Activity, Contraception, and Pregnancy in the United States". In *Adolescence and Puberty*, edited by John Bancroft and June Machover Reinisch. New York: Oxford University Press, pp. 215–233.
- Khisbiyah, Yayah, Desti Murdijana, and Wijayanto. 1997. *Kehamilan tak Dikehendaki di Kalangan Remaja (Unwanted Pregnancy among Adolescents)*. Yogyakarta: Pusat Penelitian Kependudukan Universitas Gadjah Mada.
- Mensch, Barbara S., Judith Bruce, and Margareth E. Greene. 1998. *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*. New York: Population Council.
- Morris, Leo. 1993. Pre-marital sexual experience and use of contraception among young adults in Latin America. In *Family Planning Meeting Challenges: Promoting Choices*, edited by P. Senanayake and R. L. Kleinman. New Delhi: The Parthenon Publishing Group, pp. 505–511.
- Senderowitz, Judith. 1995. *Adolescent Health: Reassessing the Passage to Adulthood*. Washington DC: World Bank.
- Singh, Susheela. 1998. "Adolescent Childbearing in Developing Countries: A Global Review". *Studies in Family Planning*, 29 (2): 117–136.
- Situmorang, Augustina. 2001. "Adolescent Reproductive Health and Premarital Sex in Medan". *A thesis* submitted for the degree of Doctor of Philosophy, Demography Program, Research School of Social Science, The Australian National University (unpublished).
- Situmorang, Augustina. 2003. "Chastity and Curiosity: Attitudes and Behavior of Young People in Medan Regarding Virginity and Premarital Sex". *Journal of Population*, 9 (2): 27–54.
- Situmorang, Augustina *et al.* 2007. *Kesehatan Reproduksi di Wilayah Perbatasan: Studi Kasus di Kota Batam dan Kabupaten Sanggau*. Jakarta: PPK LIPI.
- _____. 2008. *Implementation of Integrated Essential Reproductive Health Services in the Primary Health Care*. Jakarta: PPK LIPI and UNFPA.
- _____. 2009. *Fenomena Penyakit Infeksi Seksual Menular termasuk HIV dan AIDS di Kota Batam: Alternatif Kebijakan dan Program Pencegahan*. Jakarta: PPK LIPI.

- Zabin, L.S. & K. Kiragu. 1998. "The Health Consequences of Adolescent Sexual and Fertility Behavior in Sub-Sahara Africa". *Studies in Family Planning*, 29 (2): 210–232.
- Zelnik, Melvin, John F. Kantner, and Kathleen Ford. 1981. *Sex and Pregnancy in Adolescence*. London: Sage Publication.